



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA**

**CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
INTERVENCIÓN CLÍNICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

PRESENTA:

WILLIAMS ORTIZ HERNÁNDEZ

**DIRECTOR (A): DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ: DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRA. ENA ERÉNDIRA NIÑO CALIXTO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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

“Ser un equipo que trascienda en la historia generando investigadores íntegros que impacten positivamente y con amor en la humanidad”

Con mucho cariño y amor, para mi **mamá Anita**, mi **papá Serafín** y mis hermanos (**Jipsan, Dennys y Brandón**), porque solo la superación de mis ideales me han permitido comprender cada día el reto de ser padres, mis conceptos, valores y superación se las debo a ustedes; esto sin duda será la mejor de las herencias, lo reconozco y lo agradeceré infinitamente. Ahora me queda a mí poner en práctica mis conocimientos y el lugar que en mi mente ocuparon los libros, ahora será de ustedes, por todo el tiempo que dedicaron pensando en mí. Y a mis hermanos les deseo lo mejor y les digo que su vida se vislumbra exitosa, placentera y plena. Familia son lo mejor que tengo en mi vida y los amo inmensamente.

Agradezco, a mi directora de tesis, la **Dra. Emilia Lucio**, por su paciencia, su apoyo, y su motivación por compartir cada uno de sus conocimientos. También le agradezco por haberme dado la oportunidad de participar como facilitador en un taller en el centro de servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila, fue de mucho crecimiento profesional cada sesión de retroalimentación.

Agradezco, a la **Dra. Paulina Arenas**, ya que el tomar clases con usted en la licenciatura fue muy importante en mi desarrollo personal y profesional, me agrada siempre encontrar una sonrisa de felicidad en su cara. Gracias por ayudarme a concluir este proceso.

Agradezco, a la **Mtra. Ena Eréndira**, ya que por medio de su supervisión he logrado comprender, en realidad, la educación de la sexualidad. Estoy infinitamente agradecido por su confianza y por haberme dado la oportunidad de ser parte de su equipo de educadores de la sexualidad y psicoterapeutas en violencia de género y consejería sexual. Nuevamente me complace decirle que estoy contento por todo el apoyo y

seguimiento a mi trabajo, por sus valiosos comentarios y por su excelente disposición.
¡Arriba el Programa de Sexualidad Humana PROSEXHUM!

Agradezco, al **Dr. Samuel Jurado**, me agrado ver una de sus ponencias en Juchitán Oaxaca y convivir con usted después del congreso de psicología y salud. Es un honor para mí que usted forme parte de este jurado.

Agradezco, a la **Dra. Edith Romero**, por su invaluable apoyo en la recta final de esta tesis, muchísimas gracias por tus consejos y por regalarme el conocimiento.

Agradezco, a la **Mtra. Consuelo Durán**, por su gran apoyo en cada asesoría metodológica, por su disponibilidad y gran entrega, además de siempre mostrar una sonrisa de alegría.

Agradezco, a la **Dra. Laura Hernández Guzmán**, por haberme dado la oportunidad de colaborar en la coordinación en su laboratorio de investigación. Me siento contento de la experiencia y el conocimiento que me facilitó en el *cubil felino*, brindando siempre direccionalidad y soporte, siempre motivando a adquirir un nuevo aprendizaje cada día. Gracias nuevamente por generar grandes satisfacciones en lo personal y profesional, además de transmitir su motivación por impulsar la regulación del ejercicio profesional del psicólogo en México. ¡En verdad, es una gran modelo a seguir!

¡Familia Guanajuatense! Agradezco, a mí abuelita Fabiana por ser tan noble y complaciente, a mis tías (**Juana, Noemí, Concha, Chuy, Celestina, Teresa y tío Güero**) por seguirme motivando a crecer como persona. En verdad, son una gran familia que transmite amor, fortaleza e integridad. Siempre los llevo en mi corazón y en cada paso que doy.

¡Familia Ortiz! Agradezco, a mí abuelita Gabina que está en el cielo pero que aún vive en nuestros corazones, a mis tíos (**Joel, Eloy, Leonel, Jorge, Benjamín, Oscar, Fernando y tías Queta, Estela, Arlet**) por brindarme una sonrisa en cada encuentro y por ofrecerme su apoyo. Los llevo a cada uno en mi memoria y en mi corazón.

Hago un agradecimiento especial para mi primo **William Ortiz**, por su invaluable apoyo y por su gran recibimiento en Houston.

Amigos de la Prepa (**Cesar, Diego, Alan, Ale y Juan**) vivimos grandes experiencias en nuestra etapa de rebeldía, me alegra saber que aún podemos convivir y revivir nuestras travesuras, aún recuerdo que la vida era muy sencilla y divertida al estar organizando torneos de fútbol ganando siempre la satisfacción de reír y convivir juntos, los extraño y recuerdo con mucho cariño.

Amigos del Colegio Oparin (**Ana, Diana, Marlene, Isaura, Cinthya, Johana, Dulce, Isabel, Ari, Cristhian, Manuel, Carlos y Rubén**) mi inicio como estudiante universitario fue con cada uno de ustedes, agradezco su tiempo de calidad y la motivación para emprender el vuelo a la máxima casa de estudios, me alegra que sigamos frecuentándonos y así reír de nuestras locuras. ¡Los quiero!

Amigos de la Licenciatura (**Saúl, Greta, Ivonne, Janet, Vanesa, Pablito, Harumi, Nereida, Jazmín, Gladys, Paola, Tania, Yhutzil**) por nombrar a algunos, son tantos ya que en este instante mi memoria falla. Con ustedes conviví mis primeras experiencias como felino de la UNAM, agradezco su recibimiento, compañía y comprensión. Espero seguir disfrutando de su compañía y compartir muchos éxitos. ¡Sexo, locura y manía...Sexo, locura y manía, arriba, arriba la facultad de psicología!

Educadores de la sexualidad (**Zay, Brenda y Elías**) fue un gran placer el haber elaborado un primer taller de sexualidad y brindarlo en la facultad de psicología “Negociando el erotismo juntos y separados...para el placer y el autocuidado”, me divertí demasiado al estar construyendo cartas descriptivas, sacrificar fines de semana, y estar trabajando en la biblioteca central buscando información que enriqueciera nuestro taller, les agradezco el haber trabajado como un equipo y así poner en alto el nombre del PROSEXHUM.

Red PROSEXHUM (**Octavio, Adolfo, Dannis, Tamiko, Stephy, Betty, Nancy, Sharom, Magdalena, Dhamarys, Eréndira, Lily, Dennis, Marisol, Atenea**) me complace decirles que disfrute en demasía la formación como educador de la sexualidad, considero que tenemos un papel sumamente importante como psicólogos y educadores de la sexualidad ya que debemos de unir nuestros esfuerzos hacia la intervención preventiva con los niños y adolescentes con el propósito de que al llegar a la juventud y la adultez, logren evitar las consecuencias inesperadas y no deseadas de su

ejercicio sexual. ¡Por una educación libre de prejuicios, donde se ejerza la sexualidad de manera libre, informada, protegida y responsable!

Laboratorio de investigación en psicopatología infanto-juvenil (**Seigy, Dani, Celia, Naby, Viri, Brenda, Alejandro, Alan, Jonny, José Alfredo, Miguel, Héctor, Jonathan, Julio**) me alegra haber aprendido todo este tiempo en equipo, doy las gracias a cada uno de ustedes el haberme permitido conocerlos en el ámbito académico y como amigos, les deseo lo mejor en la vida y quiero expresarles que cuentan con mi apoyo en el aspecto profesional y cómo ser humano.

Coordinadoras del cubil felino (**Naby y Viri**) con ustedes aprendí a trabajar bajo presión en un laboratorio de investigación, agradezco su apoyo y pasión por el trabajo en equipo, recuerdo claramente nuestros proyectos de investigación “El papel de la regulación emocional en la psicopatología infanto-juvenil y El papel de la emoción en la terapia cognitivo-conductual: Hacia el tratamiento transdiagnóstico de la ansiedad y depresión”. Recuerden “hoy es un gran día plantéatelo así”.

Ayudantes en la aplicación (**Chabe, Dessire y Jessi**) sin duda alguna sin ustedes no hubiera estado tan fácil trabajar con los adolescentes, me satisface decirles que hicieron una gran labor con los jóvenes.

Amigas de la especialización (**Chabe, Kathya y Viri**).

Chabe, te agradezco que has sido como una mamá (¡Amáaaa!) que me ha brindado contención en las malas en las buenas y aún en las mejores, me da gusto que estés en esta etapa de mi vida. Gracias por siempre estar al pendiente y brindarme apoyo cuando la situación lo amerita. Eres una gran amiga y un gran ser humano que transmite su alegría y entusiasmo por vivir la vida. Te adoro y sé que esta amistad es única y como tal es un tesoro para mí. Somos familia por elección, te quiero mucho.

Kathya, quiero agradecerte que eres muy buena amiga, por aprender, reír y triunfar juntos. Disfrute mucho el trabajo que realizamos en sesiones de co-terapia “fue muy divertido”, confío en que los años pasaran y seguiremos conviviendo. Te quiero mucho.

Viri, te agradezco haberme brindado tu amistad y apoyo durante todos estos años. Recuerdo nuestro viaje a Querétaro lleno de diversión y muchas risas, siempre será famosa tu frase “Ahora yo”. Te quiero mucho.

Agradezco, a mis maestros (**Francisco Espinosa, Salvador Chavarría, Eduardo Calixto, Zainos, David, Ampudia, Rogelio Espinosa, Feggy Ostrosky, Isabel, Alejandra, Francisca, Colín, Lemus, Marilu, Irma Zaldívar, Orlando, Corina Renaud, Sori**) por apoyar mi formación académica, incrementar mi pasión por la psicología y por continuar fomentando mi desarrollo profesional.

Phanie, Amo haber encontrado en ti a una hermosa persona con grandes sentimientos. Gracias por tu calidad de tiempo (es muy valioso), por los cuidados, el amor, la alegría y los placeres compartidos. Sigamos adelante, frente a frente para lograr nuestros propósitos y nuestros proyectos personales. En verdad, que me has enseñado el sencillo arte de ser “más humano, menos perfecto y más feliz”. ¡Tantos mundos, tanto espacio y coincidir!

Agradezco, a la **Universidad Nacional Autónoma de México** y a la **Facultad de Psicología** por brindarme la oportunidad de un desarrollo personal y profesional como hombre y como universitario, en verdad, es lo mejor que le ha pasado a mi vida (volar muy alto en la UNAM). “Enseñarás a volar pero no volarán tu vuelo, enseñarás a vivir pero no vivirán tu vida, enseñarás a soñar pero no soñarán tu sueño, sin embargo, en cada vuelo en cada vida en cada sueño, perdurará siempre la huella del camino a enseñar”. ¡Por mi raza hablará el espíritu!

Gracias querida UNAM. ¡Goya! ¡Goya! ¡Cachun, Cachun Ra, Ra! ¡Cachun, Cachun Ra, Ra! ¡Goya! ¡Universidad!

¡CÓMO NO TE VOY A QUERER!

ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo 1. Conducta sexual en adolescentes.....	10
Conducta sexual de riesgo en adolescentes.....	12
Infecciones de Transmisión Sexual.....	16
Embarazo adolescente.....	22
Prevención y Salud Sexual.....	27
Capítulo 2. Estrés y afrontamiento en la adolescencia.....	32
Estrategias de afrontamiento en adolescentes.....	36
Estrategias de afrontamiento y conductas de riesgo.....	47
Capítulo 3. Método.....	51
Planteamiento del problema.....	51
Pregunta de investigación.....	52
Justificación.....	52
Propósito general.....	53
Propósitos específicos.....	53
Hipótesis.....	54
Tipo de estudio.....	54
Definición de variables.....	54
Participantes.....	55
Instrumentos.....	56
Gestión administrativa.....	61
Procedimiento.....	62
Análisis de datos.....	64

Capítulo 4. Resultados.....	65
Descripción de las Características Sociodemográficas.....	66
Descripción de la conducta sexual de acuerdo al CDA.....	73
Descripción de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes Mexicanos (EE-A)....	102
Capítulo 5. Discusión y conclusiones.....	106
Limitaciones.....	117
Sugerencias.....	117
Referencias.....	119

Introducción

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la adultez que coincide con procesos relevantes en la vida personal y social de hombres y mujeres. Estadísticamente transcurre entre los 10 y los 19 años de edad (Organización Panamericana de la Salud, 2006). También en esta etapa del ciclo vital surgen cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en la que se producen retos y obstáculos de especial importancia. Por lo que se busca lograr la propia identidad y conseguir la independencia de la familia manteniendo, al mismo tiempo, la afinidad y pertenencia al grupo de pares (Coleman & Hagel, 2007). El manejo que el adolescente hace de situaciones estresantes en su vida diaria puede influir de manera negativa en su bienestar físico y emocional cuando éstas son percibidas como negativas o cuando no existen formas adecuadas de afrontamiento para responder a las demandas cotidianas del medio ambiente, lo que favorece la aparición de manifestaciones fisiológicas y psicológicas (Gómez, Durán, Barcelata, & Romero, 2016).

Por otra parte (Benjet, 2008; Benjet et al., 2009) algunos estudios indican una alta prevalencia en trastornos de ansiedad, afectivos, de control de impulsos, y por uso de sustancias, algunos casos relacionados con presencia de estrés y asociados a problemáticas de la salud. Se entiende conductas de riesgo como el consumo de drogas y alcohol, sexualidad desprotegida, violencia e incapacidad de algunos adolescentes para afrontar adecuadamente sus preocupaciones (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon, 2007).

Así pues, las conductas sexuales de riesgo se refieren a un inicio temprano de la actividad sexual coital que se sitúa entre los 15 y 19 años de edad, el uso inconstante de preservativo, cantidad de parejas y tener actividad sexual después de consumir alcohol y droga. Y de acuerdo a las mismas conductas se refiere a: relaciones vaginales, anales u orales sin protección. Una segunda forma se refiere al tipo de pareja sexual con quien se desarrolla la conducta, individuo VIH positivo, usuario de droga o compañero sexual no exclusivo. Las conductas sexuales de riesgo pueden tomar varias formas, desde tener un número grande de parejas, involucrarse en prácticas sexuales de riesgo o tener relaciones después de consumir alcohol o droga. Sin embargo, difícilmente el sistema

de salud puede detectar conductas de riesgo, como el tener relaciones sexuales con varias parejas, no usar anticonceptivos, esto debido a que el adolescente no ofrece voluntariamente esa información. En la mayoría de los casos, esas conductas se infieren del diagnóstico de alguna infección de transmisión sexual o embarazo adolescente (Hall, Holmqvist, Simon, & Sherry, 2004).

En cuanto al diagnóstico de ITS puede considerarse como un indicador de conducta sexual desprotegida, por lo que parece lógica la asociación observada entre haber tenido alguna ITS en la vida y el uso inconstante del preservativo (Folch et al., 2014). Existe una dinámica socio-cultural como los valores asociados a la búsqueda de placer sexual y valores machistas presentes en el contexto que acentúan el problema de las relaciones sexuales desprotegidas, en el sentido de que para los adolescentes hombres y mujeres es más importante evitar un embarazo que contraer alguna ITS y muestran creencias erróneas respecto al uso del condón en las relaciones sexuales coitales (Uribe, Gonzáles, y Santos, 2015).

En la actualidad, se prefiere utilizar el término de ITS al de enfermedades venéreas, porque con mucha frecuencia quien se contagia de un agente infeccioso a partir de relaciones sexuales puede permanecer un tiempo sin tener ningún signo de enfermedad. Estas personas serán contagiosas sin saberlo antes de que aparezcan los primeros síntomas de su enfermedad. Si toda enfermedad tiene importancia para la persona y para sus allegados, las ITS se encuentran en gran parte en la sociedad. Se trata de procesos que interesa diagnosticar precozmente, y en los que la prevención es esencial. Todas se pueden prevenir, son tratables y la gran mayoría de ellas se pueden curar. Pero, si no se detectan a tiempo, pueden causar graves problemas de salud, incluso, en ocasiones, la muerte (Hernández-Bel, 2016).

Por esto, es un tema cuya investigación ha ido incrementándose, de cara a la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo adolescente (García-Vega, Menéndez, Fernández, & Cuesta, 2012)

Con relación al inicio de la vida sexual activa parece estar relacionado directamente con un mayor número de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. Por ejemplo, en países como el Reino Unido; la mitad de los embarazos en adolescentes

ocurren en los primeros 6 meses tras el inicio de la actividad sexual, debido a falta de protección. La causa que subyace es que las primeras relaciones sexuales se llevan a cabo sin protección. En Europa son más precoces con medias de 15,6 años y en Asia son más tardíos iniciando a los 19 años (Bradley-Stevenson, 2007; Rose, et al., 2005).

Por otra parte, algunas investigaciones han establecido como variables predictoras para no usar el preservativo las falsas creencias sobre la sensibilidad en las relaciones, la falta de conocimientos por la juventud, el haber tenido pocas relaciones y éstas no haber sido planificadas, y/o el tener una pareja estable y sentirse menos vulnerable (Mohammad et al., 2007).

Igualmente, el mantener relaciones sexuales con varias personas es considerado una conducta de riesgo ejercida en mayor medida por los chicos. Por su parte, las chicas se protegen de infecciones de transmisión sexual, pero hay incremento de abortos, por lo que sería necesario incidir en una mejor protección (preservativos para mujer, tratamientos conjuntos de barrera y hormonales). En ambos casos, se ha observado una falta de información sobre estos temas (García-Vega et al., 2012).

Se estima que los jóvenes de 15 a 24 años adquieren el 50% de las ITS, aunque son sólo el 25% de la población sexualmente activa. En ello influyen diversos factores biológicos y psicosociales. La mayoría son asintomáticas, pero si no se tratan, pueden conducir a infertilidad, dolor pélvico y aumento de la infección por VIH (O'Connor & Shubkin, 2012).

Por otro lado, el Virus del Papiloma Humano es la ITS más frecuente adquirida en la adolescencia, ya que la posibilidad de infectarse después de la exposición es de 65 y 85%. No tiene cura y aunque el 90% mejora de la infección en dos años con ayuda de sistema inmune local, los condilomas y el cáncer genital, especialmente de cuello de útero son consecuencias probables. Actualmente se dispone de una vacuna tetravalente que protege contra el 70% de los cánceres de cuello de útero y el 90% de las condilomatosis (Geisler, 2011).

Por otra parte, la mortalidad materna es un problema de gravedad para las adolescentes. El embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las

mujeres de 20 años y más; para las adolescentes menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor. Las muertes de adolescentes asociadas con el embarazo, parto y puerperio se ubicaron entre las principales causas de muerte, y representaron el 13% de todas las muertes maternas (Consejo Nacional de Población, 2008).

Actualmente, la población mundial estimada es de 7,200 millones de personas, de las cuales el 17.5% tiene entre 15 y 24 años, y el 10.0% de estos jóvenes presenta un embarazo, lo que equivale al 10% de todos los nacimientos del mundo. Esto quiere decir que aproximadamente 15 millones de mujeres de 15 a 19 años tienen un parto cada año, por lo que reciben la denominación de embarazo en la adolescencia (Mora & Hernández, 2015).

Además, el embarazo en la adolescencia está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo. Cuando la adolescente tiene menos de 15 años el embarazo se considera de alto riesgo directamente ligado a la edad, por darse mayor mortalidad y morbilidad perinatal e infantil (Moreno, Izquierdo, Martínez, & Bravo, 2016). Las consecuencias negativas a largo plazo del embarazo adolescente pueden acotarse bajo dos grandes rubros: 1) aquellas que tienen impacto sobre la salud y crecimiento del niño, y 2) las que corresponden al desarrollo personal y vida futura del propio adolescente (Mora & Hernández, 2015).

La importancia de estudiar la conducta sexual de riesgo es señalar que los hombres refieren una mayor presión del grupo de iguales, y las mujeres han sido persuadidas por sus parejas para tener relaciones sexuales sin preservativo. Lo cual también sería de interés contemplarlo en los programas educativos, dotando a ellos de habilidades necesarias para actuar bajo la presión del grupo y a ellas de estrategias para decidir por sí mismas, no dejándose llevar en ambos casos por estereotipos de género. Además las variables que juegan un papel importante en las conductas sexuales de riesgo emitidas por los jóvenes, son las propias de la adolescencia como la impulsividad, la inmediatez y la invulnerabilidad. Si bien no se puede luchar contra estas variables, lo que sí se puede hacer es darles a los jóvenes las herramientas adecuadas para controlarlas. Por otra parte, si existen otras variables, como la falta de información, falta de habilidades sociales, de asertividad, la ingesta de drogas y poca importancia en la conducta sexual,

que son susceptibles de ser trabajadas desde los programas de educación sexual, con especial énfasis en los patrones diferenciales de género (García-Vega et al., 2012).

Al mismo tiempo, los adolescentes pasan por un periodo del desarrollo determinante, donde están sometidos a cambios en la interacción con las figuras de autoridad, padres, roles que le plantea el núcleo familiar y las expectativas sociales. Esto conlleva poner a prueba los recursos internos y sociales para afrontar los estresores (Seiffge-Krenke, 1995).

Adicionalmente, (Connor-Smith & Compas, 2004; Seiffge-Krenke, 2011) refieren que el manejo del estrés es regulado por un proceso llamado afrontamiento. Hablar de afrontamiento es imposible sin hablar, así mismo, de estrés. La exposición a estresores es inherente a la vida de toda persona, y ocurre durante cualquier etapa del desarrollo del ciclo de vida. Ahora bien, en la adolescencia, donde el individuo está sometido a cambios en la interacción con las figuras de autoridad, los pares, los roles que plantean el núcleo familiar y las expectativas sociales, en esto el afrontamiento puede actuar como moderador de las situaciones estresantes y la adaptación del adolescente. Esto conlleva poner a prueba los recursos internos y sociales para afrontar los estresores (Seiffge-Krenke, 1995).

De igual modo, los estresores en adolescentes que se reportan con mayor frecuencia se relacionan con situaciones escolares y familiares, así mismo, el nivel de estrés experimentado es más alto en mujeres que en hombres. La estrategia de afrontamiento más frecuente es la centrada en la emoción, esto nos indica que los adolescentes no solucionan el problema, y existe una relación entre el nivel de estrés y la estrategia (Berra, Muñoz, Vega, Silva & Gómez, 2014).

A su vez, el estudio de las estrategias de afrontamiento y el conocimiento de la relación que guardan con otras dimensiones relevantes de la dinámica familiar resulta fundamental para optimizar las intervenciones realizadas desde los diferentes dispositivos de bienestar social (Deater-Deckard, 1998).

De manera que, algunos estudios sugieren que la edad de 15 años es el tiempo justo en el que se consolida el uso de estrategias funcionales para manejar el estrés. Los

adolescentes de mayor edad son más activos, con un repertorio más amplio de estrategias de afrontamiento y una mayor habilidad para ver los problemas desde múltiples perspectivas. Así pues, cabe destacar la importancia de conocer la manera específica en que los adolescentes, enfrentan los desafíos del crecimiento en el curso de su desarrollo, en el cual deben atravesar cambios físicos, transformaciones en la personalidad, nuevos posicionamientos frente a las relaciones con sus pares y con sus figuras parentales, el desafío de la inserción en el mundo social, académico, laboral y de experimentar su sexualidad (Seiffge-Krenke, 1995).

Seiffge-Krenke (2011) plantea que existen dos estilos de afrontamiento en los adolescentes: afrontamiento funcional y afrontamiento disfuncional. El afrontamiento funcional se refiere a los esfuerzos para manejar el problema, ya sea por la búsqueda activa de apoyo, realizar acciones concretas o reflexionar sobre las posibles soluciones. Incluye el afrontamiento activo e interno, y enfatiza la evaluación que los adolescentes hacen de la situación. Por otra parte, con relación al afrontamiento disfuncional, se establece que el problema no se resuelve en ese momento en particular y se caracteriza por presentar conductas o pensamientos que incluyen la negación, represión, evitación, rumiación o aplanamiento emocional lo que lleva a la persona a asumir una actitud de evitación hacia el estímulo. No obstante, algunas estrategias de evitación pueden ser funcionales y conducir hacia la adaptación positiva, en particular cuando los adolescentes no pueden tener control de la situación (Antoniuzzi, Souza, & Hutz, 2009; Frydenberg, 2008), de ahí que surjan diversas estrategias.

En México se ha desarrollado el siguiente modelo que propone 8 estrategias de afrontamiento (Gómez-Maqueo & Durán, 2014).

1. Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones.

Este factor implica estrategias eficientes de afrontamiento que están dirigidas a la solución del problema, ya sea de forma activa o de forma interna. Estas estrategias implican la definición del problema, la generación de soluciones alternativas y la realización de acciones que lleven a dicha solución, además de la regulación emocional que la facilita.

2. Respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad.

Se refiere a la activación de los sistemas fisiológicos en respuesta a las emociones, lo cual prepara al organismo para un acto de huida o ataque cuando se enfrenta a una situación estresante.

3. Rumiación e impulsividad.

Se refiere a estrategias disfuncionales que implican pensamientos y emociones negativas que giran en torno al problema y que no conducen a la generación de alternativas para su posible solución; así como acciones que se llevan a cabo sin un proceso de evaluación de sus consecuencias y que generan malestar posterior.

4. Evitativo pasivo.

Este factor refiere las estrategias que representan la negación y represión del problema, las cuales se reflejan en actitudes y acciones que llevan a la inmovilidad y/o retirada, es decir, no se realiza esfuerzo alguno en dar solución al problema.

5. Búsqueda de apoyo fuera de la familia.

Se refiere al uso de recursos sociales, específicamente los pares, ya sea con el fin de obtener herramientas para la solución del problema, apoyo emocional o un medio de escape cognitivo y/o conductual del problema.

6. Búsqueda de apoyo con la familia.

Recurrir a la intervención pasiva o activa de los familiares para solucionar el problema y obtener apoyo emocional.

7. Impotencia y conducta autolesiva.

Se refiere a estrategias disfuncionales no dirigidas a la resolución del problema, que consisten en la intención o realización de conductas autodirigidas cuyo fin es herir.

8. Religión.

Implica recurrir a creencias religiosas para aminorar el malestar generado por el estrés producto de una situación abrumadora.

De acuerdo con, Ahadi, Delavar, y Rostami (2014) los adolescentes usan en conjunto estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y en la emoción; sin embargo también se ha observado, que cuando se utilizan estrategias enfocadas en la emoción, resaltan la evitación y la búsqueda de apoyo social. Por otro lado, cuando se hace mayor uso de un estilo de afrontamiento enfocado al problema, resaltan cambios de vida positivos y reinterpretación positiva (Torres, 2007).

El apoyo social resulta un recurso significativo dentro de las estrategias de afrontamiento, ya que la familia, en particular las madres, y los pares desempeñan un papel importante en la proporción de apoyo emocional y social, dado que relaciones positivas se asocian con una mayor capacidad para manejar el estrés (García & Gómez-Maqueo, 2016).

Las estrategias de afrontamiento son consideradas como las conductas y acciones (cognitivas y afectivas) concretas que la persona utiliza para enfrentarse a una situación. Su uso dependerá tanto de la evaluación personal que cada sujeto haga del evento estresante, así como de la tensión y de los recursos personales de afrontamiento (Flores-Carvajal & Urzúa, 2015; Urzúa & Jarne, 2008). Además, la importancia de las estrategias de afrontamiento se encuentra en enseñar técnicas de afrontamiento funcional, de resolución de conflictos basada en la empatía, el diálogo y la negociación (Garaigordobil, 2016). Disminuyendo así el afrontamiento disfuncional.

Por consiguiente en esta investigación se busca brindar una educación de la sexualidad, mejorar la comunicación y generar estrategias de afrontamiento con la finalidad de propiciar el desarrollo de alternativas de prevención, atención y promoción, para disminuir la conducta sexual de riesgo de las y los adolescentes. También es importante que se realice un acompañamiento u orientación a los padres de familia para que estos cuenten con las herramientas suficientes e información actualizada, con el fin de generar

entre padres e hijos la confianza de hablar sobre temas de salud sexual, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, autocuidado, sustancias psicoactivas, y así que los padres de familia se conviertan en las principales fuentes de apoyo real y confiables para los adolescentes. Teniendo en cuenta las necesidades que tienen los jóvenes respecto a su sexualidad dado que es necesario que desde la familia y la escuela se empodere a los adolescentes basando sus estilos de vida en el autocuidado, autoestima y en especial en la capacidad de decir “no”, cuando alguna decisión pueda llegar a atentar su integridad, así como buscar ayuda en las redes de apoyo establecidas por los adolescentes (Orcasita, Uribe, Castellanos, & Gutiérrez Rodríguez, 2012).

Capítulo 1. Conducta sexual en adolescentes

La adolescencia es un periodo del desarrollo donde surge un crecimiento físico, acompañado de profundos cambios en el cuerpo. Se presenta como una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta; comienza con la pubertad y se extiende desde los 13 o 14 años hasta los 18 años en la mujer, y desde los 13 o 14 años hasta los 20 años, aproximadamente, en los hombres. Si comparamos la pubertad con la adolescencia, encontraremos que el primer periodo hace referencia más directamente al aspecto fisiológico (físico-químico), caracterizado por la transformación física sexual del individuo, y se define por la aptitud para la procreación. La adolescencia se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad y se manifiesta en las mujeres por la aparición de la primera menstruación (menarquía) y en los hombres por las primeras eyaculaciones (Mora & Hernández, 2015).

Así mismo, la adolescencia se refiere a un proceso en el que el individuo, de una dependencia total de los padres, inicia gradualmente su separación e individualidad, transitando por un periodo de experimentación y búsqueda de nuevas figuras de identificación, con el fin de revisar, reevaluar, reconstruir lo aprendido para consolidar su identidad personal (sexual, de género y orientación sexual) y así lograr su independencia y autonomía necesarios para incorporarse al mundo adulto. La pubertad marca el nacimiento de la expresión de la sexualidad. La dotación de hormonas -estrógenos y progesterona- que empieza a secretarse durante esta etapa comienza a transformar el cuerpo de niña en cuerpo de mujer conformando así la arquitectura cosmética de su cuerpo. Se desencadenan los procesos de la ovulación y menstruación, al mismo tiempo las glándulas suprarrenales comienzan la secreción de testosterona lo que conformará la arquitectura de su deseo sexual: el niño se ha convertido en adolescente (Niño-Calixto, 2011).

De manera que, en el hombre, el suministro de la hormona testosterona secretada por los testículos contribuye a conformar la arquitectura cosmética de varón. Así mismo estimula la maduración de los espermatozoides e influye sobre su deseo sexual (Cardinal, 2005).

Por otro lado, en toda mujer, desde la pubertad hasta los 50 años existe un continuo desarrollo y desprendimiento de la capa de células que tapiza el útero, excepto cuando está cinta y el útero contiene el feto. Cada vez que estas células se desprenden cada 28 días aproximadamente se sangra por la vagina. Esto se llama “tener el periodo”. La primera vez que sucede, las chicas pueden no estar preparadas, pueden tener miedo y pensar que les ocurre algo malo. La razón por la cual las mujeres menstrúan es por la producción de un óvulo, el revestimiento interior del útero se engrosa para preparar un lugar donde, si el óvulo resulta fertilizado, pueda desarrollarse. Tener el periodo es un hecho absolutamente normal del ser mujer (Comfort & Comfort, 1980).

Por el contrario, los chicos por lo general no se asustan cuando tienen la primera eyaculación, ya que es muy agradable, mejor que cualquier cosa experimentada hasta entonces. Durante todo un tiempo el pene ha ido creciendo, así como también aumentando su sensibilidad; da placer tocarlo. Cuando lo tocan y algunas veces aunque no lo hagan se pone más grande y duro. Esto es lo que se llama una erección. Hasta los bebés tienen con frecuencia erecciones, y todos los hombres las tienen cuando duermen. En la pubertad esto ocurre con mucha mayor frecuencia y en otros muchos momentos. Ocasionalmente, durante el sueño, o también cuando manipulando su pene el chico no puede dejar de frotarlo por lo agradable que resulta. La primera vez que un chico eyacula, lo que sale es habitualmente un líquido claro, ligeramente pegajoso, pero luego se vuelve lechoso y espeso. Este fluido ligeramente salado, de olor agradable, se llama esperma o semen. Generalmente se produce alrededor de una cucharada de té en cada eyaculación, aunque puede haber más. Sale en una serie de chorros y está lleno de espermatozoides, que son pequeñas células nadadoras, los espermatozoides son los que pueden fertilizar el óvulo y convertirlo en un posible ser humano, y hay ciento de millones en una eyaculación. El semen no tiene nada que ver con la orina, aunque los dos salgan por el mismo conducto a través del pene. Si un hombre que esté produciendo espermatozoides no se masturba o no tiene relaciones sexuales, los espermatozoides serán eventualmente eyaculados mientras duerme, y con frecuencia durante un sueño erótico (Comfort & Comfort, 1980).

Así pues, la adolescencia es una etapa del ciclo de vida que implica una serie de cambios que se produce entre la niñez y la juventud. Está marcada por un cambio en las

expectativas, en relación no solo con las funciones sexuales y reproductivas, sino también con el estatus social. En este período se dan con mayor intensidad conductas de riesgo que son aquellas acciones realizadas por el adolescente, que pueden llevar a consecuencias dañinas (Rosabal, Romero, Gaquín, & Hernández, 2012). Por ello, la influencia de los padres, hermanos, amigos mayores, pares, vecinos y compañeros, entre otros, tienen el papel fundamental durante esta etapa del ciclo de vida puesto que estas redes de apoyo pueden tener efectos positivos o negativos sobre la adolescencia (Uribe, Orcasita, & Vergara, 2010).

Conducta sexual de riesgo en adolescentes

En la etapa de la adolescencia las conductas de riesgo se presentan de manera intensa en los jóvenes; estas conductas son acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el adolescente. Estas acciones son múltiples y pueden ser biopsicosociales. En su desarrollo contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que destacan baja vulnerabilidad al riesgo, la susceptibilidad a dejarse influir y ser presionado por su grupo de pares, la identificación con ideas opuestas a los padres y la necesidad de evolucionar en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras por su corteza prefrontal en desarrollo (Fonseca, 2010).

De igual modo, Rosabal, Romero, Gaquín, & Hernández, (2012) entienden que las conductas de riesgo cumplen un papel positivo muy importante en el tránsito de la adolescencia a la etapa adulta, en la medida que pueden ser funcionales para lograr la autonomía de los padres, permitir cuestionar normas y valores vigentes, aprender a afrontar situaciones de ansiedad y frustración, poder anticipar experiencias de fracasos, afirmar y consolidar el proceso de maduración. En otras palabras, las conductas de riesgo no son totalmente negativas. Es necesario distinguir cuando esa conducta lleva a la persona poner en riesgo su salud, su vida y cuando sus comportamientos afectan la integridad o ponen en juego la vida de otros.

A su vez, uno de los problemas que enfrentan los adolescentes es el comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas del desarrollo, cuando los sistemas biológicos no están aún aptos para la reproducción (Vaillant, Dandicout, & Mackensie, 2012).

Los jóvenes que han empezado su vida sexual perciben un menor apoyo social, en comparación con los adolescentes que no han iniciado su vida sexual, lo cual aumenta el riesgo a que los adolescentes busquen fuentes de información y apoyo no apropiado para resolver las dudas que se les pueden presentar, al igual que recibir orientaciones en cuanto a la salud sexual y otras situaciones que tuvieran que afrontar (Orcasita, Uribe, Castellanos, & Gutiérrez Rodríguez, 2012).

También, se ha identificado que el inicio de las relaciones sexuales tempranas caracterizadas por la ausencia de medidas de protección y múltiples parejas sexuales, aumentan el riesgo de contraer alguna Infección de Transmisión Sexual o VIH/SIDA, lo cual permite describir a los adolescentes como una población vulnerable ante el aumento cada vez mayor de estas conductas sin medidas preventivas (Campo-Arias, Navarrete, Meneses, Castillo, & Navarrete, 2004).

De igual manera, en una investigación hecha en la ciudad de Colombia, se encontró que de una población de 122 jóvenes, el 75% de los estudiantes encuestados afirmaron haber sostenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Por otra parte, en otro estudio sobre consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes, aplicado en la ciudad de México a 1000 jóvenes, se detectó que el 30.5% de la población inicio su vida sexual con una edad promedio de 15.33 años, de estos el 8.7% afirmaron que nunca había usado preservativo y 4.5% casi nunca lo utiliza (Palacios, Bravo, & Andrade, 2007).

Es así como, Avendaño y Barra, (2008) han considerado después de analizar estudios con diversas enfermedades presentes en los adolescentes que el apoyo social proporcionado por las redes sociales tendría influencia sobre el bienestar, la salud y la calidad de vida de los jóvenes. Es primordial evaluar las redes de apoyo, determinar que muestran y que ofrecen estas a los adolescentes y la influencia que tienen en la prevención o no de su salud sexual y reproductiva, además de la relación con aquellas conductas que el joven emite.

Uno de los aspectos relevantes en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes es la baja educación afectivo-sexual que les han brindado las redes de apoyo entre ellas el grupo primario e instituciones gubernamentales. Otra situación de riesgo puede estar propiciada no por los adolescentes, sino por los sujetos que forman parte de su sistema familiar y educativo, puesto que en los sistemas donde no existen recursos apropiados para el afrontamiento de etapas de transición, se da una restricción para el manejo de cualquier condición o suceso en momento de crisis, poniendo en peligro al sujeto protagonista de la red. Por lo tanto, existen diversas causas que pueden llevar a los adolescentes a adoptar conductas de riesgo frente a su salud sexual y reproductiva (Vinaccia et al., 2007).

La edad de inicio de las relaciones sexuales, es determinante para el desarrollo físico, social, emocional y psicológico de los adolescentes; de la misma forma, esta conducta está enmarcada por factores ambientales, personales, culturales y sociales en que se desarrollan los adolescentes. Aunque este suceso hace parte del desarrollo del ciclo vital, es importante que los individuos cuenten con una madurez física, cognitiva y emocional que los lleve a contemplar la responsabilidad y la incidencia que trae el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes (Alsinet, Pérez, & Argullo, 2003; Campo-Arias, Silva, Meneses, Castillo, & Navarrete, 2004).

Gran parte de la población adolescente ha iniciado su vida sexual bajo la exposición a conductas de riesgo, debido a que la mayoría de ellos no utilizaron el condón, además de haber ingerido alcohol antes de tener su última relación sexual. Es así como se puede determinar que las conductas de riesgo más frecuentes en los adolescentes están relacionados con el inicio de la vida sexual, consumo de sustancia psicoactivas y un bajo uso del preservativo durante las relaciones coitales ya sea de tipo vaginal, oral o anal (Orcasita, Uribe, Castellanos, & Gutiérrez, 2012).

La edad de inicio de las conductas sexuales se sitúa entre los 14 y 15 años de edad. Esta iniciación más temprana supone una mayor exposición a los riesgos por carecer a esas edades de suficiente información y de habilidades para un cuidado responsable de ellos mismos. Aunque suelen ser los hombres los que se inician primero en las conductas sexuales, no se aprecian diferencias significativas en el porcentaje de hombres y mujeres que informan haber tenido relaciones sexuales coitales antes de los 16 años de

edad. En cuanto a la persona con la que inician su vida sexual, los hombres empezaron con una pareja estable y una pareja ocasional o desconocida, mientras que las mujeres afirman haberlo hecho con una pareja estable (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2010).

Los adolescentes se han convertido en un grupo poblacional importante de vulnerabilidad ante tipo de riesgos que implican, un inicio temprano de sus relaciones sexuales, valores y creencias que pueden incidir en conductas saludables o de riesgo (Orcasita, Uribe, Castellanos, & Gutiérrez, 2012).

Adicionalmente, Ballester, Gil, Giménez, y Ruiz (2009) dicen que las dificultades más importantes para incidir en conductas de riesgo como el no utilizar preservativo en las relaciones coitales se debe a la disminución de la sensibilidad (37%), miedo a una posible rotura o mal estado del preservativo (33%), interrupción de la relación sexual (30%), dificultad para obtener los preservativos (25%), el precio (18%), incomodidad (13%) y la vergüenza al comprarlos (9.7%). Probablemente estas barreras llevan a que los adolescentes tiendan a sustituir el preservativo por otro método anticonceptivo cuando la relación se vuelve estable, tendencia que puede ser arriesgada teniendo en cuenta que un 11 % de los jóvenes reconocen haber sido infieles en alguna ocasión a su pareja estable y de los que lo hicieron un 36% manifestaron no haber utilizado el preservativo en esa relación esporádica. Por el contrario, entre las principales ventajas asociadas al uso del preservativo destacan que no tienen efectos secundarios (47%), son efectivos para la prevención del SIDA e ITS (93%), para la prevención de embarazos (83%), son fáciles de conseguir (51%) y son higiénicos (30%).

La utilización o no del condón durante la relación no solamente depende de atributos o características personales, pues este es un fenómeno de alta complejidad que requiere la comprensión de múltiples aspectos y factores. Así, los estudios muestran que existen diferentes situaciones de orden social implicadas, pues la exposición a situaciones en determinados marcos sociales puede ser más o menos riesgosa, así como también el soporte familiar, ya que este núcleo facilita las estrategias comunicativas para el entrenamiento de los jóvenes frente a las capacidades para negociar su uso o ser asertivos con la pareja, y brinda los recursos psicológicos para vincularse emocionalmente (Campuzano & Díaz, 2011; Jiménez, 2010).

Por otra parte, dentro de las principales fuentes de riesgo en los adolescentes, pueden desembocar en la adquisición de una Infección de Transmisión Sexual ITS, como el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA, suele ser la falta de búsqueda de fuentes de información sobre sexualidad en los grupos como la familia y el sistema de salud; generalmente los adolescentes suelen apoyarse durante esta etapa en el grupo de amigos, quienes habitualmente aún no poseen los recursos suficientes para ser guías; otra conducta que puede llevar a la adquisición del VIH en los adolescentes es la falta de conocimientos real de su pareja, junto con el deseo de experimentar e iniciar su vida sexual (Carvajal, 1998).

El VIH-SIDA actualmente sigue constituyendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, ya que produce en las personas que lo padecen no sólo un alto grado de sufrimiento físico, sino también importantes alteraciones emocionales (Edo & Ballester, 2006), agravadas entre otros factores por la exclusión social a la que se condena a estas personas (Flores, Borda, & San Gregorio, 2006).

En resumen, resulta particularmente importante que la juventud tenga información de cómo protegerse y disponga de los medios necesarios para ello. Entre los adolescentes solo el 36% de los hombres y el 24% de las mujeres tienen conocimientos amplios y correctos para protegerse contra el virus. El VIH/SIDA es una de las cinco causas principales de muerte en este grupo de edad (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Infecciones de Transmisión Sexual.

Las infecciones de transmisión sexual ITS son un problema importante de salud pública en el mundo debido a las graves consecuencias que pueden llegar a tener, tales como infertilidad, enfermedades crónicas e incluso hasta la muerte (García & Miranda, 2009). Predominan entre las principales causas de atención médica y dejan secuelas en el sistema reproductor de la mujer y del hombre, aparte del impacto psicológico negativo en la sexualidad y autoestima (Villegas-Castaño & Tamayo-Acevedo, 2016).

La susceptibilidad de los adolescentes a las ITS está aumentada por factores biológicos relacionados con la inmadurez anatómico y funcional, y por factores de comportamiento como el inicio temprano de la actividad sexual coital, la existencia de múltiples parejas, uso inconsistente de preservativo y el consumo de alcohol y sustancias, al disminuir la sensación de riesgo (Rodríguez, 2014).

Los adolescentes pueden pensar que son demasiados jóvenes o demasiados inexpertos sexualmente para contraer una ITS. También pueden pensar que no corren riesgos, porque creen erróneamente que las ITS sólo ocurren entre las personas promiscuas. Los jóvenes son especialmente vulnerables a las ITS y los problemas de salud consiguientes, porque: En primer lugar, no están informados para prevenir las ITS, en segundo lugar, hay menos probabilidades de que soliciten información o tratamiento apropiado debido al temor, ignorancia, timidez o inexperiencia, en tercer lugar, el riesgo de adquirir trichomonas, herpes genital y virus del papiloma humano, es mucho mayor cuando se exponen por primera vez a las ITS, en cuarto lugar, las adolescentes son más susceptibles a las infecciones debido a la inmadurez del cuello uterino, en quinto lugar, la experiencia sexual temprana puede causar lesiones del tejido vaginal, lo cual hace que las adolescentes sean más vulnerables, finalmente, los adolescentes que inician la actividad sexual a una edad temprana tienen más probabilidades de tener mayor número de parejas sexuales durante su vida (Castro, 2010).

Jaramillo (2008) dice que las ITS son padecimientos infecciosos que se transmiten principalmente por contacto sexual coital desprotegido. Existen diversos medios para transmitir una ITS:

- Por intercambio de líquidos corporales, es decir, por la sangre, fluidos vaginales, semen, con excepción de la saliva, o por medio de jeringas infectadas o transfusiones de sangre.
- El coito o penetración vaginal, anal u oral, independientemente de que la persona tenga un papel activo (penetrador) o un papel pasivo (penetrado).

- El coito anal, es la práctica de mayor riesgo, dado que generalmente, produce rompimiento de los vasos sanguíneos, tanto en los contactos heterosexuales y homosexuales.
- De la madre al feto. Una madre infectada con el VIH puede contagiar al feto durante el embarazo, el parto y poco después del parto.

En otras palabras las ITS se pueden llegar a presentar en adolescentes que no hacen uso de anticonceptivos, estas se pueden llegar a contagiar mediante el contacto sexual, vaginal, oral y anal. Los factores de riesgo relacionados con las ITS tienen una estrecha relación con el comportamiento sexual sin protección en los jóvenes. Entre los factores de riesgo de mayor relevancia para adquirirlas están: la edad de inicio de la vida sexual coital antes de los 15 años de edad, cambio de parejas sexuales de manera frecuente, tener historia de 3 o más parejas sexuales, no utilizar condón, o no haberlo utilizado en la última relación sexual, tener sexo después de haber ingerido alcohol o alguna droga, baja escolaridad, y no tener conocimientos adecuados sobre la salud sexual (Aranda-Flores, 2015; Sánchez, Pérez, & Santabárbara, 2016).

Las ITS más frecuentes en adolescentes son el Virus del Papiloma Humano VPH, la infección es transitoria, con una regresión del 70% de lesiones de alto grado, y 90% de las de bajo grado en los 3 años siguientes a la infección. El Virus del herpes simple que es la causa más común de úlcera genital y el 50% son por el tipo 1, más leves y con menos recurrencias que el tipo 2. Chlamydia trachomatic es una de las infecciones de transmisión sexual bacteriana, que tiene secuelas graves llegando a producir una enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad y dolor crónico. Gonococo, esta infección puede ser asintomática o dar indicios de uretritis o cervicitis. Trichomonas la cual puede llegar a ser asintomática, y puede ser confundida con vaginosis bacterianas, y por último, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH que un problema creciente y constituye la sexta causa de muerte adolescente (Ern & Beigi, 2008).

Las ITS virales como el Virus del Papiloma Humano VPH, Herpes simple, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH y Hepatitis B, aumentan de manera considerable. Casi la mitad de los casos suceden en jóvenes entre 15 y 24 años, y anualmente al menos una de cada 100 personas consulta por signos y síntomas asociados a infecciones

de transmisión sexual (González-Garza, Rojas-Martínez, Hernández-Serrato, & Olaiz-Fernández, 2005).

En México, las ITS representan un problema de salud pública. En 2012 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica reportó 40,106 casos de los que 24.2% son por el Virus del Papiloma Humano VPH con predominio en mujeres, en quienes ocupó el segundo lugar después de la tricomoniasis urogenital 66.7%. En cambio al comparar el número de casos que sucedieron en 2006 con los de 2012, se observó que el número se duplicó, lo cual indica el impacto de esta infección (Programa de Acción Específico, 2014).

El Virus del Papiloma Humano se clasifica en subtipos de bajo y alto riesgo, lo que depende del tipo de lesiones benignas o malignas que se desarrollan. Los subtipos identificados como de bajo riesgo son: 6, 11, 26, 30, 34, 40, 42-44, 53, 55, 57, 61, 62, 63, 69, 70, 72, 73, 77, 79-82 por lo general encontrados en lesiones verrugosas del área genital. El VPH de alto riesgo son: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 54, 56, 58, 59, 65, 67, 68 identificados en lesiones con un alto grado para displasia, carcinomas, cánceres invasivos del cérvix, útero, vagina, vulva, ano, piel de la región perianal y en el pene (Gross & Tyring, 2011).

En otro estudio se encontró que existen más de 35 tipos de VPH que infectan el tracto genital, y los más comunes son el 6, 11, 16 y 18. Los dos primeros se consideran de bajo riesgo, porque raramente se los encuentra asociados con cáncer de cuello uterino invasivo, a diferencia de los serotipos 16 y 18, clasificados de alto riesgo (Rey-Ares, Ciapponi, & Pichon-Riviere, 2012).

Debido a la falta de programas de prevención y detección oportuna específicos para la población masculina, los hombres heterosexuales tienen la infección por VPH de manera asintomática, por lo que el virus puede llegar a desarrollarse, lo que resulta en la transmisión continua de tipos de VPH de alto y bajo riesgo hacia las parejas (Aranda-Flores, 2015). La prevalencia de infección de VPH es de 10-15% en mujeres con examen citológico. Los tipos VPH 16 y 18 son responsables de 77.1% de los casos de cáncer de cuello uterino, lo que representó en el año 2012 un total de 3,000 casos diagnosticados y 1,800 muertes (Jorrat, 2008).

El virus del papiloma humano (VPH) infecta comúnmente a la población sexualmente activa y se asocia con el desarrollo de cáncer de cuello uterino, verrugas genitales y cáncer en otras localizaciones (Pichon-Riviere et al., 2015).

Dentro de las medidas implementadas para la prevención del cáncer de cuello uterino, la detección de lesiones cervicales premalignas mediante Papanicolaou y Colposcopia han demostrado ser intervenciones muy exitosas que lograron disminuir la incidencia y mortalidad a nivel mundial (Rey-Ares, Ciapponi, & Pichon-Riviere, 2012).

Con respecto a las acciones de protección específica, la Encuesta de Salud y Nutrición hace mención que las acciones de vacunación se orientan solo a la aplicación de aspectos biológicos como: rubéola congénita, tétanos difteria y tétanos neonatal en mujeres en edad fértil, quedando sin protección las infecciones de transmisión sexual en adolescentes, tales como el Virus del Papiloma Humano VPH. Las medidas de prevención que deben reforzarse son la circuncisión neonatal, higiene del área genital, uso del condón, y especialmente, la prevención específica mediante la vacunación (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012).

La vacuna específica para la prevención de VPH es la vacuna tetravalente, que también ha demostrado su eficacia en cáncer anal y verrugas genitales en varones. La toma de decisión para su incorporación a los programas de vacunación y a los programas de universalización se debió a los hallazgos en la efectividad de las vacunas, en primer lugar la eficacia del 100% en la prevención de lesiones relacionadas con el VPH 16-18 en mujeres antes de iniciar la vida sexual o que estuvieran libres de infección, en segundo término por la buena persistencia antigénica durante 7 años y finalmente por contar con un aceptable perfil de seguridad (Lazcano-Ponce, Salmeron-Castro, García Carracá, & Aranda-Flores, 2009). Al mismo tiempo, la vacuna tetravalente contiene cuatro proteínas antigénicas para los tipos de VPH-6, 11, 16, 18. Y es la única aprobada para su aplicación a partir de los 9 a 26 años de edad para prevención de verrugas genitales causadas por el VPH (Carvalho, Texeira, Roteli-Martins, Naud, & De Borda, 2010).

Por lo que se han desarrollado diversos modelos matemáticos para estimar el impacto epidemiológico y la costo-efectividad de la vacuna tetravalente contra VPH en diferentes países (Dasbach, Insinga, & Elbasha, 2008).

De manera que, la Sociedad de Urología, la Sociedad Italiana de Andrología y Medicina Sexual realizaron un consenso donde concluyeron que la vacuna debe ofrecerse a la población. Asimismo, Canadá, Australia y Estados Unidos también recomiendan la inclusión de la vacuna para su aplicación en la población y que a su vez forme parte de los programas nacionales de vacunación (Crosignani, De Stefani, Fara, & Isidori, 2013). En 2009, el grupo asesor de vacunación contra VPH en México recomendó la aplicación de un esquema entendido de 3 dosis (0, 6, 60) en niñas de 9 años de edad para incrementar la cobertura de la prevención primaria. A partir del 2014, en la Ciudad de México, se ha extendido esta acción de vacunación a los niños. Esta estrategia es de gran impacto para la erradicación de la segunda causa de muerte en mujeres y de una gran carga de enfermedad por este tipo de infección sexual (Lazcano-Ponce, Salmeron-Castro, García Carracá, & Aranda-Flores, 2009).

Resulta que, la relación causal con el VPH ha permitido desarrollar vacunas con el objetivo de reducir los casos de cáncer de cuello uterino y otras lesiones: la vacuna bivalente, para los tipos 16 y 18, y la tetravalente, atiende los tipos 6 y 11, asociados con verrugas y lesiones preneoplásicas (Dillner, et al., 2010; Joura, et al., 2007).

Por otro lado, la eficacia de los preservativos para la prevención de las infecciones por VPH es moderada, ya que existen partículas virales en la piel no lesionada y pueden existir lesiones fuera de la zona protegida por el preservativo. En caso de lesiones clínicas patentes, está demostrado el valor del condón, pero no es absoluto. Ciertamente que la prevención y el control de las ITS en diferentes estrategias complementarias donde haya una disminución del número de parejas sexuales, uso correcto del condón, incluso en caso de sexo oral (estimulación buco-genital) cuyo riesgo generalmente está infravalorado, y por último brindar orientación para las personas infectadas y a sus parejas sexuales (Chaine & Janier, 2013).

Otra alternativa para prevenir las infecciones en los adolescentes son los microbicidas que ofrecen el potencial de un método que podría ser controlado por el miembro

dependiente de la pareja sin el necesario consentimiento del otro. Los microbicidas pueden ser formulados en anillos vaginales, tabletas o láminas flexibles que logran pasar inadvertidos durante el acto sexual coital. Probablemente los geles, en especial si se usan justo antes del coito, son los que tienen más posibilidades de ser percibidos, pero podrían sustituir el uso de lubricantes sexuales, los cuales gozan de buena aceptación (Fernández Romero, Gil, Ré, Robbiani, & Paglini, 2014).

Habría que decir también que se han realizado estudios donde los microbicidas aportan un gran valor para la prevención de ITS con el propósito de disminuir su prevalencia. Se han dado avances importantes con pruebas de conceptos que justifican el desarrollo de esta tecnología, y nuevas ideas, como las tecnologías preventivas multipropósito que buscan incrementar el espectro de las aplicaciones de los microbicidas. Asimismo, las tecnologías preventivas multipropósito buscan desarrollar microbicidas que combinen diferentes compuestos con la capacidad de bloquear diferentes ITS o incluso también prevenir embarazos a temprana edad (Fernández Romero, Gil, Ré, Robbiani, & Paglini, 2014).

Embarazo adolescente

En México, el total de nacimientos registrados en 2012, 19.2% corresponden a mujeres adolescentes. La maternidad a una edad temprana ocurre con mayor frecuencia en contextos socioeconómicos bajo, y existe evidencia de que no es únicamente el embarazo temprano el que limita las posibilidades de estas adolescentes, sino las restricciones persisten en su vidas (García, 2012). La construcción social de género, la falta de educación sexual integral, el poco acceso a métodos anticonceptivos y las pocas oportunidades económicas contribuyen a la explicación de este fenómeno (Villalobos-Hernández, et al., 2015).

El 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia no planean o no desean el embarazo en ese momento. En estratos sociales desfavorecidos el embarazo adolescente es una práctica prevalente. Esto puede deberse a que el embarazo es considerado como la única opción viable entre las posibilidades al alcance de las adolescentes (Stern & Herrera, 2008).

Por otra parte, en España, se calcula que el número de embarazos no deseados está en torno a los 240.000 anuales, y las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo en 2012 estaban en 12% en el total de la población sexualmente activa y en un 13% en las adolescentes de 15-19 años (División, Escobar, & Seguí, 2015).

Ante la persistente incidencia de la interrupción legal del embarazo y el incremento en la demanda de anticoncepción de emergencia en los años, se está recurriendo a un incremento desde la atención primaria al embarazo no deseado entre adolescentes de edades comprendidas entre 13-18 años de edad, este hecho ha aumentado su frecuencia debido a factores de riesgo como son las familias disgregadas, inmigración y bajo nivel cultural (Lee, Yen, Wu, y Lee, 2007). Por otro lado, las complicaciones por abortos inseguros son también una causa de morbilidad materna en adolescentes. En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes recurren a la interrupción del embarazo en etapas avanzadas del embarazo, aumentando el riesgo reproductivo (Collado, Alva, López, Gonzáles de León, & Schiavon, 2008).

La Asamblea Legislativa de la Ciudad de México implementó el Programa de Interrupción Legal del Embarazo ILE. Las cifras de los primeros 3 años indicaron que 5.1% de las usuarias tuvieron entre 11-17 años y 12% entre 18-19 (Mondragón Kalb, et al., 2011). Se trató principalmente de mujeres solteras (84%) y sin hijos (75%); el 52% acudió en etapas tempranas del embarazo (menor a 9 semanas) y los principales motivos para solicitar la interrupción del embarazo fueron la falta de recursos (34%) y el deseo de posponer la maternidad 32% (Olavarrieta, García, & Arangue, 2012).

El embarazo en adolescentes generalmente no planificado y no deseado se da, cuando aún se está en una fase formativa, de adquisición de conocimientos y configurando la trayectoria futura e incluso la personalidad, supone un impacto negativo sobre el estado físico, emocional, económico de las adolescentes ya que estas son las que se ven afectadas en mayor medida por tales circunstancias (Delgado, Zamora, & Cámara, 2011).

Del mismo modo, las motivaciones de las adolescentes muestran cómo, en ocasiones, el embarazo permite escapar de conflictos familiares, sobretodo en niñas con un bajo nivel

económico que cuidan a sus hermanos menores, asumen cargas del hogar y tienen poco reconocimiento social (Observatorio de Igualdad de Género, 2011).

En las sociedades occidentales, la estructura familiar, la ausencia de uno o ambos padres y sufrir violencia están asociados a la actividad sexual coital a temprana edad, así como no tener buena relación familiar, falta de supervisión, control o afecto (Orgiles, Espada, Johnson, Huedo-Medina, & Carratala, 2012; Coley, Medeiros, & Schindler, 2008); el entorno familiar también está relacionado con el número de parejas y con la utilización de métodos anticonceptivos (Kalina, et al., 2013; Lyerly & Brunner, 2013).

El adolescente más que nunca necesita del apoyo familiar y legislativo para que cristalice una normativa que cubra todas las expectativas y pueda responder a la realidad que vive con una toma de conciencia del problema, y asumiendo responsabilidades en edades tempranas (García, et al., 2011). El embarazo adolescente también es un problema de salud sexual y reproductiva, en todas las etapas vitales, y se considera un problema central de salud pública cuando se produce en la población juvenil (Miller, Baber, & Gatny, 2013; Palma, 2012).

La falta de planes de estudios, trabajo o crecimiento personal hace que las adolescentes se centren en el presente y no en el futuro, por lo que la maternidad resulta un factor organizador de trayectorias vitales (Gogna et al., 2005). Cuando hay recursos, la pareja está presente o no existen problemas familiares, el embarazo es percibido como no problemático (Climent, 2009). Aunque éste sea accidental y provoque miedo, soledad, inseguridad, vergüenza y desconcierto, también puede poner afirmación de la propia identidad, reconocimiento social y acercamiento al mundo del adulto (Quesada-Miranda, Romero-Sánchez, Prieto-Herrera, & Rodríguez-Delgado, 2010).

Ahora bien, cuando las características del entorno familiar y social son inapropiadas, tiene un impacto en las adolescentes por el maltrato y desamor, la desintegración familiar, el abandono, escasa comunicación, la pobreza material, moral e intelectual, la exclusión social, falta de oportunidades de desarrollo intelectual y profesional. Por lo que se impone el decrecimiento e incluso la anulación de las probabilidades de éxito en el logro del ajuste psicosocial del adolescente, lo cual se manifiesta a través de diversas conductas de riesgo. Dichas conductas que se presentan son la iniciación temprana de

las relaciones sexuales coitales, sin la imprescindible madurez, responsabilidad y conocimiento que trae como consecuencia que un gran número de jóvenes se conviertan en madres siendo aún niñas (Barbón, 2011).

La existencia de familias disfuncionales, donde los vínculos entre padres o familiares son inadecuadas, plantea una contraproducente adaptación social nacida de dificultades en el establecimiento de la identidad, la baja autoestima, aparte de ello, consecuencias del desarrollo psicosocial de las jóvenes, cuyo entorno familiar está caracterizado por altos grados de pobreza, violencia, mala comunicación, con excesiva permisividad o extremada rigidez en las normas, negándoles el soporte afectivo, emocional, moral y en general el amor que es imprescindible para el desarrollo del ser humano (Stern, 2007).

La evidencia muestra que el embarazo adolescente incrementa las dificultades para manejar situaciones cotidianas, como aquellas vinculadas con el desarrollo escolar y futuro laboral (Jumping-Eagle, Sheeder, Kelly, & Steven-Simon, 2008). Los embarazos en mujeres adolescentes son de alto riesgo, en los que los recién nacidos presentan una tasa mayor de prematura, bajo peso y retardo en el crecimiento (Islas-Domínguez, Cardiel-Mormalejo, & Bhargava, 2010).

El embarazo en menores de 15 años permite evidenciar la contradicción en el campo social entre un aspecto aceptable de protección de las adolescentes frente al abuso sexual y una práctica social e institucional cotidiana que utiliza para desconocer los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. Asimismo, las motivaciones del embarazo de adolescentes menores de 15 años se construyen por el control moral familiar e institucional del campo socio-cultural hegemónico (Pacheco-Sánchez, 2016).

Al mismo tiempo, se ha reportado que la pobreza extrema incrementa 6 veces el riesgo de embarazarse en la adolescencia, ser pobre no extremo duplica el riesgo de embarazo adolescente, el no uso de métodos anticonceptivos triplica el riesgo, así mismo, el haber vivido en una familia disfuncional triplica el riesgo, y por su parte, tener una madre y/o hermana con antecedente familiar de embarazo adolescente duplica el riesgo de embarazo antes de los 16 años de edad (Blanco, Cedre, & Guerra, 2015).

También, se ha evidenciado que el riesgo obstétrico en adolescentes de 16 y 19 años de edad está relacionado con la pobreza más que con la edad materna. En cambio, en las adolescentes menores de 16 años, hay mayores riesgos obstétricos y perinatales. Inclusive, datos en países de América Latina, muestran que el riesgo de las jóvenes menores de 16 años podría morir durante el embarazo, parto y posparto (Conde-Agudelo, Belizán, & Lammers, 2005). La salud de la mujer en el posparto ha sido poco estudiada y se le ha presentado poca atención. La morbilidad, tanto física como psicológica, está probablemente infraestimada e ignorada, motivo por el cual representa un problema grave para la salud de la mujer tanto a corto como a largo plazo (Boders, 2006).

El comportamiento sexual de las adolescentes es un aspecto importante del desarrollo de su personalidad y puede constituir un elemento positivo en su maduración o ser fuente de conflictos y problemas que repercutan en su salud. La experiencia de un embarazo no planificado es uno de los riesgos que tienen y este riesgo está relacionado con las características de la familia de origen (Yago & Tomás, 2015). El peso de la influencia intergeneracional tiene un claro correlato en la mayor incidencia de madres adolescentes en familias cuyas madres fueron también madres durante la adolescencia (González & Molina, 2007; Meade, Kershaw, & Ickovics, 2008).

La salud sexo reproductiva se puede enfocar desde: la repercusión en la salud de las mujeres y su descendencia; las condiciones legales y de provisión de servicios que facilitan atender las necesidades de anticoncepción; la mejora de la eficacia de los métodos anticonceptivos, el bienestar emocional que está relacionado con la posibilidad de elegir ser o no ser madre/padre y el desarrollo de una relación sexual vincular que sea satisfactoria, en igualdad y sin riesgos evitables (Finer & Sonfield, 2013; Balbo, Mills, & Billari, 2013).

Es importante la educación para la salud, informar sobre sexualidad y anticoncepción en edades tempranas y la adecuación de los servicios para atender la demanda específica de adolescentes, pero hay que tener en cuenta que la cultura, la situación laboral, la estructura familiar y los conflictos en las relaciones familiares también influyen en la incidencia de embarazo adolescente. Por esto, prevenir embarazos en adolescentes va más allá de mejorar la información sobre sexualidad y anticoncepción, y el acceso y

calidad de los servicios de salud, es necesario también avanzar en políticas de justicia social que mejoren la situación socio laboral de las personas, y a su vez detectar y atender problemas familiares de relación, en la infancia y en la adolescencia (Yago Simón & Tomás Aznar, 2015).

Prevención y Salud Sexual

Las intervenciones preventivas que se realizan en adolescentes suelen centrarse exclusivamente en la disminución de embarazos y de infecciones de transmisión sexual con mención especial del VIH/SIDA, restringiéndose el mensaje a considerar la relación sexual como mero acto lúdico que conlleva riesgos que hay que tratar de evitar, quedando el amor, el enamoramiento y el compromiso fuera de estas intervenciones. O en otros términos significa que, se trata de programas que se enfocan en el sexo más que en la naturalidad de la sexualidad, y de cómo vivir lo afectivo-sexual de un modo más diverso, complejo, responsable y placentero. Por ejemplo, en Asturias, desde el año 2008 está en marcha el programa afectivo-sexual (Ni ogros ni princesas). Este programa, tiene como objetivo proporcionar una educación afectivo-sexual basada en la salud y el placer, en el fomento de la autoestima y la autonomía personal, en la libertad de elección desde el conocimiento, en la igualdad de mujeres y hombres y en el respeto a la diversidad sexual (García Polanco, 2014).

En México, la educación sexual ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos (Demaria, Galárraga, Campero, & Walter, 2009; Juárez, Palma, Singh, & Bankole, 2010).

Los problemas sociales y de salud asociados al embarazo en adolescentes y en general sobre la Salud Sexual y Reproductiva SSyR en jóvenes, ponen de manifiesto el contradictorio escenario de desarrollo y la fragilidad de la autonomía en las decisiones de los adolescentes (Rondón & Rojas, 2015), dado que, siendo un grupo con alta información y disposición de medios de prevención de los que se pueden llegar a

presentar alrededor del inicio de la sexualidad (Galinsky, 2011), también es un grupo social altamente vulnerable por la baja educación de calidad sobre SSyR y la ausencia de políticas públicas eficaces que impacten positivamente los modelos de crianza y el acceso a los medios idóneos para enfrentar las dificultades en este periodo del ciclo vital (Sommer, 2015).

A pesar de todo, las políticas contra las ITS y VIH/SIDA, en México se basan en la prevención. Ejemplos de ellas son: educación sexual, métodos para transmisión de infecciones (uso correcto del condón), accesos universal a medicamentos antirretrovirales y políticas que busquen extinguir la estigmatización y discriminación social, sobre todo para personas con VIH. El programa nacional de prevención y control de VIH/SIDA e ITS tiene un fuerte pilar de prevención con actividades recomendadas y que se basan en evidencia científica sólida como, la distribución gratuita de condones, detección oportuna de sífilis en mujeres embarazadas, entre otras (Arredondo, et al., 2014).

Dentro de los métodos anticonceptivos más utilizados por los adolescentes para prevenir conductas sexuales riesgo, se encuentran el condón para hombre, siendo el más utilizado en un 46%. Por ser el único método doblemente eficaz para la prevención del embarazo y las ITS, se recomienda su uso siempre y cuando él o la adolescente soliciten información sobre anticoncepción. Así mismo, como el uso incorrecto de preservativo es muy común, es importante insistir en las formas de uso y, en determinados casos, proponer el doble método, consistente en el uso de preservativo unido a un método hormonal. La píldora anticonceptiva es el segundo método más usado por los adolescentes 11,5%. Las más usadas son las que combinan un estrógeno con un gestágeno. También las hay que contienen un gestágeno solo, conocidas como mini píldora. Cabe mencionar que la anticoncepción de emergencia también está siendo utilizada por los adolescentes como una segunda oportunidad ya que es eficaz en las primeras 72 horas tras el coito no protegido, sin embargo, esta no debe sustituir a los anticonceptivos de uso regular (Rodríguez, 2014).

La doble protección, con un método anticonceptivo usado por la mujer y condón por el hombre en cada relación sexual coital deberá enfatizarse de manera constante. Ya que el condón es el único método anticonceptivo para prevenir infecciones por VIH y puede

reducir el riesgo de algunas otras ITS como chlamydia, gonorrea, sífilis, además de que puede disminuir el riesgo de herpes genital, sífilis e infecciones por VPH cuando las áreas se cubren o protegen con el preservativo. El uso correcto del condón debe cerciorarse con cada adolescente, incluyendo las habilidades de negociación del mismo cuando sea necesario (Corona & Funes, 2015).

En la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México se tiene el Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM), el cual promueve el llamado “Sexypack”, que consta de una caja de plástico en la que se incluyen herramientas necesarias para un desarrollo pleno y saludable de la sexualidad, este paquete contiene un condón para hombre y para mujer, lubricante a base de agua, plástico para la estimulación buco-genital, un sobre con maicena para darle sabor a éste, y guantes para estimulación manual de los órganos genitales, todo esto promoviendo una protección en todo tipo de estimulación sexual. Es por ello que se considera una forma práctica para que los adolescentes puedan llevar consigo los condones, ya que esa caja es pequeña y se puede llevar incluso en el bolsillo, mochila o bolso, protegiendo al condón de todo daño, por lo que los jóvenes podrían llevar sus condones a todas partes y usarlos en cualquier situación. Por tal motivo, Uribe, Gonzáles, y Santos (2015) dicen que el uso del condón en las relaciones sexuales coitales de adolescentes está asociado al desarrollo de habilidades psicosociales, habilidades asertivas, así como a percepciones positivas y aceptación del uso del condón en las relaciones sexuales, por lo que es conveniente que dentro de cualquier programa dirigido a jóvenes se promueva el uso correcto del condón.

También los jóvenes necesitan desarrollar fortalezas que puedan usar como una herramienta estratégica que conduzca a tener cambios de conducta deseables. Por lo que, técnicas como psicoeducación, consejería y entrevista motivacional pueden ser utilizadas tanto para adolescentes como para padres. La psicoeducación se refiere a un trabajo intelectual que constituye una técnica sencilla para conversar acerca de riesgos y factores protectores, después de la evaluación de los mismos. También permite la contextualización respecto al adolescente individual y su cotidianidad, lo que permite que pueda ser integrada desde lo más concreto y vivencial. Por otra parte, la consejería es una técnica que requiere mayor entrenamiento y constituye una viable herramienta de trabajo tanto con los adolescentes como con sus padres. En ella, el profesional no da

consejos, si-no que orienta y ayuda al adolescente a aclarar o buscar soluciones propias, después de reflexionar, frente a un determinado problema. Así la toma compartida de decisiones incluye identificar el problema, explorar las opciones, considerar las consecuencias, hacer un plan, y realizar un seguimiento (Corona & Peralta, 2011).

En cuanto a la entrevista motivacional esta es una estrategia terapéutica para el cambio, en la que se interviene considerando que el cambio surge siempre desde la persona y no se le puede forzar, pero sí potenciar. Es un grupo de habilidades de entrevista estructurada que ayuda a las personas a avanzar en las etapas del cambio desde pre-contemplación, a la contemplación, a la preparación y a la acción. Las 5 fases del cambio según el modelo de Prochaska y Di Clemente incluyen 5 etapas, a saber: 1) pre-contemplación, es donde la persona no considera aún la posibilidad de cambio; 2) contemplación, se considera la posibilidad de cambio; 3) preparación, la persona puede llegar a planificar y comprometerse con el cambio; 4) acción, se realiza la conducta de cambio; y 5) mantenimiento, se refiere a sostener a largo plazo el cambio. Cabe mencionar, que el ciclo incluye la posibilidad de recaída, la que siempre deber ser anticipada para diseñar, con el adolescente, cómo se enfrentará (Erickson, Gerstle, & Feldstein, 2005).

El desarrollo de programas dirigidos a los padres y centrados en entrenar habilidades conductuales de comunicación sexual con los hijos podrían constituirse como una vía para enseñar a los padres a iniciar y mantener una conversación sobre temas de sexualidad, con el propósito de que los hijos se informen sobre los riesgos de tener conductas sexuales coitales desprotegidas, y al mismo tiempo observen un modelo que puedan imitar para aprender comportamientos que favorezcan la comunicación sexual y la negociación con la pareja. Asimismo, los jóvenes en sus relaciones de noviazgo no siempre tienen la oportunidad para discutir estos temas, además en ocasiones sus habilidades de comunicación y negociación con la pareja son escasas. Pese a todo, desde la Teoría del Aprendizaje Social, los padres se constituyen como modelos de comunicación personal que brindan oportunidades fuera de la relación de noviazgo, para discutir temas de sexualidad, y así, los hijos por medio de la observación y las discusiones sobre estos temas con sus padres aprenden habilidades para comunicarse y negociar con la pareja (Widman, Choukas-Bradley, Helms, Golin, & Prinstein, 2014).

La tensión entre el inicio de la sexualidad en la adolescencia y la medida de la Salud Sexual y Reproductiva SSyR para los adolescentes con riesgos de morbi-mortalidad específicos, constituye la mayor preocupación respecto al comportamiento y al discurso del adolescente sobre sus prácticas sexuales, sus relaciones e interacciones sociales y el estado percibido sobre la salud mental y física como indicadores de los diversos procesos y prácticas que constituyen lleno de significados respecto a salud reproductiva en la adolescencia (Rojas Bentancur, Méndez Villamizar, & Montero Torres, 2016).

La Salud Sexual y Reproductiva SSyR en adolescentes requiere información y habilidades que les permitan apropiarse de sus derechos, para demandar una educación sexual sin prejuicios y accesos a servicios de salud de calidad en un clima de privacidad y confidencialidad. Debe reconocerse la diversidad de orientaciones e identidades sexuales bajo el respeto a las diferencias y rechazando todo tipo de estigma y discriminación. Un marco de respeto a los derechos supone que sus necesidades sean consideradas por encima de otra figuras de autoridad como maestros, proveedores de servicio de salud e incluso los propios padres; esto les permitirá ejercer su sexualidad de manera libre, informada, protegida y responsable (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández, & Villalobos, 2013).

Capítulo 2. Estrés y afrontamiento en la adolescencia

El papel del estrés, es fundamental, ya que se considera un primer detonante, a partir del cual el cambio emocional resulta afectado, interfiere en el individuo generando tensión en el aspecto físico, emocional y mental, por lo que ejerce un impacto desencadenador, regulador o exacerbado de diferentes síntomas (dificultad para respirar, insomnio, taquicardia, entre otros). Así como estados emocionales dañinos tales como: poca tolerancia a la frustración, ansiedad, depresión y temor (Tejeda et al., 2002; Pérez, 2002).

El estrés psicológico hace alusión a una clase particular de relación entre la persona y su ambiente, la relación estresante se refiere a la demanda de esfuerzo o exceder los recursos personales, y la unidad de análisis es la transacción o encuentro en el cual la evaluación de una persona involucra daño, miedo al daño, o una actitud positiva, optimista, de sobreponerse a los obstáculos (Lazarus & Folkman, 1986).

Además, el estrés se desarrolla en tres fases, una de alarma, una de resistencia y una de agotamiento, por lo que, cuando el cuerpo debe adaptarse a una situación nueva necesita de mayor energía para poder llevar a cabo la requerida acomodación, poder atacar, resistir o emprender la huida. El síndrome general de adaptación al estrés propuesto por Peryra (2004), está constituido por tres fases básicas:

Reacción de alarma: El individuo, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente debido a la activación de una serie de glándulas, que se encuentran en el hipotálamo y las glándulas suprarrenales, localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal. El cerebro, al detectar la amenaza, estimula al hipocampo, el cual produce factores liberadores que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros para zonas corporales no específicas. Una de estas sustancias es la hormona adrenocorticotropina ACTH que funciona como un mensajero fisiológico que viaja en el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal, que bajo el influjo de tal mensaje produce cortisona y otras hormonas llamadas corticoides. Asimismo, otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la medula suprarrenal que activa la secreción de adrenalina.

Estado de resistencia: En esta fase el individuo es sometido de manera prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales, el organismo no puede sostener indefinidamente la reacción original, por lo que sigue su adaptación a otras demandas de manera progresiva, en una nueva fase de adaptación o resistencia. Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo. Por el contrario de la primera fase, que es breve, la segunda es más prolongada, ya que su duración depende de la resistencia del agente estresor y la capacidad del organismo para resistir. Cuando esa capacidad aminora o se agota, comienza la siguiente fase.

Fase de agotamiento: El organismo, después de una prolongada exposición a cualquiera de los agentes nocivos, pierde la adaptación adquirida y finalmente se pierde. Al pasar al agotamiento, el individuo suele sucumbir ante las demandas, pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio (Pereyra, 2004).

Para comprender el síndrome general de adaptación al estrés, es pertinente saber cómo definen al organismo, el cual es un sistema dinámico que busca mantener el equilibrio de su estado interno. Este equilibrio llamado, homeostasis, estaría constantemente amenazado por la exposición a eventos nocivos o estresores. Así el estrés representaría un esfuerzo del organismo para adaptarse a esas condiciones nocivas y no estaría relacionado a un evento estresor específico sino que sería una reacción generalizada (Galán & Camacho, 2012).

Existen diferentes modelos explicativos del estrés, en ellos el estrés como respuesta, donde se hace referencia a la experiencia, reacción o respuesta del sujeto frente a los estímulos estresores. El estrés como estímulo, hace referencia a algo asociado a circunstancias o acontecimientos externos al sujeto que son dañinos, amenazadores o ambiguos, denominados estresores, que pueden alterar el funcionamiento del organismo y/o el bienestar e integridad psicológica de la persona (Trianes, 2002).

Crespo y Labrador (2003), mencionan que en este sentido se identifica al estrés con aquellos estímulos del ambiente que pueden perturbar el funcionamiento del organismo.

El estrés, por lo tanto, es una variable independiente que actúa sobre el organismo y que se identifica con carga o demanda.

La definición de estrés como estímulo focaliza la atención sobre los estresores, estos pueden ser cualquier evento, los cuales requieren algún tipo de respuesta adaptativa. En este contexto el estrés significa cualquier fuerza externa sobre el objeto o una persona (Omar, 1995).

Finalmente, para Lazarus y Folkman (1991), los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente como acontecimientos con los que tropieza el sujeto.

Asimismo, el modelo interactivo del estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1986) atribuye a la persona la acción decisiva en el proceso, pues especifica que el estrés se origina en la evaluación cognoscitiva que hace el sujeto al intermediar las relaciones particulares entre los componentes internos y los provenientes del entorno. El modelo de Lazarus considera que el estrés es el resultado de una evaluación de daño, amenaza o de desafíos. Factores personales influyen en la evaluación del estrés, aunque es importante el definir con particular precisión los factores situacionales que hacen probablemente una evaluación estresante. En este sentido el estrés se refiere a una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar. La importancia de trabajar en el estrés son los actos de evaluación cognoscitiva que determinan el valor de la amenaza. Una vez que se ha realizado la fase evaluativa, las manifestaciones de estrés van a ocurrir en la medida de la eficacia que tengan las actuaciones que ponga en marcha el sujeto para hacer frente a la amenaza (Lazarus & Folkman, 1986). A estas acciones se les denomina estrategias de afrontamiento.

De esta forma el estrés surge del modo en que la persona percibe e interpreta los acontecimientos que ocurren en el ambiente exterior, y por esta razón la reacción de estrés depende de cómo sea percibida la situación para la persona, por lo que no todas las personas reaccionan de igual manera ante situaciones semejantes (Crespo & Labrador, 2003).

De una situación y la reacción personal se coloca un elemento que es el responsable de una reacción, este tiene gran relevancia, y es llamado, Evaluación Cognoscitiva, encontrándose dentro de este concepto, la evaluación primaria y secundaria. Estas tienen que ver con el modo en que la persona aprecia o valora una situación. Partiendo de este aspecto de valoración o apreciación, se destaca la existencia de dos procesos explicativos de las diferencias en la forma de actuar de las personas ante situaciones similares. El primer proceso, es la evaluación cognoscitiva primaria, la cual nos permite decidir si dicha situación es irrelevante, benigna o positiva y estresante. Si dicha situación puede provocar daños, pérdida o amenaza será percibida como estresante. Existe un segundo tipo de evaluación, llamada cognoscitiva secundaria, dirigida a examinar los propios recursos para hacer frente a la situación que se presente. El segundo proceso que interviene es el afrontamiento, entendido como el proceso a través del cual la persona maneja demandas o situaciones que percibe como estresantes (Lazarus & Folkman, 1986).

Sobre esta relación, persona-ambiente, Taylor (2007), ejemplifica el estrés como la consecuencia del proceso de valoración de una persona. Dice que cuando los recursos personales son más adecuados para manejar una situación complicada, la persona podrá sentir un poco de estrés y percibir una situación como un reto. Por otra parte, cuando una persona percibe que sus recursos individuales son suficientes para manejar una situación pero a costa de un gran esfuerzo, probablemente sentirá estrés de manera moderada, pero cuando un individuo percibe sus propios recursos como insuficientes probablemente experimente una gran cantidad de estrés.

Por lo general, para enfrentar el estrés las personas recurren a respuestas cognoscitivas y comportamentales (proceso conocido como afrontamiento) que mediatizan las relaciones entre la percepción del estrés y la consiguiente adaptación somática y psicológica. La habilidad para manejar situaciones estresantes depende de los recursos de afrontamiento disponibles. Estos recursos desempeñan un rol importante, ya que constituyen características estables del individuo y del medio ambiente donde se desenvuelve (Omar, 1995). La perspectiva teórica acerca del proceso de afrontamiento del estrés más frecuentemente adoptada por los especialistas es el modelo fenomenológico-cognoscitivo propuesto por Lazarus y Folkman (1984), que se focaliza en la interacción entre las demandas estresantes y la evaluación que de ellas hace la

persona. El modelo postula que el proceso de afrontamiento se caracteriza por dos clases de evaluaciones de la situación: una primaria, en la que el individuo determina si es relevante o no para su bienestar, y una secundaria, en la que considera las posibles respuestas para hacerle frente.

De ahí que, el afrontamiento se puede identificar por los esfuerzos que son puestos en marcha por una persona una vez que ha evaluado una situación como amenazante o desbordante de sus recursos, por el contrario tales esfuerzos no tienen más propósito que los de promover el ajuste (en términos psicológicos y sociales) o la adaptación (en términos biológicos) de esa persona. Por lo que en una situación potencialmente amenazante o dañina, una persona se esfuerza por hacer algo, tanto cognoscitiva como conductualmente, sin ningún propósito particular (Piña, 2009).

Estrategias de afrontamiento en adolescentes

Lazarus y Folkman (1984) distinguen dos tipos o funciones principales del afrontamiento que generalmente coexisten: el manejo o alteración del suceso que causa el malestar y la regulación de la respuesta emocional que el evento genera. El primero, también llamado afrontamiento de acción directa (Omar, 1995), está dirigido a la definición del problema y resolución a través de la búsqueda de soluciones alternativas. Este tipo de afrontamiento posiblemente se utilice con más frecuencia cuando se evalúan las condiciones como susceptibles de ser modificadas. El segundo, conocido como afrontamiento paliativo o de acción indirecta, está orientado a disminuir el grado de alteración emocional o modificar la percepción de la situación sin cambiarla objetivamente. Este tipo de afrontamiento posiblemente se utilice como una forma de regular las propias emociones (atenuando las percepciones de la amenaza), ya que habitualmente no conduce a la solución del problema (Omar, 1995).

El afrontamiento focalizado en el problema y focalizado en la emoción se ha estudiado dentro de las estrategias de afrontamiento, Folkman y Moskowitz (2004), señalaron que la distinción entre ambos tipos de estrategia, aunque fue un buen punto de partida, actualmente ya no es suficiente, habida cuenta estaría enmascarando importantes traslapamientos entre sus categorías. En particular, indican que, así como la estrategia

de distanciamiento (la persona reconoce un problema pero hace esfuerzos deliberados por alejar su mente) y la de escape-evitación (reconoce el problema, solo que la persona intenta evadir a través de conductas socialmente desajustadas) son agrupadas como estrategias enfocadas en la emoción, hay principales diferencias entre ambas, desde el momento que el distanciamiento es una estrategia adaptativa cuando nada puede hacerse, y, en cambio, la evitación (aun ante el mismo tipo de situación) es prácticamente desadaptativa.

El concepto de estrategia de afrontamiento alude a un conjunto de acciones que se ponen en juego para solucionar o satisfacer las demandas específicas del estresor (Morales, 2008).

Cada una de las estrategias de afrontamiento estará relacionada con la situación y las características del sujeto, como influye también afrontar dichas situaciones, por lo que es importante destacar que las estrategias serán variables y no siempre se utilizarán de la misma forma en más de una ocasión (Gómez, Durán, Barcelata, & Romero, 2016).

Se pone de manifiesto que el afrontamiento es un proceso dinámico, que depende de características del adolescente pero también de la situación y sus demandas. Las estrategias de afrontamiento, son comportamientos intencionales dirigidos al logro de objetivos, que ponen en juego recursos personales, ajustando su selección por el sujeto a las demandas y exigencias de la situación (Trianes, 2002).

Morales (2008) hace una diferenciación de las estrategias adaptativas y desadaptativas. Las adaptativas, reducen el estrés al tiempo que promueven estados de salud (relajación, ejercicio físico, alimentación adecuada, entre otras). Las estrategias desadaptativas, reducen el estrés a corto plazo pero con importante deterioro para la salud y el desarrollo.

Compas, Davis, Forsythe, y Wagner (1987) mencionan que las estrategias de afrontamiento se refieren a las acciones cognitivas o de comportamiento adoptadas en el curso de un episodio estresante particular. Estos pueden variar a través del tiempo y el contexto en función de la naturaleza del encuentro estresante.

El estilo de afrontamiento, hace referencia a una tendencia a emplear una estrategia o conjunto de las mismas (Frydenberg & Lewis, 1993). El término estilo, también utilizado en la caracterización adolescente del afrontamiento, se refiere al empleo transituacional de un grupo de estrategias, aprendido de las experiencias pasadas.

Compas, Davis, Forsythe y Wagner (1987) refieren que los estilos de afrontamiento son métodos de afrontamiento que caracterizan las reacciones de las personas al estrés, ya sea a través de diferentes situaciones o con el tiempo dentro de una situación dada. Estos se pueden reflejar en parte de las formas de afrontamiento preferido por las personas porque son consistentes con los valores personales, creencias y objetivos. Los estilos de afrontamiento no implican necesariamente la presencia de rasgos de personalidad subyacentes que predisponen a la persona a responder de manera particular (Lazarus & Folkman, 1984). En lugar de ellos, los estilos de afrontamiento pueden reflejar la tendencia a responder de una manera particular cuando se enfrentan a un conjunto específico de circunstancias (por ejemplo, un individuo puede mostrar diferentes estilos de afrontamiento en situaciones controlables vs incontrolables).

El estilo de afrontamiento representa una diferencia individual más específica en como las personas responden al estrés. El estilo de afrontamiento es una predisposición general para manejar eventos estresantes en una forma particular. Los estilos de afrontamiento son concebidos como rasgos de personalidad los cuales caracterizan a las personas por la forma en cómo se comportan de manera general (Taylor, 2007).

Fernández (1997) dice que los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Sandin, Chorot, Santed, & Jiménez, 1995), mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación.

Por su parte, Pelacho (2000) menciona que los estilos y estrategias de afrontamiento son complementarios, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación.

Los estilos y estrategias de afrontamiento de los que dispone la persona y que utiliza de forma habitual, pueden suponer un facilitador, o un obstáculo, para la interacción con los otros, es decir, para relacionarnos de forma efectiva con los demás (Castaño & León del Barco, 2010).

Una vez que se han abordado estas diferencias, Skinner, Edge, Altman y Sherwood, (2003) hacen una revisión de manera meticulosa, sobre las estrategias utilizadas por diferentes autores para constituir sistemas de categorías. Es importante tener en cuenta que no todas las estrategias aparecen en todas las edades ni en todos los dominios, es decir, lo que funciona en el campo de los adultos no es directamente aplicable a adolescentes, lo cual juega un rol crítico para determinar el tipo de afrontamiento utilizado.

Skinner, Edge, Altman y Sherwood, (2003) mencionan distinciones en cuanto a funciones, tipos y acciones del afrontamiento, las cuales se presentan a continuación:

Distinciones entre las funciones de afrontamiento, la función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene, es importante tener en cuenta que las funciones no se definen en resultados (Lazarus & Folkman, 1991).

Distinciones topológicas, este tipo de distinciones ha sido utilizado para describir modos o métodos de afrontamiento. Aproximaciones vs evitación: La característica clave que las distingue es la orientación de la atención del individuo. Las personas pueden ir de una a otra repetidamente (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003).

Aproximación: las estrategias más comunes son la solución de problemas y búsqueda de apoyo, guía, apoyo, identificación de alternativas útiles (Morales, 2008). El afrontamiento de aproximación supone una predisposición para hacer frente al estresor

y superarlo, poniendo en juego comportamientos cognoscitivos, conductuales y emocionales en la resolución del problema. Las estrategias de aproximación se asocian a una adecuada adaptación y ausencia de psicopatología (Seiffge-Krenke, 1993).

Evitación: El afrontamiento basado en evitación se refiere a estrategias cognoscitivas, emocionales y conductuales dirigidas a no enfrentarse con el problema, descarga emocional y el escape son las estrategias típicas de evitación. Las estrategias de evitación se asocian a síntomas de inadaptación y desajuste (Seiffge-Krenke, 1993). Ante situaciones en las que tiene bajo control, puede ser adaptativo emplear estrategias de evitación ya que pueden reducir el estrés y la ansiedad (Roth & Cohen, 1986).

Distinciones para identificar categorías de acción: Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, (2003) mencionan que esta tercera categoría es relevante, porque contribuye a la identificación de tipos de acción, lo que se refiere a que la acción incorpora a la conducta, pero también requiere emociones, atención y metas del individuo. Las teorías de acción están basadas en la idea de que la unidad natural de análisis para conceptualizar las transacciones entre las personas y sus contextos sociales no es la conducta, sino la acción.

Urzúa y Jarne (2008) dicen que no existen criterios unificados para conceptualizar el afrontamiento, así las dificultades inherentes a la investigación radica principalmente en que el número y estrategias de afrontamiento son específicos al estudio concreto, no existiendo acuerdo en la esencia de los constructos, ya que como plantean Skinner, Edge, Altman y Sherwood, (2003) el afrontamiento no es una conducta unidimensional, sino que está conformada por un conjunto de niveles que incluyen conductas, cogniciones y percepciones.

Siguiendo esta misma línea Gómez-Maqueo, Durán, Heredia, y Villarruel (2014), clasifican el afrontamiento en 2 tipos y cada uno de ellos conformado por estrategias de afrontamiento. Dicha clasificación corresponde a los reactivos que conforman la Escala de Afrontamiento para Adolescentes Mexicanos de la cual haremos uso para este estudio, las estrategias de afrontamiento se agrupan en funcional y disfuncional:

Afrontamiento funcional: Se encuentra relacionado con las respuestas adaptativas que implican la adopción de medida concreta para enfrentar la situación estresante.

Estrategias de afrontamiento funcional:

Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones. Implica estrategias eficientes de afrontamiento que están dirigidas a la solución del problema, ya sea de forma activa o de forma interna. Estas estrategias implican la definición del problema, la generación de soluciones alternativas y la realización de acciones que lleven a dicha solución, además de la regulación emocional que la facilita.

Búsqueda de apoyo fuera de la familia. Se refiere al uso de recursos sociales, específicamente los pares, ya sea con el fin de obtener herramientas para la solución del problema, apoyo emocional o un medio de escape cognitivo y/o conductual del problema.

Búsqueda de apoyo en la familia. Recurrir a la intervención pasiva o activa de los familiares para solucionar el problema y obtener apoyo emocional.

Religión. Implica recurrir a creencias religiosas para aminorar el malestar generado por el estrés producto de una situación abrumadora.

Afrontamiento disfuncional: Incluye la retirada y actitudes relacionadas con el pensamiento fatalista.

Estrategias de afrontamiento disfuncional:

Respuestas fisiológicas. Se refiere a la activación de los sistemas fisiológicos en respuesta a las emociones, lo cual prepara al organismo para un acto de huida o ataque cuando se enfrenta a una situación estresante.

Rumiación e impulsividad. Implican pensamientos y emociones negativas que giran en torno al problema y que no conducen a la generación de alternativas para su posible

solución; así como acciones que se llevan a cabo sin un proceso de evaluación de sus consecuencias y que generan malestar posterior.

Evitativo pasivo. Representan la negación y represión del problema, las cuales se reflejan en actitudes y acciones que llevan a la inmovilidad y/o retirada, es decir, no se realiza esfuerzo alguno en dar solución al problema.

Impotencia y conducta autolesiva. Se refiere a estrategias disfuncionales no dirigidas a la resolución del problema, que consisten en la intención o realización de conductas autodirigidas cuyo fin es herir.

Lazarus y Folkman (1991) dicen que gran parte de la forma en que la persona afronta una situación, dependerá principalmente de los recursos que tenga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada.

Los recursos de afrontamiento incluyen aquellos aspectos de la persona, por ejemplo, las habilidades para resolver problemas, habilidades interpersonales, de autoestima positiva; y el entorno social, es decir, la disponibilidad de una red social de apoyo, que facilita o hace posible una adaptación exitosa al estrés de la vida (Compas, Davis, Forsythe, & Wagner, 1987).

Los recursos de afrontamiento, en cuanto a capacidades adaptativas, son eficaces frente al estrés reduciendo la posibilidad de conductas de riesgo o bien incrementando la probabilidad de alcanzar y mantener mayores niveles de salud. Estos recursos engloban dos dimensiones complementarias de la persona, como son primero la interna, ligada a variables como, herencia, edad y sexo; segundo la externa, asociada a acciones relacionadas con el entorno sociocultural propiciador de un determinado estilo de vida (Morales, 2008).

Cabe resaltar que el afrontamiento, no es todo lo que hace una persona para resolver un problema, ni tampoco es algo permanente en una persona, como si formase parte de su personalidad, sino es algo que se matiza como cambiante, por lo que es preferible hablar de estrategias de afrontamiento en lugar de hablar de estilos, entendidos como algo permanente en los individuos (Soriano, 2002).

Desde el punto de vista de la medición y de la investigación, el esfuerzo por afrontar problemas, es independiente de los resultados, de manera que su influencia en los resultados adaptativos puede evaluarse de manera independiente. Se utiliza el término de afrontamiento si el proceso es adaptativo o no adaptativo, con o sin éxito, consolidado o inestable. Adaptativo se refiere a las habilidades sociales y prácticas que las personas han aprendido, para funcionar en su vida diaria y que permiten responder a las circunstancias cambiantes de la vida y las exigencias contextuales. El éxito se refiere a la medida en la que a través de la reevaluación de afrontamiento la persona considera que las consecuencias y efectos son acertados. Consolidado significa que la persona ha alcanzado un forma estable de afrontamiento, bajo una variedad de circunstancias; los procesos de afrontamiento, incluyendo defensas, son probablemente el resultado de una lucha fluida, dentro de un contexto para evaluar lo que está sucediendo de una manera en la que la persona debe responder a las realidades de la situación pero también tiene la esperanza o incluso una idea optimista sobre cómo van las cosas (Lazarus, 1993).

Lazarus y Folkman (1986) dicen que las estrategias de afrontamiento no son estables, dependen de las características de la situación, además de que éstas pueden cambiar a través del tiempo. El concepto de estrategias de afrontamiento es coherente con la idea que tenemos en psicología sobre las diferentes disposiciones personales, en el sentido de que las respuestas del individuo suelen estar determinadas por una interacción entre las situaciones externas y las disposiciones personales, las estrategias de afrontamiento se utilizan para lidiar con el estrés y pueden o no ser adaptativas, por su parte el afrontamiento se emplea independientemente de que el proceso del estrés sea adaptativo o desadaptativo. Lazarus y Lazarus (2006) mencionan que ambas perspectivas para estudiar el afrontamiento, tanto como estilo o como estrategia son válidas y útiles, estos autores realizan un análisis y explican cómo ambas formas pueden ser útiles en diferentes circunstancias.

Folkman y Lazarus (1998) dicen que el afrontamiento se ha visto primeramente como una respuesta ante una emoción y que por lo tanto, tiene un impacto en ella. Distinguen 4 tipos de afrontamiento que están asociados con la emoción presentada: la solución de problemas, la reevaluación positiva, la confrontación del problema y el distanciamiento o evasión. Mencionan que la reevaluación positiva está asociada a una disminución de

la angustia y un incremento en sentimientos positivos, como la felicidad, el placer y la confianza.

El afrontamiento está determinado por la persona, el ambiente y su interacción; en el adolescente, las estrategias de afrontamiento parecen resultado de aprendizajes realizados en experiencias previas, que constituyen un estilo de afrontamiento, que determina las estrategias de afrontamiento situacionales. El afrontamiento en adolescentes se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por un evento estresante (González B., Montoya, Casullo, & Bernabéu, 2002).

Moss (2002) clasifica las estrategias de afrontamiento en estrategias de aproximación al problema (destinadas al transaccionar de forma directa con la fuente estresante) y estrategias de evitación (predestinadas a estabilizar el estado emocional). Las estrategias de aproximación, especialmente la resolución de problemas, la de reestructuración cognoscitiva y reevaluación positiva, y aquellas que se focalizan en el problema, son estrategias que están más activas en el afrontamiento, por el contrario, las que se basan en la retirada, evitación cognoscitiva y conductual, aceptación resignada, descarga emocional, pensamiento basado en ilusiones y culparse, están asociadas a sintomatología psicológica.

La presencia de eventos estresantes en mayor o menor magnitud se han visto asociados con la presencia de problemas conductuales y/o emocionales en adolescentes; en cambio, las diferencias individuales les permiten tener éxito en estas experiencias de estrés, un apoyo dentro de estas características individuales son las estrategias de afrontamiento. Los adolescentes no reportan un solo tipo de afrontamiento, sino que se valen de estrategias de afrontamiento tanto centradas en el problema, como centradas en la emoción para problemas que van desde lo académico hasta lo personal (Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988).

Al mismo tiempo algunos autores se han centrado en el estudio del afrontamiento en población adolescente, entre ellos; Compas (1988), Frydenberg (1999), Seiffge-Krenke (1993) y Moss (2002).

Compas (1988) considera al afrontamiento como parte de las formas en que los individuos responden al estrés, que pueden ser respuestas de afrontamiento conductuales y volitivas, así como respuestas involuntarias. Así mismo, el afrontamiento es multidimensional, y es más complejo que dos estilos como el enfocado en el problema y enfocado en la emoción, Compas, habla de respuestas voluntarias o comprometidas y respuestas involuntarias; de igual manera identificó 5 factores en el afrontamiento adolescente: afrontamiento comprometido de control primario, afrontamiento de control secundario, afrontamiento no comprometido, respuestas involuntarias comprometidas y respuestas involuntarias no comprometidas; donde los primeros tres muestran un afrontamiento voluntario. Los factores de afrontamiento que implican esfuerzos activos conllevan un grado personal de control sobre los aspectos estresores del ambiente y las emociones (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001).

Seiffge-Krenke (1993) refiere que los adolescentes más grandes, son más activos, cuentan con un mayor repertorio de estrategias de afrontamiento que los adolescentes tempranos, además de que debido a su desarrollo cognoscitivo, tienen mayor habilidad para ver los problemas desde múltiples perspectiva. También el afrontamiento está conformado por tres factores: afrontamiento activo (conducta manifiesta), afrontamiento interno (respuestas cognoscitivas) y afrontamiento evitativo (respuestas encaminadas a evitar el estímulo).

Posteriormente, en otro estudio encontró dos factores predominantes: uno que contiene respuestas de tipo activo e interno y otro de respuestas predominantemente evitativas. Un tercer estudio con muestras normativas reveló que la mayoría de los adolescentes afrontan las situaciones de manera competente y pueden manejar adecuadamente los diversos sucesos normativos (Seiffge-Krenke, 1995).

Seiffge-Krenke y Klessinger (2000) confirmaron estas asociaciones básicas y evidenciaron los efectos duraderos del afrontamiento por evitación en un periodo de tiempo de cuatro años. Todas las formas de afrontamiento evitativo, fueran constantes o no, estuvieron asociadas con niveles elevados de síntomas depresivos en la adolescencia media y tardía. Este modelo ha sido probado en población normal y

clínica, en estudios transculturales (Seiffge-Krenke & Shulman, 1990; Seiffge-Krenke, 1992).

Frydenberg (1999) menciona que el afrontamiento está determinado por la persona, el ambiente y la interacción. Propone un modelo de afrontamiento basado en 18 estrategias obtenidas empíricamente, las cuales son: buscar apoyo social, centrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, apoyarse en amigos íntimos, buscar pertenencia a un grupo, hacerse ilusiones, ausencia de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social, ignorar el problema, autoinculparse, reservarlo para sí, buscar apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar ayuda profesional, buscar diversiones relajantes, recreación física. Dichas estrategias se agrupan en 3 estilos de afrontamiento: dirigido a la resolución de problemas, afrontamiento con relación en los demás, y afrontamiento improductivo.

Moss (2002) desarrolló un modelo de afrontamiento que integra los aspectos sociales y personales implicados en la adaptación del adolescente. En este modelo se manejan 5 sistemas y su interrelación: el sistema ambiental, el sistema personal, las condiciones transitorias, la evaluación cognoscitiva y habilidades de afrontamiento, y por último, salud y bienestar. El modelo parte de la premisa de que el continuo de los factores personales y ambientales antecedió a estas condiciones transitorias; estos tres grupos conforman la evaluación cognoscitiva, las estrategias de afrontamiento, y por último la salud y bienestar del adolescente.

El entendimiento de la evolución de las respuestas de afrontamiento depende de los datos utilizados para el uso de diferentes estrategias de afrontamiento en etapas fundamentales del desarrollo. Por ejemplo, la emergencia de las habilidades cognoscitivas para el pensamiento abstracto e hipotético de la adolescencia tardía y adultez, probablemente estará relacionada con el uso de estrategias de afrontamiento cognoscitivas más complejas durante estos periodos de desarrollo. De modo semejante, el uso de redes sociales, las fuentes de información y el apoyo emocional está relacionado de forma más cercana con el cambio de la naturaleza de las interacciones sociales con los padres, hermanos y amigos durante la niñez y la adolescencia (Band & Weisz, 1988).

Kavsek y Seiffge-Krenke (1996) estudiaron los procesos de afrontamiento en los problemas cotidianos durante la adolescencia. El afrontamiento fue conceptualizado como un constructo de rasgo y como tal, se considera estable a través del tiempo. Se estudiaron dos grupos de adolescentes de distintas edades (11-16 años y 17-19 años). De acuerdo con estos resultados, los participantes más jóvenes utilizaron estrategias de aproximación y evitación. No obstante, en los adolescentes mayores, en la dimensión de aproximación estuvo diferenciado un componente conductual y otro cognoscitivo, mientras que la dimensión de evitación fue la misma. Los resultados también mostraron que las mujeres en ambos grupos de edad tuvieron valores significativamente más elevados en el afrontamiento orientado a la aproximación que los varones.

Sumando los cambios que ocurren en el afrontamiento a través de las etapas del desarrollo, se requiere analizar los mecanismos que son responsables del aprendizaje de nuevas maneras de afrontamiento. Algunos estudios han establecido una asociación entre las características de los padres, incluyendo el estilo parental, las maneras de afrontar de los padres y el afrontamiento de los niños, así como el nivel socioeconómico, las estrategias de afrontamiento de los adolescentes y sintomatología emocional (González-Forteza, Villatoro, Pick, & Collado, 1998).

Estrategias de afrontamiento y conductas de riesgo

Se ha asumido que el afrontamiento centrado en la emoción podría interferir con las conductas de promoción de la salud mientras que el afrontamiento centrado en la solución de problemas actuaría como un promotor de dichas conductas (Stein & Nyamathi, 1999). No obstante, aceptar que el afrontamiento de solución de problemas es adaptativo mientras que el centrado en la emoción es desadaptativo no está exento de problemas. Es preciso considerar la naturaleza de la situación problemática o estresante para determinar si el afrontamiento utilizado es adaptativo o no (Tamres, Janicki, & Helgeson, 2002). Se considera que el afrontamiento adaptativo es un factor protector de la implicación en conductas de riesgo mientras que el afrontamiento desadaptativo promueve la implicación en conductas de riesgo (Auerbach, Abela, Zhu, & Yao, 2007).

El afrontamiento adaptativo de situaciones estresantes y de otras problemáticas constituye un componente clave de los programas de prevención primaria y de promoción de la salud. En los programas dirigidos al desarrollo de habilidades de afrontamiento el interés se ha centrado en estrategias de afrontamiento activas como la solución de problemas, las habilidades asertivas de comunicación y la búsqueda de apoyo social (Clarke, 2006). Entre las conceptualizaciones de afrontamiento más conocidas e investigadas se encuentra la propuesta de Lazarus y Folkman (1986), que distinguieron entre el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento centrado en la emoción. Por otra parte Frydenberg y Rowley (1998) establecieron tres estilos de afrontamiento: solución de problemas, afrontamiento en relación con los demás y afrontamiento de evitación. Los estilos de afrontamiento solución de problemas y en relación con los demás equivalen al afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción, respectivamente, propuestos por Lazarus y Folkman (1986). El estilo de afrontamiento centrado en la solución de problemas se caracteriza por los intentos de la persona para resolver la situación problemática, mientras que el afrontamiento focalizado en la emoción consiste en la modificación de la respuesta emocional. En el afrontamiento de evitación se llevan a cabo actividades dirigidas a evadir el problema (Frydenberg & Rowley, 1998).

Los esfuerzos preventivos y de intervención deben enfocarse en el desarrollo de adolescentes saludables (Kotchick, Shaffer, Forehand, y Miller, 2001), es importante explorar en aquellos indicadores que potencialmente pueden facilitar que los jóvenes lleven a cabo conductas con consecuencias negativas para su salud (Boyer, 2006). Del mismo modo, los estilos de afrontamiento se han asociado con las enfermedades físicas crónicas y con los problemas de salud mental, así como con problemas emocionales y conductuales en adolescentes (Bonica & Henderson, 2003).

El predominio de los sucesos estresantes sobre la salud física y psicológica está determinada por las estrategias de afrontamiento (Kraag, Zeegers, Kok, Hosman, & Abu-Saad, 2006), por lo que conocer las situaciones estresantes de los adolescentes y cómo éstos las afrontan puede ayudar a que los expertos de la salud tengan una mejor comprensión del bienestar general de esta población (Bonica & Henderson, 2003).

Bermúdez, Inmaculada, & Buela-Casal (2009) encontraron diferencias sexuales en los estilos de afrontamiento, las mujeres presentan puntuaciones medias más elevadas en el afrontamiento por evitación en comparación de los varones. De manera similar, Hampel y Petermann (2006) pusieron de manifiesto que las adolescentes empleaban en mayor medida un afrontamiento desadaptativo o de evitación, así como estrategias de tipo emocional. Sin embargo, Tamres, Janicki y Helgeson (2002), tras realizar un metaanálisis sobre diferencias sexuales en afrontamiento, establecieron que no existía un mayor uso del afrontamiento centrado en la solución de problemas en hombres y que la mayoría de las diferencias sexuales en afrontamiento eran pequeñas. De acuerdo con Piko (2001), podría ser que las diferencias en afrontamiento que se encuentran entre hombres y mujeres se deban a los diferentes roles de género que se inculcan, donde sobresale la promoción de la independencia en los hombres y la búsqueda de apoyo social en las mujeres.

Las estrategias de afrontamiento y cómo los adolescentes hacen frente a las situaciones estresantes o problemáticas han sido identificadas como factores psicológicos relacionados con las prácticas sexuales. De esta manera, si el joven presenta carencias en el afrontamiento ello podría dificultar su capacidad para afrontar situaciones de riesgo para su salud (Fuhrel & Kalichman, 2006). Por su parte Cooper, Wood, Orcutt, y Albino (2003) dicen que los adolescentes que utilizan estrategias de afrontamiento centradas en la emoción tienen mayores probabilidades de implicarse en conductas de riesgo como son el consumo de sustancias, conductas delictivas, conductas sexuales de riesgo (por ejemplo, el número de parejas sexuales) o de consecuencias negativas derivadas del incremento de riesgos sexuales (es decir, haber tenido una infección de transmisión sexual, haber quedado embarazada o temer estar embarazada).

Cooper, Wood, Orcutt y Albino (2003) hallaron que el afrontamiento de evitación era el predictor más fuerte para conductas de riesgo o problemáticas. Por otra parte Steiner, Erickson, Hernández y Pavelski (2002) indicaron que el afrontamiento de evitación se relacionaba con el incremento de riesgos para la salud, entre ellos, aquellos relacionados con la sexualidad.

En términos generales, las estrategias más activas, como búsqueda de ayuda y las estrategias de solución de problemas, muestran una tendencia creciente durante la

adolescencia, manteniéndose en niveles estables o con aumentos menos pronunciados al entrar en la adultez. Por el contrario, el uso de estrategias evitativas presenta una tendencia decreciente a medida que los adolescentes crecen (Estévez, Oliva, & Parra, 2011).

Como resultado, a lo largo de la adolescencia, hombres y mujeres experimentan con el uso de estrategias el valor de su eficacia ante los acontecimientos que deben afrontar, sintiéndose cada vez más competentes y capaces de afrontar directamente las conductas de riesgo en lugar de utilizar estrategias de evitación ante ellos (Seiffge-Krenke, 2011).

Capítulo 3. Método

Planteamiento del problema

Las estrategias de afrontamiento influyen en los adolescentes para que éstos puedan desarrollar una adecuada conducta sexual.

Las estrategias de afrontamiento sirven para que los adolescentes puedan manejar las situaciones estresantes o problemáticas que se les lleguen a presentar. De esta manera, si el joven presenta carencias en el afrontamiento ello podría dificultar su capacidad para afrontar situaciones de riesgo para la salud (Teva, Bermúdez, & Buena-Casal, 2011).

El proceso de afrontamiento consta de dos vertientes claras, referidas al foco de actuación referida del sujeto, sobre su percepción y sentimientos o sobre la situación misma. Por lo que en el afrontamiento se realiza una reevaluación de la situación, se valora el nivel de amenaza que significa, si realmente afecta a compromisos tan relevantes para un adecuado e impredecible bienestar, hasta qué punto es posible soportar y convivir con la situación, y por último, la valoración de otros compromisos de orden superior a los comprometidos en ese momento. Muchas de las estrategias de afrontamiento guardan relación con la toma de decisiones y estas a su vez son un conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera (Casullo & Fernández Liporace, 2001).

Existen diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento: los hombres recurren habitualmente al empleo de estrategias de afrontamiento activo (principalmente, de corte cognitivo), mientras que las mujeres lo hacen a estrategias sociales (de búsqueda de apoyo). Por lo que hombres y mujeres recurren a diferentes estrategias para hacer frente al estrés, de forma que los hombres tienden a un afrontamiento activo de corte cognitivo-conductual, es decir, a la reevaluación positiva de las situaciones estresantes y a la planificación, mientras que las mujeres optan preferentemente por la búsqueda de apoyo social (Cabanach, Fariña, Freire, Gonzáles, & Del Mar Ferradás, 2013)

De manera que describir la relación entre conducta sexual de riesgo y estrategias de afrontamiento en adolescentes, es fundamental y de gran utilidad para poder detectar, predecir y atender la conducta sexual de riesgo. Ya que las CSR suponen un grave problema de salud, al estar relacionadas con el embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual (Isorna, Fariña, Sierra, & Vallejo-Medina, 2015). Así pues, es importante que se realice un acompañamiento u orientación a los padres de familia para que estos cuenten con las herramientas suficientes e información actualizada, con el fin de generar entre padres e hijos la confianza de hablar sobre temas de sexualidad, autocuidado, sustancias psicoactivas, y así que los padres de familia se conviertan en las principales fuentes de apoyo real y confiables para los adolescentes (Orcasita, Uribe, Castellanos, & Gutiérrez Rodríguez, 2012).

Pregunta de investigación

¿Existen relaciones significativas entre la conducta sexual de riesgo y las estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes?

Justificación

El contar con esta investigación y la relación entre conducta sexual de riesgo y estrategias de afrontamiento en adolescentes, facilitará la detección de conductas sexuales de riesgo que estén implicadas en los adolescentes, ya que suponen un grave problema de salud, al estar asociadas con un mayor número de embarazos en adolescentes, infecciones de transmisión sexual, fluctuaciones emocionales más pronunciadas que en otras edades, una intensa y constante búsqueda de sensaciones que implican un percepción de bajo riesgo (Isorna, Fariña, Sierra, & Vallejo-Medina, 2015).

Al mismo tiempo se muestra que estrategias como la solución de problemas, la búsqueda de apoyo y el pensamiento positivo, consideradas como estrategias de afrontamiento funcional, con frecuencia se asocian a la salud mental y el bienestar emocional, sin embargo la evitación, la rumiación, el pensamiento mágico o la activación fisiológica, estrategias de afrontamiento disfuncional, se relacionan con

problemas emocionales (González, Montoya, Casullo, & Bernabéu, 2002; Zanini & Forns, 2004).

Cierto es que el apoyo social resulta un recurso significativo dentro de las estrategias de afrontamiento para combatir conductas de riesgo en adolescentes, ya que la familia, en particular las madres, y los pares desempeñan un papel importante en la proporción de apoyo emocional y social, dado que relaciones positivas se asocian con una mayor capacidad para manejar el estrés (García & Gómez-Maqueo, 2016).

De manera que a partir de esta investigación se podrán elaborar propuestas de talleres de prevención, para incidir en las conductas sexuales de riesgo, fortalecer las estrategias de afrontamiento, sensibilizar y responsabilizar a los y las adolescentes, elaborar estudios predictivos, para que los adolescentes ejerzan su sexualidad de manera libre, informada, protegida y responsable.

Propósito General

Describir si existe una correlación significativa entre conducta sexual de riesgo y estrategias de afrontamiento.

Propósitos específicos

- a) Describir el nivel de riesgo de conductas sexuales de riesgo en un grupo de adolescentes.
- b) Identificar las características sociodemográficas y familiares que distinguen a los adolescentes en riesgo de los que no lo están.
- c) Describir la conducta sexual de los adolescentes de acuerdo al cuestionario de desarrollo adolescente CDA.
- d) Describir el tipo de estrategias de afrontamiento funcional en un grupo de adolescentes.

- e) Describir el tipo de estrategias de afrontamiento disfuncional en un grupo de adolescentes.
- f) Relacionar estrategias de afrontamiento y conducta sexual de riesgo en un grupo de adolescentes.

Hipótesis

Si existen mayores estrategias de afrontamiento funcional entonces disminuye el riesgo en la conducta sexual en adolescentes.

Los adolescentes con conducta sexual de riesgo reportan mayor uso de estrategias de afrontamiento de tipo disfuncional.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo correlacional.

Definición de variables

Conducta sexual de riesgo

Es la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contagio por alguna infección de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado (García-Vega, Menéndez, Fernández, &, 2012). Según esta definición podemos establecer como prácticas sexuales de riesgo el sexo oral (estimulación buco-genital), el coito vaginal y el anal, la promiscuidad y tener relaciones coitales después de consumir alcohol o droga.

Estrategias de afrontamiento

Seiffge-Krenke (2011) plantea que existen dos estilos de afrontamiento en los adolescentes: afrontamiento funcional y afrontamiento disfuncional. El afrontamiento funcional se refiere a los esfuerzos para manejar el problema, ya sea por la búsqueda activa de apoyo, realizar acciones concretas o reflexionar sobre las posibles soluciones. Incluye el afrontamiento activo e interno, y enfatiza la evaluación que los adolescentes hacen de la situación. Por otra parte, con relación al afrontamiento disfuncional, se establece que el problema no se resuelve en ese momento en particular y se caracteriza por presentar conductas o pensamientos que incluyen la negación, represión, evitación, rumiación o aplanamiento emocional lo que lleva a la persona a asumir una actitud de evitación hacia el estímulo.

El afrontamiento se define como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus, 1991, pag. 112).

De acuerdo con Lazarus (1991) el afrontamiento, se refiere al proceso de manejar las demandas internas o externas que generan estrés y ponen al límite o exceden los recursos personales de adaptación.

Participantes

Participaron 178 adolescentes: 75 mujeres (42.1%) y 103 hombres (57.9%) con una media de edad de 16.93 (D.E.=0.877), con edades de entre 16 y 19 años, de los cuales sólo 1 reportó estar en unión libre y los demás solteros. Fueron seleccionados de manera intencional de un Bachilleres de la Ciudad de México, 115 pertenecientes al 5 semestre y resto al 3 semestre. 109 fueron del turno matutino.

Criterios de inclusión

- Adolescentes de entre 16 y 19 años de edad.
- Pertenecientes al tercer y quinto grado de bachillerato.
- Contar con el asentimiento del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- No contestar los cuestionarios completos.
- No cumplir con la edad establecida.
- No contar con el consentimiento informado.

Instrumentos

Para explorar la conducta sexual de riesgo, estrategias de afrontamiento e información sociodemográfica se utilizaron instrumentos diseñados para evaluar conocimientos e intereses respectivamente asociados al tema.

1. Cuestionario de desarrollo adolescente-CDA (Meave & Lucio, 2006).

Para medir la conducta sexual de riesgo se tomó como base el instrumento de Meave y Lucio (2006), en el cual se mide:

- Desarrollo físico-pubertad.
- Conducta sexual.
- Inicio de la vida sexual activa.
- Conductas sexuales de riesgo.
- Recursos-necesidades.

La estructura del cuestionario contiene un formato de auto reporte que se contesta directamente en el cuestionario entregado. Algunas preguntas son exclusivas de acuerdo al sexo, incluye también preguntas para adolescentes con y sin experiencia sexual coital.

1. Desarrollo físico-pubertad: Las preguntas se refieren a los hitos del desarrollo como la primera menarca, primera eyaculación, y la percepción de estos cambios respecto a su interés sexual hacia otras personas.
2. Conducta sexual: Aparecen preguntas sobre los primeros acercamientos, y relaciones significativas amistad o pareja, conductas como hacer y recibir propuestas sexuales. Contiene una pregunta filtro que diferencia los que tuvieron relaciones sexuales coitales de los que no tuvieron relaciones sexuales, en el caso de los sin experiencia sexual se explora los motivos que demoran el inicio sexual.
3. Inicio de la vida sexual activa: Este apartado va dirigido para adolescentes que sí tuvieron relaciones sexuales se explora la primera relación sexual, uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales subsecuentes. En el caso de ya no haber tenido relaciones sexuales después de la primera dejan de responder.
4. Conductas sexuales de riesgo: Se explora cada una de las conductas sexuales de riesgo para los adolescentes que reconocen haber tenido relaciones sexuales. Las circunstancias que facilitan el riesgo como conocer a alguien cercano que se haya embarazado sin desearlo antes de los 20 años. También se incluye el no uso o mal uso de anticonceptivos. Las experiencias por coerción o abuso sexual.
5. Recursos-necesidades: Las preguntas de esta parte exploran cuáles son sus recursos en caso de necesitar orientación en temas de sexualidad y finalmente los temas en los que requieren información, las opciones fueron elaboradas a partir de dudas escritas por los adolescentes.

Una vez obtenidas las calificaciones se realiza una sumatoria de los puntajes para obtener un puntaje total, considerando que a mayor puntaje mayor es el riesgo. La asignación se realizó considerando los criterios de la (Tabla 1).

Tabla 1.

Asignación a grupos de riesgo CDA.

Grupo sin riesgo	Grupo en riesgo leve	Grupo en riesgo
<ul style="list-style-type: none"> ➤ No han tenido relaciones sexuales. ➤ Acercamientos sexuales no coitales. ➤ Pueden tener pareja pero no relaciones sexuales. 	<p>Conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ha tenido relaciones sexuales alguna vez. ➤ Son sexualmente activos-usan anticonceptivos. <p>Pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pareja sexual exclusiva. ➤ Presionado a tener relaciones sexuales. <p>Síntomas ITS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor o ardor al orinar. <p>Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tener 1 amigo o 1 familiar que haya o se haya embarazado antes de los 20 años sin desearlo. ➤ Alguien tocó en una forma sexual sin tu permiso. 	<p>Conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Experiencia de abuso sexual. ➤ Sexo-alcohol. ➤ Sexo-droga. ➤ Edad de inicio sexual (-16 años). <p>Anticonceptivos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No uso en la primera relación sexual. ➤ No usa en las subsecuentes relaciones sexuales. ➤ Usa métodos naturales. <p>Pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de parejas sexuales en la vida. 1 o más adolescentes entre 13 y 15 años. ➤ 3 o más adolescentes (16 a 18 años). ➤ Sexo con desconocido. ➤ Sexo por recompensa.

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Parejas sexuales simultaneas 1 o más. ➤ Presión de la pareja sexual a tener relaciones sexuales. ➤ Alguien (pareja o no) forzado a tener relaciones sexuales. <p>Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tener 2 o más amigos o familiares con embarazo adolescente. <p>Síntomas ITS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Al menos 1: granito, flujo, mal olor en genitales. <p>Antecedentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 o más embarazos. ➤ 1 o más abortos.
--	--	--

Nota: Tabla 1. (Meave & Lucio, 2006)

2. Escala de afrontamiento para adolescentes mexicanos (Lucio, Heredia & Villarruel, 2014).

Se trata de una escala que evalúa estrategias de afrontamiento (funcional y disfuncional) en adolescentes entre 13 y 18 años.

Consta de 43 ítems (alpha global .87).

Calificación de 5 puntos de, 1= nunca lo hago a 5= Es mucho de lo que yo hago.

Está conformada por 8 factores:

1. Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones.
2. Respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad.
3. Rumiación e impulsividad.
4. Evitación pasivo.
5. Búsqueda de apoyo fuera de la familia.
6. Búsqueda de apoyo familiar.
7. Impotencia y conducta autolesiva.
8. Religión.

3. Cuestionario de Datos Sociodemográficos (Lucio, Durán, Barcelata & Hernández, 2007).

Consta de 33 preguntas de opción múltiple que exploran algunas características sociodemográficas del adolescente como, sexo, edad, escolaridad, tipo de familia, tipo de escuela, entre otras.

Gestión administrativa

El estudio se realizó dentro de las instalaciones de un Bachilleres perteneciente al área metropolitana de la Ciudad de México.

Se habló con el director del Bachilleres, con la finalidad de hacerle saber del proyecto de investigación y así mismo se le solicitó su autorización para poder invitar a los estudiantes de dicha institución. Después de que el director aceptó, se les informó a los estudiantes de forma oral y escrita en el propósito del estudio. Además, se enfatizó la finalidad científica y de confidencialidad del estudio.

Después se hizo la solicitud de permisos para la aplicación de instrumentos de medición (a. Cuestionario de Datos Sociodemográficos b. Escala de Afrontamiento para Adolescentes Mexicanos y c. Cuestionario de Desarrollo Adolescente), así mismo, se realizó la impresión y firma del oficio dirigido al director de la escuela, solicitando la autorización formal para la aplicación y propósito del proyecto.

Una vez efectuado el permiso en la institución, se requirió el consentimiento informado por parte de los adolescentes, para después realizar la aplicación de los instrumentos a los estudiantes de cuarto y quinto semestre del turno matutino y vespertino, la aplicación fue de manera individual, y sin ayuda. Después, se hizo la aclaración de los términos no comprendidos. Las cuatro personas encargadas de la aplicación recibieron previamente un entrenamiento para aplicar los instrumentos de medición, dichas personas fueron estudiantes de psicología de pre-grado y especialización. Enfatizaron en que su participación en el estudio debía ser sincera y honesta ya que con el proyecto se podrían derivar recomendaciones muy útiles para ellos, otros estudiantes y sus familias.

También se enfatizó en la confidencialidad, mencionándoles que sus respuestas no se les iban a mostrar a sus profesores, autoridades escolares, ni a sus padres o tutores. Solamente el equipo de investigación podría tener acceso a la información, al procesamiento de datos y resguardo de sus respuestas.

Procedimiento

Se entrenó a un grupo de 4 estudiantes del último año de la carrera de psicología y especialización para la aplicación de los cuestionarios en los grupos de adolescentes previamente asignados por los directivos del bachiller, la aplicación fue llevada a cabo en horarios matutino y vespertino, y dentro de las aulas de cada grupo escolar y con la colaboración de profesores (a) quienes cedieron sus horarios de clase para la aplicación.

A los participantes se les facilitó las instrucciones para la respectiva aplicación. Los aplicadores se presentaron frente a alumnos, pidiéndoles su cooperación para responder los instrumentos, recordándoles que la información de sus respuestas iban a ser absolutamente confidenciales y así mismo se les mencionó que no había respuestas buenas ni malas, y que lo que contestarán fuera de la manera más honesta posible, del mismo modo se les dijo que los instrumentos eran individuales y que si se tenía alguna duda únicamente levantarán la mano y que alguien del equipo de investigación iba a acudir a resolverla.

También se les pidió a los participantes que guardaran sus cosas. Se les dijo que solo iban a poder usar los lápices que les diera el equipo de investigación para contestar las preguntas, y que a su vez tenían que contestar totalmente los instrumentos, sin dejar respuestas en blanco, de igual manera se dio la instrucción de que cada participante tendría que poner en la esquina superior derecha del instrumento, las iniciales de su nombre así como su grupo, para finalizar se les dio la instrucción que en el momento en que acabarán de contestar el instrumento levantarán la mano y que alguien acudiría a su lugar para la revisión del mismo.

Durante la aplicación fue indispensable la supervisión de los participantes, para mantener el orden y que cada participante respondiera sus instrumentos.

Para la entrega de los instrumentos ya contestados fue importante revisar; 1) Que estuviera escrito en la esquina superior derecha las iniciales y el grupo al que corresponda, y así corroborar el nombre completo del alumno y verificar las iniciales

que puso, 2) verificar de forma minuciosa que los instrumentos estuvieran contestados correctamente, 3) verificar que todas las respuestas estuvieran contestadas, de lo contrario se les pidió que contestarán, una vez cumplido el propósito se les dio las gracias por su colaboración.

Análisis de datos

Al ser un estudio cuantitativo, para el procesamiento de los datos obtenidos se realizó un análisis a nivel paramétrico. Las técnicas de análisis fueron correlación de Pearson para ver si había relaciones entre la conducta sexual de riesgo y las estrategias de afrontamiento; tablas de contingencia que se utilizaron para describir las variables sociodemográficas, el cuestionario de desarrollo adolescente y la escala de afrontamiento con los grupos de riesgo; Anova para ver si había diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento y los grupos de riesgo. Se empleó el paquete estadístico del SPSS (versión 21) para la obtención de frecuencias y el análisis descriptivo por variable (Kerlinger & Lee, 2002).

Capítulo 4. Resultados

La muestra quedó integrada por 178 adolescentes entre 16 y 19 años, 75 mujeres y 103 hombres.

Lo primero que se realizó fue conocer la proporción de adolescentes por nivel de riesgo, para este propósito se utilizaron los criterios de asignación a grupos de riesgo por medio de la calificación del CDA. Los grupos de riesgo quedaron conformados de la siguiente manera: El grupo *sin riesgo* tuvo 13.5% (N=24), el segundo grupo, *riesgo leve* tuvo 55.6% (N=99) y el tercer grupo, *en riesgo* 30.9% de la población (N=55); la conformación de grupos aparece representada en la *Figura 1*.

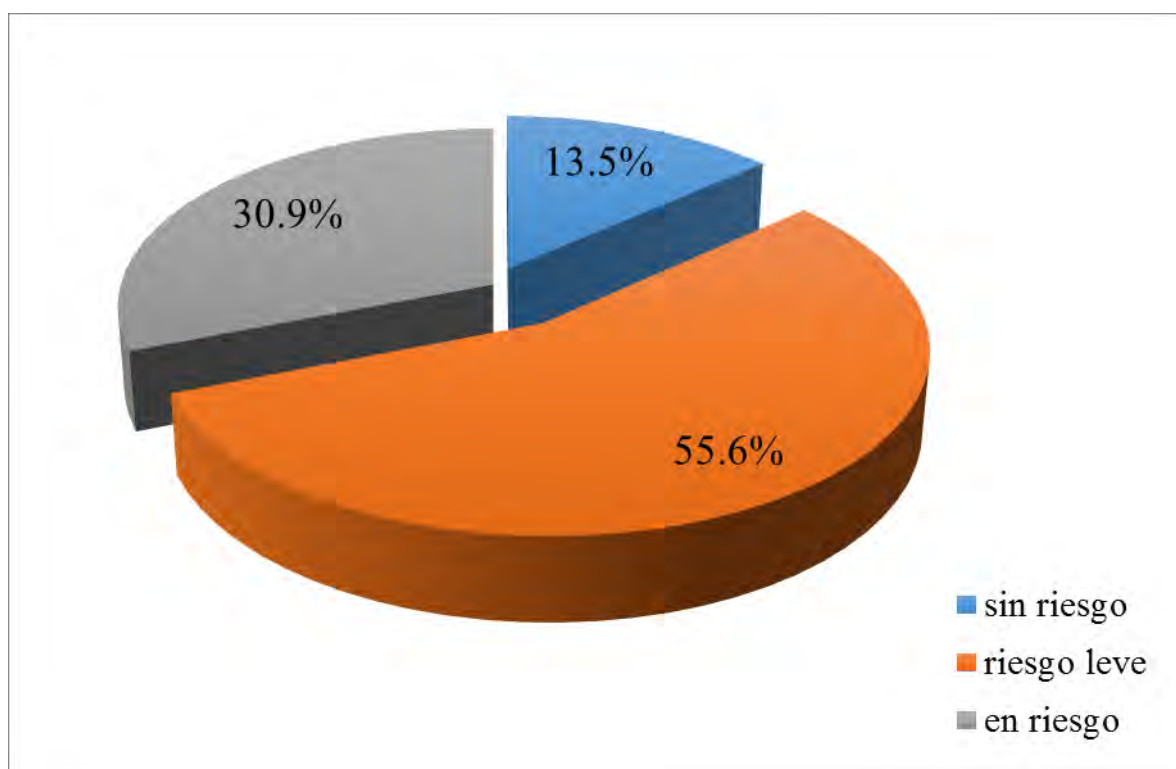


Figura 1. Grupos según el nivel de riesgo.

Los resultados serán presentados de acuerdo a las variables que el presente estudio se propuso investigar. En primer lugar se describirán los datos del contexto social percibido por los adolescentes, información que fue recopilada por el Cuestionario de datos sociodemográfico. El segundo apartado describirá la conducta sexual y de riesgo

de los adolescentes que fue explorada por el Cuestionario de Desarrollo Adolescente (CDA), y por último, las estrategias de afrontamiento funcional y disfuncional que fueron exploradas a través de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes Mexicanos.

Descripción de las Características Sociodemográficas.

En el grupo sin riesgo, se observó que el 67.7% fueron mujeres, mientras que el 33.3% fueron hombres, en este mismo grupo el 62.5% de los participantes cursaban el tercer semestre, mientras que el 37.5% cursaban el quinto semestre; los participantes se encontraron distribuidos de manera similar en ambos turnos. En relación al grupo en riesgo leve, se observó 56.6% fueron hombres, mientras que el 43.4% fueron mujeres, en el mismo grupo el 57.6% de los participantes cursaban el tercer semestre, mientras que el 42.4% cursaban el quinto semestre, así mismo el 62.6 pertenecía al turno matutino, en cambio el 37.4% cursaba el turno vespertino. Finalmente en el grupo en riesgo, el 70.9% fueron hombres, mientras que el 29.1% fueron mujeres, en el mismo grupo el 78.2% de los participantes cursaban el tercer semestre, en cambio el 21.8% cursaba el quinto semestre, continuando con el mismo grupo el 63.6% cursaba el turno matutino, en cambio el 36.4% cursaba el turno vespertino (Ver Tabla 2).

Tabla 2.

Datos generales de los adolescentes por grupo de riesgo

	Grupos por nivel de Riesgo			
	Sin Riesgo N=24	Riesgo Leve N=99	En Riesgo N=55	Total N=178
Sexo				
Mujeres				
Hombres	67.7%	43.4%	29.1%	103
	33.3%	56.6%	70.9%	75
Semestre				
Tercero				
Quinto	62.5%	57.6%	78.2%	115
	37.5%	42.4%	21.8%	63
Turno				
Matutino				
Vespertino	50%	62.6%	63.6%	109
	50%	37.4%	36.4%	69

Nota: N Total=178

En la tabla 3 se muestra el rango de edad de los padres de los adolescentes por grupo de riesgo. Se observó que la mayoría de los adolescentes tuvieron padres entre 41 y 50 años (50%, en el grupo sin riesgo; 45.5% en riesgo leve y 34.5% en riesgo). Además en el grupo en riesgo leve y en riesgo, se observó que los adolescentes han tenido la pérdida de su padre, 3% y 9.1%, respectivamente.

Tabla 3.

Comparación de las edades de los padres por grupo de riesgo

	Edad padre						Total
	No sé	Entre 30 y 40 años	Entre 41 y 50 años	Entre 51 y 60 años	Mayor de 61 años	Mi padre ya falleció	
Niveles de Riesgo							
Sin Riesgo	2 8.3%	7 29.2%	12 50.0%	3 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	24 100.0%
Riesgo Leve	7 7.1%	27 27.3%	45 45.5%	16 16.2%	1 1.0%	3 3.0%	99 100.0%
En Riesgo	2 3.6%	18 32.7%	19 34.5%	11 20.0%	0 0.0%	5 9.1%	55 100.0%
Total	11 6.2%	52 29.2%	76 42.7%	30 16.9%	1 0.6%	8 4.5%	178 100.0%

Nota: N Total=178

La tabla 4 muestra el rango de edad de las madres de los adolescentes por grupo de riesgo. Tanto en el grupo sin riesgo y riesgo leve, se observó que la mayoría de las madres de los adolescentes tenían entre 30 y 50 años de edad (41.7%). En el grupo en riesgo, las madres de los adolescentes fluctuaron entre los 41 y 50 años de edad. Además, es importante señalar que en el grupo en riesgo leve, se observó que los adolescentes han tenido la pérdida de su madre (4%).

Tabla 4.

Edad de las madres por grupo de riesgo

		Edad madre							Total
		No sé	Menos de 30 años	Entre 30 y 40 años	Entre 41 y 50 años	Entre 51 y 60 años	Mayor de 61 años	Mi madre ya falleció	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	0	1	10	10	3	0	0	24
	Riesgo Leve	0.0%	4.2%	41.7%	41.7%	12.5%	0.0%	0.0%	100.0%
En Riesgo	Riesgo	3	1	40	36	15	0	4	99
	Leve	3.0%	1.0%	40.4%	36.4%	15.2%	0.0%	4.0%	100.0%
Total	En Riesgo	2	0	20	27	5	1	0	55
	Total	3.6%	0.0%	36.4%	49.1%	9.1%	1.8%	0.0%	100.0%
		5	2	70	73	23	1	4	178
		2.8%	1.1%	39.3%	41.0%	12.9%	0.6%	2.2%	100.0%

Nota: N Total=178

Por otro lado, respecto al nivel de estudios más reportado de los padres, se observó que fue el nivel secundaria (grupo sin riesgo 37.5% y grupo en riesgo leve 39.4%). En el grupo en riesgo, el nivel más reportado fue preparatoria (40%), seguido por secundaria (25.5%) y finalmente primaria 10.9% (Tabla 5).

Tabla 5.

Grado de estudios del padre por grupo de riesgo

	Escolaridad padre						Total
	Primaria	Sec.	Prepa	Lic.	Posgrado	No sé	
Niveles de Riesgo							
Sin Riesgo	3 12.5%	9 37.5%	5 20.8%	5 20.8%	1 4.2%	1 4.2%	24 100.0%
Riesgo							
Leve	10 10.1%	39 39.4%	26 26.3%	11 11.1%	6 6.1%	7 7.1%	99 100.0%
En Riesgo	6 10.9%	14 25.5%	22 40.0%	4 7.3%	4 7.3%	5 9.1%	55 100.0%
Total	19 10.7%	62 34.8%	53 29.8%	20 11.2%	11 6.2%	13 7.3%	178 100.0%

Nota: N Total=178

Asimismo, respecto al nivel de estudios más reportado de las madres, se observó que fue el nivel secundaria (grupo sin riesgo 37.5% y grupo en riesgo leve 42.4%). En el grupo en riesgo, el nivel más reportado fue preparatoria (30.9%), seguido por secundaria (30.9%) y finalmente licenciatura 20% (Tabla 6).

Tabla 6.

Grado de estudios de la madre por grupo de riesgo

		Escolaridad madre							Total
		No estudió	Prim.	Sec.	Prepa	Lic.	Posgrado	No sé	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	1 4.2%	5 20.8%	9 37.5%	5 20.8%	3 12.5%	0 0.0%	1 4.2%	24 100.0%
	Riesgo Leve	2 2.0%	7 7.1%	42 42.4%	29 29.3%	15 15.2%	3 3.0%	1 1.0%	99 100.0%
Riesgo	En Riesgo	0 0.0%	8 14.5%	17 30.9%	17 30.9%	11 20.0%	2 3.6%	0 0.0%	55 100.0%
	Total	3 1.7%	20 11.2%	68 38.2%	51 28.7%	29 16.3%	5 2.8%	2 1.1%	178 100.0%

Nota: N Total=178

En la tabla 7 se presenta el promedio de calificaciones de los adolescentes, se observó que el grupo sin riesgo, cuenta con un promedio entre 7 y 8 de calificación. El grupo en riesgo leve, cuenta con un promedio mayormente de 8. Y el grupo en riesgo tiene un promedio mayormente de 7.

Tabla 7.

Comparación de promedios por grupo de riesgo

		Promedio					Total
		10	9	8	7	6 Estoy repitiendo año/semestre	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	0 0.0%	4 16.7%	10 41.7%	10 41.7%	0 0.0%	24 100.0%
	Riesgo Leve	2 2.0%	13 13.1%	44 44.4%	40 40.4%	0 0.0%	99 100.0%
	En Riesgo	1 1.8%	6 10.9%	20 36.4%	27 49.1%	1 1.8%	55 100.0%
	Total	3 1.7%	23 12.9%	74 41.6%	77 43.3%	1 0.6%	178 100.0%

Nota: N Total=178

Descripción de la conducta de la conducta sexual de acuerdo al Cuestionario de Desarrollo Adolescente CDA

Conducta sexual

En esta unidad los resultados fueron organizados de acuerdo a las secciones propuestas por el instrumento CDA, comenzando por los hitos importantes de la pubertad, conducta sexual, seguidos del inicio de la vida sexual activa y la conducta sexual de riesgo en los tres grupos en riesgo, también se reportan resultados por sexo ya que el periodo de desarrollo en los adolescentes respecto a su conducta sexual es diferente y nos permite enfocar, analizar y comprender las características que definen a mujeres y hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias.

Pubertad.

Relaciones afectivas y de atracción.

La tabla 8 indica que el grupo sin riesgo, no ha tenido relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, aún no tiene relaciones sexuales y su primera eyaculación fue antes de los 12 años (21.4%). El grupo en riesgo, indica que tampoco ha tenido relaciones sexuales y que su primera eyaculación fue antes de los 12 años (23.1%).

Tabla 8.

Pubertad de los hombres por grupo de riesgo.

¿A qué edad tuviste tu primera eyaculación?

		¿A qué edad tuviste tu primera eyaculación?		Total
		No ha tenido relaciones sexuales	Si fue antes de los 12 años	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	8 100.0%	0 0.0%	8 100.0%
	Riesgo Leve	44 78.6%	12 21.4%	56 100.0%
	En Riesgo	30 76.9%	9 23.1%	39 100.0%
Total		82 79.6%	21 20.4%	103 100.0%

Nota: Hombres N Total=103

En la tabla 9 se muestra que la menarca se presentó en el grupo sin riesgo, después de los 11 años de edad. En el grupo de riesgo leve, la menstruación se presentó después de los 11 años (72.1%) y antes de los 12 años (27.9%). En el grupo en riesgo, también se presentó la menarca después de los 11 años de edad.

Tabla 9.

Pubertad de las mujeres por grupo de riesgo

		¿A qué edad tuviste tu primera menstruación o regla?		Total
		No ha tenido RS/Si después de 11 años	Si fue antes de los 12 años	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	11 68.8%	5 31.3%	16 100.0%
	Riesgo Leve	31 72.1%	12 27.9%	43 100.0%
	En Riesgo	11 68.8%	5 31.3%	16 100.0%
Total		53 70.7%	22 29.3%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

También, en el grupo sin riesgo, la experiencia común en los adolescentes fue la relación de free, relación casual, amigo con derechos y novio. En el grupo de riesgo leve, existen menores experiencias de amistad y más experiencias de free, relación casual, amigo con derechos y novio. En el grupo en riesgo, se mantienen las relaciones de free, relación casual, amigo con derechos y novio (Ver Tabla 10).

Tabla 10.

Relaciones de afecto-atracción por grupo hombres

		En la adolescencia se pueden empezar nuevas experiencias ¿Cuáles te han ocurrido?		Total
		Amigo	Free, relación casual-atracción sexual, amigo con derechos, novio	
	Sin Riesgo	1 12.5%	7 87.5%	8 100.0%
Niveles de Riesgo	Riesgo Leve	3 5.4%	53 94.6%	56 100.0%
	En Riesgo	0 0.0%	39 100.0%	39 100.0%
	Total	4 3.9%	99 96.1%	103 100.0%

Nota: Hombres N Total=103

De manera similar, en los grupos sin riesgo, riesgo leve y en riesgo, la experiencia común en los adolescentes fue la relación de free, relación casual, amigo con derechos y novio (Ver Tabla 11).

Tabla 11.

Relaciones de afecto-atracción por grupo de mujeres

		En la adolescencia se pueden empezar nuevas experiencias ¿Cuáles te han ocurrido?		Total
		Amigo	Free, relación casual-atracción sexual, amigo con derechos, novio	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	1 6.3%	15 93.8%	16 100.0%
	Riesgo Leve	0 0.0%	43 100.0%	43 100.0%
	En Riesgo	0 0.0%	16 100.0%	16 100.0%
Total		1 1.3%	74 98.7%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

Conducta sexual-acercamientos

Además de las relaciones sociales que abren la oportunidad para la manifestación de conductas sociales, se les preguntó sobre los tipos de acercamientos físicos y sexuales que han tenido.

El grupo sin riesgo, reportó mayormente los acercamientos sexuales como abrazos, tomarse de las manos, beso en los labios y caricias en cara. El grupo de riesgo leve, mantiene los acercamientos de abrazos, tomarse de los manos y además se reportan fajes por encima y debajo de la ropa, y conductas de sexo oral. El grupo en riesgo, reportó más las conductas de sexo oral (estimulación buco-genital) seguido de fajar por debajo de la ropa (Ver Tabla 12).

Tabla 12.

Acercamientos sexuales por grupo de mujeres

		¿Cuáles de estos acercamientos has tenido al estar con alguien que te atrae mucho o con tu pareja?				Total
		Ninguno, abrazo, tomarse de las manos, beso labios y apasionado, caricia cara	Fajar por encima	Fajar por debajo de ropa	Sexo oral	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	14 87.5%	2 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
	Riesgo Leve	20 46.5%	9 20.9%	8 18.6%	6 14.0%	43 100.0%
	En Riesgo	0 0.0%	0 0.0%	6 37.5%	10 62.5%	16 100.0%
	Total	34 45.3%	11 14.7%	14 18.7%	16 21.3%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

Por otra parte, el grupo sin riesgo, reportó solamente los acercamientos sexuales como abrazos, tomarse de las manos, beso en los labios y caricias en la cara. El grupo de riesgo leve, mantiene los acercamientos de abrazos, tomarse de los manos y además se reportan fajes por encima y debajo de la ropa, y conductas de sexo oral. El grupo en riesgo, reportó más la conducta de sexo oral (estimulación buco-genital) seguido de fajar por debajo y encima de la ropa, y los acercamientos de abrazos, tomarse de las manos y caricias en la cara (Tabla 13).

Tabla 13.

Acercamientos sexuales de por grupo de hombres

		¿Cuáles de estos acercamientos has tenido al estar con alguien que te atrae mucho o con tu pareja?				Total
		Ninguno, abrazo, tomarse de las manos, beso labios y apasionado, caricia cara	Fajar por encima	Fajar por debajo de ropa	Sexo oral	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	8 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 100.0%
	Riesgo Leve	21 37.5%	13 23.2%	14 25.0%	8 14.3%	56 100.0%
	En Riesgo	1 2.6%	2 5.1%	4 10.3%	32 82.1%	39 100.0%
	Total	30 29.1%	15 14.6%	18 17.5%	40 38.8%	103 100.0%

Nota: Total Hombres=103

El contacto sexual del adolescente va en aumento, cada adolescente es responsable de sus encuentros sexuales y del curso que quiera tomar respecto a su sexualidad. Lo que para varios autores permite recobrar su conciencia e identidad sexual, formando parte de este proceso a la experiencia de propuestas sexuales. El grupo sin riesgo, reportó no haber realizado propuestas sexuales. El grupo de riesgo leve, mencionó haber realizado propuestas sexuales. El grupo en riesgo, es el que más propuestas sexuales realizó en un 97.4% (Ver Tabla 14).

Tabla 14.

Recibir propuestas sexuales por grupos de riesgo hombres

		¿Alguien te ha propuesto tener relaciones sexuales?		Total
		No	Si	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	8 100.0%	0 0.0%	8 100.0%
	Riesgo Leve	15 26.8%	41 73.2%	56 100.0%
	En Riesgo	1 2.6%	38 97.4%	39 100.0%
	Total	24 23.3%	79 76.7%	103 100.0%

Nota: Hombres N Total=103

El grupo sin riesgo, reportó no haber realizado propuestas sexuales y solo un 18.8% propuso tener relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, mencionó haber consumado propuestas sexuales. El grupo en riesgo, es el que más propuestas sexuales realizó en un 93.8% (Ver Tabla 15).

Tabla 15.

Recibir propuestas sexuales por grupos de riesgo mujeres

		¿Alguien te ha propuesto tener relaciones sexuales?		Total
		No	Si	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	13 81.3%	3 18.8%	16 100.0%
	Riesgo Leve	14 32.6%	29 67.4%	43 100.0%
	En Riesgo	1 6.3%	15 93.8%	16 100.0%
Total		28 37.3%	47 62.7%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

Otro criterio importante para describir la conducta sexual adolescente fue conocer la intención de tener relaciones sexuales en los siguientes 12 meses.

El grupo sin riesgo, mencionó no tener relaciones sexuales el año anterior (62.5%) y el (37.5%) mencionó que no ha tenido relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, reportó no tener intención de tener relaciones sexuales (57.1%), seguido de los que ya tuvieron relaciones sexuales (33.9%). El grupo en riesgo, mencionó que ya tuvo relaciones sexuales y tiene intenciones de tenerlas el siguiente años en un 47.6% (Ver Tabla 16).

Tabla 16.

Intención de inicio sexual hombres

		¿Te gustaría o desearías tener relaciones sexuales en el siguiente año?			Total
		No, no sé	Sí, ya tuvo relaciones sexuales	Sí, no ha tenido relaciones sexuales	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	5 62.5%	0 0.0%	3 37.5%	8 100.0%
	Riesgo Leve	32 57.1%	19 33.9%	5 8.9%	56 100.0%
	En Riesgo	7 17.9%	30 76.9%	2 5.1%	39 100.0%
Total		44 42.7%	49 47.6%	10 9.7%	103 100.0%

Nota: Total Hombres=103

El grupo sin riesgo, mencionó no tener relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, reportó no tener intención de tener relaciones sexuales (72.1%), seguido de los que ya tuvieron relaciones sexuales (25.6%). El grupo en riesgo, mencionó que no ha tenido relaciones sexuales en un 66.7% (Ver Tabla 17).

Tabla 17.

Intención de inicio sexual mujeres

		¿Te gustaría o desearías tener relaciones sexuales en el siguiente año?			Total
		No, no sé	Sí, ya tuvo relaciones sexuales	Sí, no ha tenido relaciones sexuales	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	16 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
	Riesgo Leve	31 72.1%	11 25.6%	1 2.3%	43 100.0%
	En Riesgo	3 18.8%	13 81.3%	0 0.0%	16 100.0%
Total		50 66.7%	24 32.0%	1 1.3%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

En otro aspecto, en el grupo sin riesgo, los adolescentes mencionaron no haber tenido alguna molestia física. El grupo en riesgo leve, también mencionó mayormente no haber tenido molestias físicas, sin embargo reportaron haber tenido un síntoma de dolor o ardor al orinar. En el grupo en riesgo, se mencionó mayormente no haber tenido molestias físicas, aunque se reportan síntomas de dolor o ardor al orinar y dos o más síntomas de infecciones de transmisión sexual (Ver Tabla 18).

De los síntomas comunes de ITS, fueron dolor al orinar en el grupo de riesgo leve y en riesgo. No obstante, esta evidencia no es concluyente ya que para afirmar un diagnóstico de ITS sería importante tener alguna medición biológica (Ver Tabla 18).

Tabla 18.

Antecedentes de síntomas ITS por grupo de hombres

		¿Alguna vez tuviste alguna de las siguientes molestias físicas?			Total
		Ninguno	Un síntoma (ej. dolor o ardor al orinar)	Dos o más síntomas	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	7 87.5%	0 0.0%	1 12.5%	8 100.0%
	Riesgo Leve	48 85.7%	7 12.5%	1 1.8%	56 100.0%
	En Riesgo	33 84.6%	4 10.3%	2 5.1%	39 100.0%
Total		88 85.4%	11 10.7%	4 3.9%	103 100.0%

Nota: Total Hombres=103

A su vez, en el grupo sin riesgo, las adolescentes mencionaron no haber tenido alguna molestia física. El grupo en riesgo leve, también mencionó mayormente no haber tenido molestias físicas, sin embargo reportaron haber tenido un síntoma de dolor o ardor al orinar. En el grupo en riesgo, se mencionó mayormente no haber tenido molestias físicas, aunque se reportan síntomas de dolor o ardor al orinar y dos o más síntomas de infecciones de transmisión sexual (Ver Tabla 19).

Tabla 19.

Antecedentes de síntomas ITS por grupo de mujeres

		¿Alguna vez tuviste alguna de las siguientes molestias físicas?			Total
		Ninguno	Un síntoma (ej. dolor o ardor al orinar)	Dos o más síntomas	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	16 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
	Riesgo Leve	36 83.7%	4 9.3%	3 7.0%	43 100.0%
	En Riesgo	9 56.3%	5 31.3%	2 12.5%	16 100.0%
Total		61 81.3%	9 12.0%	5 6.7%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

Por otra parte, el grupo sin riesgo, reportó no tener conocidos con antecedentes de embarazo adolescente. El grupo de riesgo leve, mencionó conocer a dos o más familiares cercanos con embarazo antes de los 20 años de edad. El grupo en riesgo, mencionó mayormente conocer dos o más familiares cercanos con antecedente de embarazo adolescente, seguido de conocer a un familiar y a un amigo en la misma situación (Ver Tabla 20).

Tabla 20.

Embarazo adolescente en conocidos por grupo de hombres

		Alguien cercano a ti se ha embarazado o a embarazado antes de los 20 años sin querer				Total
		Nadie	Un amigo	1 familiar	2 o + familiares cercanos o amigos	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	6 75.0%	0 0.0%	1 12.5%	1 12.5%	8 100.0%
	Riesgo Leve	17 30.4%	5 8.9%	13 23.2%	21 37.5%	56 100.0%
	En Riesgo	3 7.7%	8 20.5%	11 28.2%	17 43.6%	39 100.0%
	Total	26 25.2%	13 12.6%	25 24.3%	39 37.9%	103 100.0%

Nota: Total Hombres=103

Del mismo modo, el grupo sin riesgo, reportó no tener conocidos con antecedentes de embarazo adolescente, seguido de conocer a dos o más familiares cercanos, a un familiar y un amigo. El grupo de riesgo leve, mencionó conocer a dos o más familiares cercanos con embarazo antes de los 20 años de edad, seguido de un amigo y un familiar. El grupo en riesgo, mencionó mayormente conocer dos o más familiares cercanos con antecedente de embarazo adolescente, seguido de conocer a un familiar y a un amigo en la misma situación (Ver Tabla 21).

Tabla 21.

Embarazo adolescente en conocidos por grupo de mujeres

		Alguien cercano a ti se ha embarazado o a embarazado antes de los 20 años sin querer				Total
		Nadie	Un amigo	1 familiar	2 o + familiares cercanos o amigos	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	8 50.0%	1 6.3%	2 12.5%	5 31.3%	16 100.0%
	Riesgo Leve	5 11.6%	12 27.9%	6 14.0%	20 46.5%	43 100.0%
	En Riesgo	3 18.8%	3 18.8%	2 12.5%	8 50.0%	16 100.0%
	Total	16 21.3%	16 21.3%	10 13.3%	33 44.0%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

Los grupos por nivel de riesgo reportaron escasos encuentros de haber ejercido presión para mantener relaciones sexuales. Cabe mencionar que el grupo de riesgo leve y en riesgo, reportó algunos casos donde se recibió presión para mantener relaciones sexuales (Ver Tabla 22).

Tabla 22.

Recibió presión para mantener relaciones sexuales por grupo de hombres

		Recibir presión para tener relaciones sexuales		Total
		No	Si	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	8 100.0%	0 0.0%	8 100.0%
	Riesgo Leve	55 98.2%	1 1.8%	56 100.0%
	En Riesgo	35 89.7%	4 10.3%	39 100.0%
Total		98 95.1%	5 4.9%	103 100.0%

Nota: Total Hombres=103

En la tabla 23 los grupos por nivel de riesgo reportaron escasos encuentros de haber ejercido presión para mantener relaciones sexuales. Cabe resaltar que el grupo de riesgo leve y en riesgo, reportó algunos casos donde se recibió presión para mantener relaciones sexuales.

Tabla 23.

Recibió presión para mantener relaciones sexuales por grupo de mujeres

		Recibir presión para tener relaciones sexuales		Total
		No	Si	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	16 100.0%	0 0.0%	16 100.0%
	Riesgo Leve	38 88.4%	5 11.6%	43 100.0%
	En Riesgo	12 75.0%	4 25.0%	16 100.0%
Total		66 88.0%	9 12.0%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

Dentro del cuestionario se realizó una pregunta filtro ¿Has tenido relaciones sexuales? con la finalidad de diferenciar dos condiciones, aquellos adolescentes con o sin experiencia sexual coital, ya que los que contestaron positivamente continuaron contestando en los siguientes apartados del inicio de la vida sexual activa y conductas sexuales de riesgo. De los adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales fue importante indagar sus motivos para no iniciar una vida sexual activa.

El grupo sin riesgo, reportó mayormente no tener relaciones sexuales ya que quieren concentrarse en sus estudios. El grupo de riesgo leve, también mencionó mayormente concentrarse en sus estudios, sin embargo también no quiere tener relaciones sexuales ya que su pareja no quiere tenerlas por el momento. El grupo en riesgo, mayormente ha tenido relaciones sexuales (57.3%), los que no quieren tener relaciones sexuales es porque quieren concentrarse en sus estudios (33%), al mismo tiempo su pareja no quiere tenerlas por el momento 8.7% (Ver Tabla 24).

Tabla 24.

Motivos para no tener relaciones sexuales por grupo de hombres

	¿Si en este momento no te interesa tener relaciones en este momento es porque?				Total
	Si he tenido relaciones sexuales	Quiero concentrarme en mis estudios	Sería una gran decepción para mis padres	Mi pareja/novia (o) no quiere tenerlas por el momento	
Sin Riesgo	1 12.5%	5 62.5%	1 12.5%	1 12.5%	8 100.0%
Niveles de Riesgo					
Riesgo Leve	24 42.9%	24 42.9%	0 0.0%	8 14.3%	56 100.0%
En Riesgo	34 87.2%	5 12.8%	0 0.0%	0 0.0%	39 100.0%
Total	59 57.3%	34 33.0%	1 1.0%	9 8.7%	103 100.0%

Nota: Total Hombres=103

El grupo sin riesgo, reportó mayormente no tener relaciones sexuales ya que quieren concentrarse en sus estudios. El grupo de riesgo leve, también mencionó mayormente concentrarse en sus estudios, sin embargo hay quien ya tuvo relaciones sexuales y además no quiere tener relaciones sexuales ya que su pareja no quiere tenerlas por el momento. El grupo en riesgo, mayormente ha tenido relaciones sexuales (42.7%), los que no quieren tener relaciones sexuales es porque quieren concentrarse en sus estudios (45.3%), al mismo tiempo sería una gran decepción para sus padres 9.3% (Ver Tabla 25).

Tabla 25.

Motivos para no tener relaciones sexuales por grupo de mujeres

	¿Si en este momento no te interesa tener relaciones en este momento es porque?				Total
	Si he tenido relaciones sexuales	Quiero concentrarme en mis estudios	Sería una gran decepción para mis padres	Mi pareja/novia (o) no quiere tenerlas por el momento	
Sin Riesgo	1 6.3%	13 81.3%	2 12.5%	0 0.0%	16 100.0%
Riesgo Leve	17 39.5%	20 46.5%	4 9.3%	2 4.7%	43 100.0%
En Riesgo	14 87.5%	1 6.3%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
Total	32 42.7%	34 45.3%	7 9.3%	2 2.7%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

Inicio de la vida sexual activa

A continuación se muestran los resultados de los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales del grupo sin riesgo N=24, riesgo leve N=99 y el grupo en riesgo N=55.

El grupo sin riesgo, no ha tenido relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, reportó su primera relación sexual con un amigo, novio o pareja (53.6%). El grupo en riesgo, mencionó su primera relación sexual con un amigo, novio o pareja en un 97.4% (Ver Tabla 26).

Tabla 26.

Primera pareja sexual por grupo de hombres

		¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?		Total
		No he tenido	Amigo, novio, pareja	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	8 100.0%	0 0.0%	8 100.0%
	Riesgo Leve	26 46.4%	30 53.6%	56 100.0%
	En Riesgo	1 2.6%	38 97.4%	39 100.0%
Total		35 34.0%	68 66.0%	103 100.0%

Nota: Total Hombres=103

El grupo sin riesgo, no ha tenido relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, reportó su primera relación sexual con un amigo, novio o pareja 41.9%. El grupo en riesgo, mencionó su primera relación sexual con un amigo, novio o pareja en un 93.8% (Ver Tabla 27).

Tabla 27.

Primera pareja sexual por grupo de mujeres

		¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?		Total
		No he tenido	Amigo, novio, pareja	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	16 100.0%	0 0.0%	16 100.0%
	Riesgo Leve	25 58.1%	18 41.9%	43 100.0%
	En Riesgo	1 6.3%	15 93.8%	16 100.0%
Total		42 56.0%	33 44.0%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

Uso de anticonceptivos

Uno de los criterios para establecer el riesgo en los adolescentes fue la omisión o alguna falla en el uso adecuado de anticonceptivos, dado que con esta conducta se puede llegar a determinar un resultado de salud o de riesgo.

El grupo sin riesgo, indicó que no ha tenido relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, mencionó no tener relaciones sexuales, aunque los que sí tuvieron relaciones sexuales utilizaron el método anticonceptivo de condón (48.2%). El grupo en riesgo, utilizó mayormente el condón (51.5%), no han tenido relaciones sexuales (36.9%), retiro (6.8%) y pastillas de emergencia 4.9% (Ver Tabla 28).

Tabla 28.

Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual por grupo de hombres

		¿Qué métodos usaron para evitar el embarazo o alguna ITS?				Total
		No relaciones sexuales	Condón	Pastillas emergencia, inyecciones, parche	No usa ningún método, retiro	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	8 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 100.0%
	Riesgo Leve	28 50.0%	27 48.2%	0 0.0%	1 1.8%	56 100.0%
	En Riesgo	2 5.1%	26 66.7%	5 12.8%	6 15.4%	39 100.0%
	Total	38 36.9%	53 51.5%	5 4.9%	7 6.8%	103 100.0%

Nota: Total Hombres=103

El grupo sin riesgo, indicó que no ha tenido relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, menciona no tener relaciones sexuales, aunque los que sí tuvieron relaciones sexuales utilizaron el método anticonceptivo de condón (34.9%). El grupo en riesgo, no ha tenido relaciones sexuales (60%), quienes ya tuvieron relaciones sexuales utilizan el condón (25.3%), retiro (8%) y pastillas de emergencia 6.7% (Ver Tabla 29).

Tabla 29.

Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual por grupo de mujeres

	¿Qué métodos usaron para evitar el embarazo o alguna ITS?				Total
	No relaciones sexuales	Condón	Partillas emergencia, inyecciones, parche	No usa ningún método, retiro	
Sin Riesgo	16 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
Riesgo Leve	25 58.1%	15 34.9%	1 2.3%	2 4.7%	43 100.0%
En Riesgo	4 25.0%	4 25.0%	4 25.0%	4 25.0%	16 100.0%
Total	45 60.0%	19 25.3%	5 6.7%	6 8.0%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

Así mismo, el grupo sin riesgo, no ha tenido relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, no ha tenido relaciones sexuales (46.4%), quienes ya tuvieron relaciones sexuales utilizan el condón siempre (35.7%) y algunas veces o nunca (17.9%). El grupo en riesgo, utiliza siempre el condón (56.4%) y algunas veces o nunca (38.5%), y no han tenido relaciones sexuales 5.1% (Ver Tabla 30).

Tabla 30.

Frecuencia de uso de condón por grupo hombres

	Frecuencia de uso de condón con pareja			Total
	No ha tenido relaciones sexuales	Siempre	Algunas veces, nunca	
Sin Riesgo	8 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 100.0%
Riesgo Leve	26 46.4%	20 35.7%	10 17.9%	56 100.0%
En Riesgo	2 5.1%	22 56.4%	15 38.5%	39 100.0%
Total	36 35.0%	42 40.8%	25 24.3%	103 100.0%

Nota: Total Hombres=103

De igual manera, el grupo sin riesgo, no ha tenido relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, no ha tenido relaciones sexuales (60.5%), quienes ya tuvieron relaciones sexuales utilizan el condón siempre (30.2%) y algunas veces o nunca (9.3%). El grupo en riesgo, no han tenido relaciones sexuales (6.3%), utiliza siempre el condón (25%) y algunas veces o nunca 68.8% (Ver Tabla 31).

Tabla 31.

Frecuencia de uso de condón por grupo de mujeres

		Frecuencia de uso de condón con pareja			Total
		No ha tenido relaciones sexuales	Siempre	Algunas veces, nunca	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	16 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
	Riesgo Leve	26 60.5%	13 30.2%	4 9.3%	43 100.0%
	En Riesgo	1 6.3%	4 25.0%	11 68.8%	16 100.0%
	Total	43 57.3%	17 22.7%	15 20.0%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

Conductas sexuales de riesgo

En la tabla 32, el grupo sin riesgo, no ha tenido ninguna pareja sexual. El grupo de riesgo leve (no ha tenido ninguna pareja sexual 42.9%; una pareja 33.9%; dos parejas 14.3% y tres o más parejas 8.9%). El grupo en riesgo (ha tenido tres o más parejas sexuales 64.1%; una pareja 23.1% y dos parejas 12.8%).

Tabla 32.

Número de parejas sexuales en la vida por grupo de hombres

		¿Número de parejas sexuales?				Total
		Ninguna	1 Pareja	2	3 o más	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	8 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 100.0%
	Riesgo Leve	24 42.9%	19 33.9%	8 14.3%	5 8.9%	56 100.0%
	En Riesgo	0 0.0%	9 23.1%	5 12.8%	25 64.1%	39 100.0%
	Total	32 31.1%	28 27.2%	13 12.6%	30 29.1%	103 100.0%

Nota: Total Hombres=103

En la tabla 33, el grupo sin riesgo, no ha tenido ninguna pareja sexual. El grupo de riesgo leve (no ha tenido ninguna pareja sexual 55.8%; una pareja 34.9%; dos parejas 4.7% y tres o más parejas 4.7%). El grupo en riesgo (no ha tenido ninguna pareja sexual 54.7%; una pareja 32%; dos parejas 5.3% y tres o más parejas 8%).

Tabla 33.

Número de parejas sexuales en la vida por grupo de mujeres

		¿Número de parejas sexuales?				Total
		Ninguna	1 Pareja	2	3 o más	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	16 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
	Riesgo Leve	24 55.8%	15 34.9%	2 4.7%	2 4.7%	43 100.0%
	En Riesgo	1 6.3%	9 56.3%	2 12.5%	4 25.0%	16 100.0%
	Total	41 54.7%	24 32.0%	4 5.3%	6 8.0%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

Al mismo tiempo, el grupo sin riesgo, no ha tenido sospecha de infecciones de transmisión sexual ya que menciona que no ha tenido relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, tampoco ha tenido sospecha de alguna ITS. El grupo en riesgo, no sospecha haber adquirido alguna ITS en la pareja (94.2%), y el 10.3% mencionó que si sospecha de alguna ITS (Ver Tabla 34).

Tabla 34.

Conducta sexual de riesgo por grupo de hombres

	Sospechas de ITS en la pareja			Total
	No ha tenido relaciones sexuales	No	Si	
Sin Riesgo	8 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 100.0%
Riesgo Leve	55 98.2%	0 0.0%	1 1.8%	56 100.0%
En Riesgo	34 87.2%	1 2.6%	4 10.3%	39 100.0%
Total	97 94.2%	1 1.0%	5 4.9%	103 100.0%

Nota: Total Hombres=103

El grupo sin riesgo, no ha tenido sospecha de infecciones de transmisión sexual ya que menciona que no ha tenido relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, tampoco ha tenido sospecha de alguna ITS. El grupo en riesgo, no sospecha haber adquirido alguna ITS en la pareja (93.8%), y el 6.3% mencionó que si sospecha de alguna ITS (Ver Tabla 35).

Tabla 35.

Conducta sexual de riesgo por grupo de mujeres

		Sospechas de ITS en la pareja		Total
		No ha tenido relaciones sexuales	Si	
Niveles de Riesgo	Sin Riesgo	16 100.0%	0 0.0%	16 100.0%
	Riesgo Leve	42 97.7%	1 2.3%	43 100.0%
	En Riesgo	15 93.8%	1 6.3%	16 100.0%
	Total	73 97.3%	2 2.7%	75 100.0%

Nota: Mujeres N Total=75

Descripción de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes

Mexicanos

Para la escala de Afrontamiento se realizó un análisis estadístico descriptivo. De acuerdo a las respuestas de los adolescentes, se obtuvieron 4 estrategias de afrontamiento funcional que más utilizan y que se mencionan a continuación, pensamiento positivo y búsqueda de soluciones, búsqueda de apoyo fuera de la familia, búsqueda de apoyo con la familia y religión, igualmente se obtuvieron 4 estrategias de afrontamiento disfuncional, las cuales fueron respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad, rumiación e impulsividad, evitativo pasivo e impotencia y conducta autolesiva.

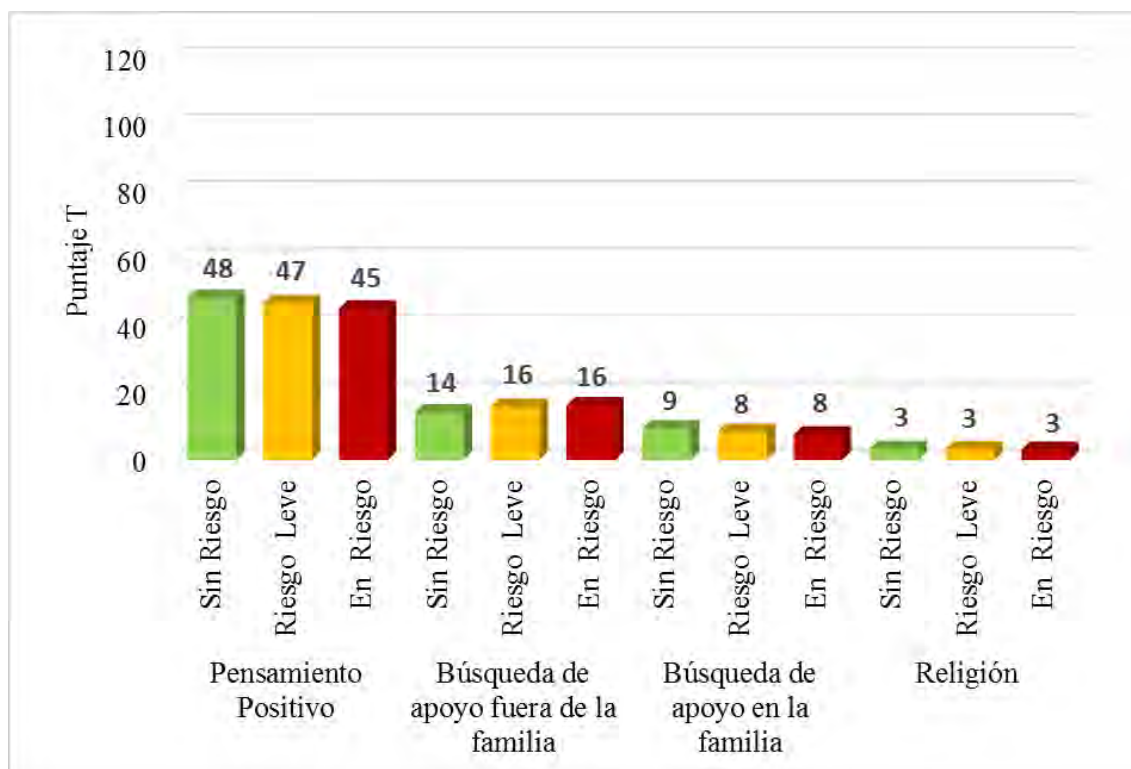


Figura 2.

Estrategias de afrontamiento funcional

La estrategia de pensamiento positivo y búsqueda de soluciones, se reportó que la utiliza más el grupo de adolescentes sin riesgo seguido por el grupo en riesgo leve y en riesgo. La estrategia de búsqueda de apoyo con el grupo de pares, indica que la utiliza

más el grupo en riesgo seguido del grupo en riesgo leve y sin riesgo. La estrategia de búsqueda de apoyo en la familia la utiliza más el grupo sin riesgo, seguido del grupo en riesgo leve y en riesgo. La estrategia de religión, se reportó que la utiliza más el grupo sin riesgo seguido por el grupo en riesgo leve y en riesgo (Ver Fig. 2)

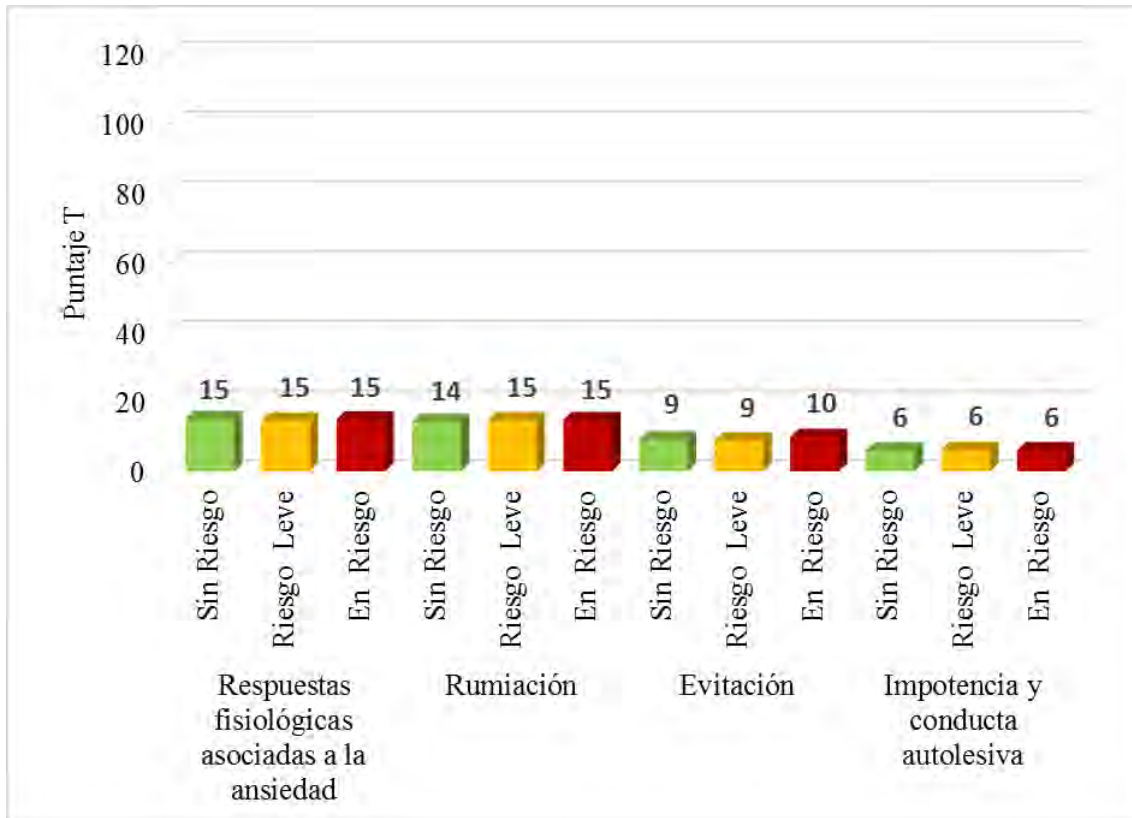


Figura 3.
Estrategias de afrontamiento disfuncional

La estrategia de respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad, se reportó que la utiliza más el grupo de adolescentes sin riesgo seguido por el grupo en riesgo leve y en riesgo. La estrategia de rumiación la utiliza más el grupo en riesgo seguido por el grupo en riesgo leve y sin riesgo. La estrategia de evitación la utiliza más el grupo en riesgo seguido por el grupo sin riesgo y riesgo leve. La estrategia de impotencia y conducta autolesiva la utiliza más el grupo en riesgo leve seguido por el grupo en riesgo y sin riesgo (Ver Fig. 3).

En la tabla 36 con el fin de observar si había diferencias significativas se hicieron análisis de varianza y a continuación se presenta la prueba estadística.

Tabla 36.

Anova de las estrategias de afrontamiento por grupo de riesgo

		Media	Desviación estándar	F	Sig.
Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones	Sin Riesgo	48.38	9.230	1.126	.327
	Riesgo Leve	46.79	8.514		
	En Riesgo	45.22	9.759		
Total		46.52	9.017		
Respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad	Sin Riesgo	14.96	5.842	.105	.900
	Riesgo Leve	14.51	5.759		
	En Riesgo	14.85	5.155		
Total		14.67	5.563		
Rumiación e impulsividad	Sin Riesgo	14.13	4.928	.106	.899
	Riesgo Leve	14.57	4.786		
	En Riesgo	14.64	4.411		
Total		14.53	4.669		
Evitativo pasivo	Sin Riesgo	9.08	2.466	2.057	.131
	Riesgo Leve	8.77	3.100		
	En Riesgo	9.78	2.942		
Total		9.12	2.993		
Búsqueda de apoyo fuera de la familia	Sin Riesgo	14.17	4.018	2.292	.104
	Riesgo Leve	15.87	4.080		
	En Riesgo	16.29	4.215		
Total		15.77	4.144		
Búsqueda de apoyo con la familia	Sin Riesgo	9.38	3.474	2.691	.071
	Riesgo Leve	8.41	3.307		
	En Riesgo	7.58	3.089		
Total		8.29	3.296		
Impotencia y conducta autolesiva	Sin Riesgo	5.92	1.530	.183	.833
	Riesgo Leve	6.11	1.647		
	En Riesgo	6.00	1.528		
Total		6.05	1.588		
Religión	Sin Riesgo	3.29	1.922	.238	.789
	Riesgo Leve	3.22	1.827		
	En Riesgo	3.04	1.815		
Total		3.17	1.828		

En la tabla 37 se encontraron correlaciones significativas bajas en cuatro factores: Se reportó que las respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad se relacionan negativamente con el inicio de la vida sexual activa (-.167), la búsqueda de apoyo fuera de la familia se relaciona con la conducta sexual en mujeres (.150), la búsqueda de apoyo familiar se relaciona negativamente con la conducta sexual de riesgo (-.168) y la religión se relaciona con la conducta sexual de riesgo (.161).

Tabla 37.

Correlaciones de la conducta sexual de riesgo y estrategias de afrontamiento

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8
Conducta sexual hombres	-0.068	-0.098	0.004	0.097	0.134	-0.128	0.005	-0.033
Conducta sexual mujeres	-0.077	-0.083	0.03	0.11	.150*	-0.132	0.022	-0.02
Inicio de la vida sexual activa	-0.037	-.167*	-0.113	0.002	0.03	-0.101	-0.054	-0.074
Uso de anticonceptivos	-0.11	-0.056	-0.084	0.055	0.027	-0.142	-0.078	-0.1
Conducta sexual de riesgo	0.01	-0.001	0.071	0.055	0.096	-.168*	0.087	.161*

Nota: Factor 1 = Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones; Factor 2 = Respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad; Factor 3 = Rumiación e impulsividad; Factor 4 = Evitación pasivo; Factor 5 = Búsqueda de apoyo fuera de la familia; Factor 6 = Búsqueda de apoyo familiar; Factor 7 = Impotencia y conducta autolesiva; Factor 8 = Religión.

Capítulo 5. Discusión y conclusiones, limitaciones y sugerencias

Discusión y Conclusiones

Como resultado de esta investigación se cumplieron los propósitos al lograr describir el nivel de riesgo de las conductas sexuales de riesgo, así como la descripción de las estrategias de afrontamiento funcional y disfuncional en un grupo de adolescentes. No obstante, se encontraron relaciones muy bajas entre la conducta sexual de riesgo y las estrategias de afrontamiento en adolescentes.

Los estudios publicados en cuanto a la relación de la conducta sexual de riesgo y las estrategias de afrontamiento son escasos. Son más numerosas las investigaciones sobre conducta sexual adolescente (Teva, Bermúdez & Buela-Casal, 2011).

Características Sociodemográficas

Los resultados recabados en este apartado ayudan a caracterizar el contexto del adolescente y a esclarecer las características sociodemográficas tales como sexo, edad y escolaridad.

De acuerdo a todos estos datos sociodemográficos se puede constituir un perfil de los adolescentes sin riesgo, en riesgo leve y en riesgo; se reportó que en el grupo sin riesgo hay más mujeres que hombres, y los participantes se encontraron distribuidos de manera semejante en el turno matutino y vespertino. Por otra parte, en el grupo de riesgo leve y en riesgo, se observó que la mayoría de adolescentes que se encontraba en ambos grupos eran hombres, así mismo la mayoría se encontraba en el turno matutino.

El nivel educativo de los padres y madres fue de nivel secundaria en el grupo sin riesgo y riesgo leve, cabe resaltar que el grupo en riesgo, indicó que el nivel educativo de ambos padres fue de bachillerato. Con esto se puede decir que los adolescentes que se encuentran en el grupo en riesgo, tienen probablemente la ventaja de tener padres que cuentan con un mayor nivel educativo que facilite su educación y orientación.

Al mismo tiempo, la escuela se convierte en un lugar ideal para lograr el aprendizaje de conductas saludables, puede contribuir a la salud en general y a la salud sexual y reproductiva en particular. La promoción y prevención en salud sexual y reproductiva tiene ventajas como: la etapa de desarrollo físico y psicológico adolescente coincide con el inicio de las prácticas sexuales, siendo un momento ideal para dotarlos de actitudes y prácticas saludables en un ambiente propicio, en vez de actuar cuando ya se han aprendido patrones poco saludables. Una de las razones prácticas para usar la escuela en cuestiones de prevención es la cantidad de personas a las que se puede llegar, pues es un vínculo con la comunidad; para muchos jóvenes es un espacio único para recibir información, ya que muchos padres no hablan lo suficiente con sus hijos de temas relacionados con la salud sexual y de sexualidad (Meave & Gómez-Maqueo, 2008).

Otro indicador que resultó importante para conocer el área escolar fue el promedio de calificaciones, los adolescentes del grupo sin riesgo, reportaron calificaciones de 7 y 8, por otro lado el grupo en riesgo leve, reportó un promedio de 8, mientras que el grupo en riesgo, indicó tener un promedio de 7. En otras palabras, los adolescentes cuentan con una calificación promedio de 7, siendo alumnos regulares y con bajo índice de llegar a reprobar o repetir el semestre.

Conducta sexual y de riesgo

El periodo de desarrollo en los adolescentes respecto a su conducta sexual es diferente para hombres y mujeres, en general los hitos de la pubertad se dieron en edades cronológicas esperadas, no obstante los adolescentes de este estudio del grupo sin riesgo, no ha tenido relaciones sexuales, así mismo el grupo en riesgo leve y en riesgo, indicaron que su primera eyaculación fue antes de los 12 años de edad. En cambio, las adolescentes reportaron en los grupos sin riesgo, riesgo leve, y en riesgo, haber tenido la menarca después de los 11 años de edad. Esto indica un cambio a nivel hormonal que facilita las manifestaciones de la conducta sexual.

Tal como lo menciona Fonseca (2010) el inicio de la pubertad es un indicador biológico de desarrollo, un referente que pone de manifiesto la presencia hormonal y la capacidad reproductiva, ambas condiciones pautan la conducta sexual, lo que para algunos

investigadores tener una maduración temprana contribuye al desarrollo de conductas sexuales de riesgo. En su desarrollo contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que destacan baja vulnerabilidad al riesgo, la susceptibilidad a dejarse influir y ser presionado por su grupo de pares, la identificación con ideas opuestas a los padres y la necesidad de evolucionar en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras por su corteza prefrontal en desarrollo.

Por otro lado, en las relaciones de afecto-atracción, los hombres y mujeres en los grupos sin riesgo, riesgo leve y en riesgo, refieren tener relaciones de free, relación casual, amigo con derechos y noviazgo.

Con relación a los acercamientos, los hombres y mujeres en los grupos sin riesgo y riesgo leve, indicaron tener acercamientos sexuales como abrazos, tomarse de las manos, darse besos en los labios y caricias en la cara, mientras que en el grupo en riesgo, se reportó la conducta de sexo oral (estimulación buco-genital) con la pareja y fajar por debajo de la ropa.

En la sección de recibir propuestas sexuales, los hombres y mujeres en los grupos sin riesgo, indicaron no haber realizado propuestas sexuales. En grupo de riesgo leve, reportaron haber realizado propuestas sexuales, y en el grupo en riesgo, mencionaron mayores propuestas sexuales.

Por otro lado, en los adolescentes del grupo sin riesgo, se reportó que no tienen intenciones de tener relaciones el siguiente año, así mismo el grupo de riesgo leve, mencionó no tener intención de tener relaciones sexuales, continuando con el grupo en riesgo, mencionó que ya tuvo relaciones sexuales y piensa tenerlas el siguiente año. Respecto a las adolescentes de los grupo sin riesgo, riesgo leve y en riesgo, indicaron en su mayoría que no tienen la intención de tener relaciones sexuales el siguiente año. Por lo que se puede apreciar en la intención de tener relaciones sexuales la mayoría de los adolescentes prefieren continuar con sus estudios y postergar su vida sexual activa, en cambio, el grupo en riesgo se muestra interesado en tener relaciones sexuales.

Respecto a la satisfacción sexual de los adolescentes, Teva, Bermúdez, y Ramiro (2014), encontraron que los hombres perciben una mayor necesidad de sentirse satisfechos sexualmente y de que la pareja también se encuentre sexualmente satisfecha. En cambio las mujeres perciben mayor necesidad de sintonía con la pareja en la actividad sexual, para su propia satisfacción sexual. Estas diferencias entre hombres y mujeres se pueden deber a factores y expectativas de tipo sociocultural relacionados con el comportamiento sexual de hombres y mujeres (Castellanos-Torres, Álvarez-Dardet, Ruiz-Muñoz, & Pérez, 2013), por ejemplo, que el hombre deba satisfacer sexualmente a la pareja, o ideas y creencias que las mujeres tengan relativas al amor romántico y la pasión (Sanchez, Phelan, Moss-Racusin, & Good, 2012).

Igualmente se debe considerar las intenciones para tener relaciones sexuales coitales, ya que en los hombres la intención de mantener relaciones sexuales se relaciona con la atracción física, y en las mujeres se asocia, además con el amor romántico (Díaz-Loving & Robles-Montijo, 2009). Así, las mujeres adolescentes mantendrían relaciones sexuales por amor y por contentar a la pareja, mientras que los hombres lo harían motivados por el deseo (Rodríguez, 2010). De esta manera, se podría evidenciar la presencia de estereotipos y roles de género diferenciados para hombres y mujeres con respecto al placer sexual y la satisfacción sexual (Olivier, Van, Larkin, Flicker, & Toronto, 2013).

Por otra parte, en cuanto a síntomas comunes de infecciones de transmisión sexual ITS hombres y mujeres del grupo sin riesgo, mencionaron no haber presentado alguna molestia física, por otro lado en el grupo de riesgo leve, indicaron en su mayoría no haber presentado molestias físicas, no obstante, algunos adolescentes reportaron haber tenido un síntoma de dolor o ardor al orinar. Finalmente en el grupo en riesgo, se reportó que en su mayoría no presentaban alguna molestia física, sin embargo, se reportaron síntomas de dolor al orinar y dos o más síntomas de ITS.

De igual manera, cuando nos referimos al número de parejas en relación con la adquisición de una infección de transmisión sexual ITS, puede influir el hecho de que muchos adolescentes consideran que por una sola relación sexual no se van a contagiar, además, las ITS en muchos adolescentes suelen ser consecuencia de que estos consideran las relaciones monógamas de corta duración como de bajo riesgo y dejan

entonces de protegerse. Ahora bien, a la luz de la realidad, se puede decir que a partir de la experiencia personal por haber padecido alguna ITS, los adolescentes son capaces de reconocer más y mejor las diferentes manifestaciones clínicas de esas infecciones, y de esta manera, transmiten esos conocimientos a sus pares. Por ende, los jóvenes deben adquirir conocimiento de las manifestaciones clínicas elementales de las ITS desde la familia y la escuela a fin de que puedan saber prevenirlas para que no adquieran esos conocimientos a partir de la experiencia personal de haber adquirido una ITS (Mesa Álvarez, Gómez, & Torre, 2014).

Al mismo tiempo, en los adolescentes del grupo sin riesgo, se indicó que no conocían a personas con antecedentes de embarazo adolescente, aunque cabe resaltar que en los grupos de riesgo leve y en riesgo, hombres y mujeres mencionaron haber conocido dos o más familiares y a un amigo en esta situación.

De ahí que, el embarazo en la adolescencia está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo. Cuando la adolescente tiene menos de 15 años el embarazo se considera de alto riesgo directamente ligado a la edad, por darse mayor mortalidad y morbilidad perinatal e infantil (Moreno, Izquierdo, Martínez, & Bravo, 2016).

Por otra parte, existen estudios que señalan una fuerte asociación entre la ocurrencia de embarazo y la probabilidad de abandono escolar. En otro contexto latinoamericano similar al de México, la posibilidad de abandonar la escuela entre mujeres que experimentan un embarazo o han tenido un hijo es mayor a cinco veces respecto de las que no han vivido esta experiencia (Villalobos-Hernández, et al., 2015).

En el apartado de haber ejercido presión para mantener relaciones sexuales, hombres y mujeres reportaron escasos encuentros de haber ejercido presión para mantener relaciones sexuales en el grupo sin riesgo, aunque conviene subrayar en los grupos de riesgo leve y en riesgo, se reportaron algunos casos donde se recibió presión para mantener relaciones sexuales. En un estudio realizado por (García-Vega, Menéndez, Fernández, & Cuesta, 2012), mencionaron que los hombres refieren una mayor presión por el grupo de pares, mientras que las mujeres son persuadidas por sus parejas para mantener relaciones sexuales sin preservativo.

Respecto a los motivos para no tener relaciones sexuales, los hombres del grupo sin riesgo, reportaron no tener relaciones sexuales ya que quieren concentrarse en sus estudios. El grupo de riesgo leve y en riesgo, también quiere concentrarse en sus estudios y su pareja aún no quiere tener relaciones sexuales, aunque en su mayoría ya tuvieron relaciones sexuales. Por otra parte, las mujeres del grupo sin riesgo, reportaron no tener relaciones sexuales ya que al igual que los hombres quieren concentrarse en sus estudios. El grupo de riesgo leve, quiere concentrarse en sus estudios y no quiere empezar su vida sexual ya que su pareja aún no quiere. Por último, el grupo en riesgo, ya tuvo relaciones sexuales, y los que aún no las tienen es porque quieren concentrarse en sus estudios y si las tuvieran sería una gran decepción para sus padres.

Continuando con el uso de métodos anticonceptivos, los hombres en el grupo sin riesgo, no han tenido relaciones sexuales. El grupo de riesgo leve, reportó haber usado el condón (48.2%). Así mismo, el grupo en riesgo utilizó el condón (51.5), el retiro (6.8%), pastillas de emergencia (4.9%) y el 36.9% no ha tenido relaciones sexuales. Mientras que en las mujeres en el grupo sin riesgo, se mantiene la conducta de no tener relaciones sexuales. Y en comparación con los hombres en el grupo de riesgo leve, utilizan menos el condón (34.9%). Por último, en el grupo en riesgo, 60% no ha tenido relaciones sexuales, el 25.3% utiliza el condón, retiro (8%) y pastillas de emergencia (6.7%).

Tal como menciona Corona y Funes (2015) los métodos anticonceptivos más utilizados por los adolescentes para prevenir conductas de riesgo, se encuentra el condón para hombre, siendo el más utilizado en las relaciones sexuales. Así mismo, la doble protección, con un método usado por la mujer y condón por el hombre trae consigo mejores resultados en la salud sexual de los adolescentes.

Respecto al uso del preservativo, en un estudio con una muestra representativa de adolescentes españoles, realizado por Teva, Bermúdez y Buéla-Casal (2009), se obtuvo que el 10.8% de las mujeres y el 12.4% de los hombres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, y si se tenía en cuenta la relación sexual más reciente, los porcentajes se incrementaban: el 17.1% de las mujeres y el 13.7% de los varones no había usado ningún método anticonceptivo.

Por otro lado, García-Vega, Menéndez, Fernández, y Cuesta (2012), hallaron porcentajes similares; encontraron que el 10.5% no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Además, en otro estudio, Teva, Bermúdez, Ramiro y Ramiro-Sánchez (2013), observaron en adolescentes españoles que el 16.2% de los hombres y el 13.9% de las mujeres no utilizaron el preservativo en la primera relación sexual, y que el 33.5% de los hombres y el 38.4 de las mujeres hicieron uso inconsistente del condón en las relaciones sexuales vaginales mantenidas en los dos últimos meses.

En otro estudio los resultados muestran que la percepción de autoeficacia y la asertividad sexual fueron fuertes predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de las mujeres, mientras que para el caso de los hombres, solo la asertividad sexual predijo su uso (Uribe-Alvarado, Bahamón, Reyes-Ruíz, Trejo-Herrera, & Alarcón-Vásquez, 2017).

De igual manera, se ha destacado que el uso de métodos anticonceptivos estaría determinado, en parte, por su influencia sobre la satisfacción sexual y el placer (Ruiz-Muñoz, et al., 2013), por lo que si el adolescente percibe que el uso del condón interfiere en su satisfacción sexual, no lo usaría. De manera que, el uso del condón reduce el riesgo de adquirir alguna ITS o alguna infección por VIH ya que es la forma de protección que se utiliza con más frecuencia. Así pues, una actitud positiva hacia el uso del preservativo se asocia con un menor riesgo sexual vaginal (en mujeres) y anal (en hombres). Además, la actitud positiva se relaciona con una mayor probabilidad de uso del condón en la primera relación sexual vaginal y anal (en hombres) y es más elevada en las mujeres en comparación con los hombres (Teva, Bermúdez & Ramiro, 2014).

En otro aspecto referente al número de parejas sexuales en la vida, los hombres del grupo sin riesgo, no han tenido ninguna pareja sexual. Continuando con el grupo de riesgo leve (ha tenido una pareja 33.9%; dos parejas 14.3% y tres o más parejas 8.9%). El grupo en riesgo (ha tenido tres o más parejas sexuales 64.1%; una pareja 23.1% y dos parejas 12.8%). En cuanto a las mujeres del grupo sin riesgo, tampoco han tenido ninguna pareja sexual. En el grupo de riesgo leve, ha tenido una pareja 34.9% y más de

tres parejas 4.7%. En el grupo en riesgo (ha tenido una pareja 32%; dos parejas 5.3% y tres o más parejas 8%). En otras palabras, hombres y mujeres han tenido parejas sexuales con porcentajes muy similares, no obstante, en el grupo en riesgo, los hombres reportan haber tenido mayor número de parejas sexuales en la vida.

Por su parte, Inmaculada, Ramiro, Bermúdez y Buela-Casal (2012) mencionaron en su investigación que los hombres tuvieron mayor número de parejas coitales que las mujeres. Un resultado a destacar es que, en comparación con los hombres, las mujeres tuvieron un mayor número de contactos sexuales con los adolescentes de su mismo sexo. No obstante, la mayoría de las mujeres afirmaron ser heterosexuales. Una posible explicación es que las mujeres tienen actitudes más favorables hacia la homosexualidad.

Por otra parte, las conductas sexuales de riesgo que tienen los hombres y mujeres en los grupos sin riesgo y riesgo leve, reportaron que no han tenido la sospecha de alguna infección de transmisión sexual ITS por parte de su pareja, sin embargo, cabe aclarar que en el grupo en riesgo, la mayoría de los adolescentes no presentó sospechas de ITS, por lo que el 10.03% de hombres y el 6.3% en mujeres tiene la sospecha de alguna ITS.

En tanto que, Inmaculada y Bermúdez (2011), ponen de manifiesto que la búsqueda de sensaciones sexuales incrementa las probabilidades de haber tenido más de diez parejas sexuales sólo en hombres, haber tenido parejas ocasionales, haber consumido alcohol durante las relaciones sexuales no coitales y tener experiencia de sexo oral (estimulación buco-genital) tanto en hombres como en mujeres y sexo anal en mujeres. Asimismo, en el inicio de la vida sexual activa, en estudios previos realizados con adolescentes se ha encontrado que la búsqueda de sensaciones sexuales se relacionaba con un mayor número de parejas sexuales, con un uso menos consistente del condón y con tener parejas ocasionales (Gutiérrez-Martínez, Bermúdez, Teva, & Buela-Casal, 2007).

Puesto que la búsqueda de sensaciones sexuales se relaciona con el inicio de la vida sexual activa y no coital, los programas de promoción de la salud sexual y de prevención de ITS/VIH y embazados no deseados deberían incluir módulos para trabajar con los jóvenes buscando sensaciones sexuales que conlleven la asunción de riesgos para su salud. Además, la escuela constituye una fuente esencial para

proporcionar información acerca de la sexualidad y, específicamente, sobre el uso de métodos anticonceptivos. Dado que, lo óptimo es conseguir que la escuela y los padres colaboren en la tarea de la educación sexual de los niños y adolescentes (González, Molina, Montero, Martínez, & Molina, 2009).

Escala de afrontamiento para adolescentes mexicanos

Por lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento funcional, los adolescentes cuentan con adecuadas estrategias de afrontamiento funcional para resolver sus problemas, no obstante, buscan más el apoyo en su grupo de pares más que en su propia familia, llegando a ser un indicador de riesgo por el tipo de orientación que pueda recibir por pares negativos o en ambientes de riesgo.

Por otra parte, en las estrategias de afrontamiento disfuncional, los adolescentes cuentan con menores porcentajes en las estrategias disfuncionales, sin embargo, dentro de la estrategia de rumiación posiblemente pueden llegar a no dejar de pensar una y otra vez alguna situación en particular que les genere malestar, así mismo con la estrategia de evitación, los jóvenes pueden negar sus problemas y no realizar ningún esfuerzo para darle solución a ellos, dando paso a un sentimiento de frustración.

La evidencia empírica muestra que estrategias como la solución de problemas, la búsqueda de apoyo social y el pensamiento positivo, consideradas estrategias de afrontamiento funcional, con frecuencia se asocian a la salud mental y bienestar emocional, mientras que la evitación, la rumiación, respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad e impulsividad se relacionan con problemas emocionales. Así mismo, los hombres tienden a utilizar la evitación, en tanto las mujeres buscan más el apoyo social, responden con rumiación, activación fisiológica asociada a la ansiedad y se apoyan en creencias religiosas (González, Montoya, Casullo, & Bernabéu, 2002; Zanini & Forns, 2004).

La búsqueda de apoyo social, es una estrategia que puede servir para diferentes propósitos y tener diversas funciones que dependen del contexto. Pueden implicar efectos negativos, cuando un adolescente busca apoyo en pares negativos en ambientes

de riesgo psicosocial (Barrera, et al., 2002), o puede ser funcional cuando el apoyo proviene de una persona significativa positiva (Rutter, 2007).

En otro estudio realizado por Barcelata y Gómez-Maqueo (2012) mencionan que las estrategias de afrontamiento más utilizadas en adolescentes, son búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo familiar y religiosidad. También observan diferencias por sexo donde los hombres utilizan más la estrategia de evitación que las mujeres, quienes hacen uso de la estrategia de rumiación. En otras palabras, las mujeres tienden a centrarse más en la emoción y piensan mucho en sus problemas (rumiación), preocupándose, más que ocupándose de la situación (Rutter, 2007), lo cual indica un afrontamiento evitativo; pero al mismo tiempo, tienden a ser más afiliativas y a orientar sus recursos a la búsqueda de apoyo social tanto fuera como dentro de la familia. Por el contrario los hombres tienden a evadir, lo cual parece relacionarse con una mayor búsqueda de apoyo social fuera de la familia (Barcelata & Gómez-Maqueo, 2012).

En cuanto a las correlaciones de la conducta sexual de riesgo y las estrategias de afrontamiento, indican que existen relaciones significativas bajas en la estrategia de respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad se relaciona negativamente con el inicio de la vida sexual activa (-.167), la búsqueda de apoyo fuera de la familia se relaciona con la conducta sexual en mujeres (.150), la búsqueda de apoyo familiar se relaciona negativamente con la conducta sexual de riesgo (-.168) y la estrategia de religión se relaciona con la conducta sexual de riesgo (.161). En otros términos, la relación que existe entre las respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad y el inicio de la vida sexual activa, podría indicar que cuando los adolescentes se sienten amenazados frente a una situación estresante pueden detenerse y no tener relaciones sexuales. La relación entre búsqueda de apoyo fuera de la familia y la conducta sexual en mujeres, podría indicar que las adolescentes hacen más uso de recursos sociales con los amigos para compartir experiencias, lo que puede propiciar los primeros acercamientos sexuales, relaciones de pareja y conductas como hacer o recibir propuestas sexuales. Por otra parte, la relación negativa que existe entre la búsqueda de apoyo familiar y la conducta sexual de riesgo, podría indicar que los adolescentes que recurren al apoyo con el grupo de pares más que con la familia están más en riesgo. Por último, la relación que existe entre religión y conducta sexual de riesgo, podría indicar que los adolescentes pueden

recurrir más al pensamiento mágico para aminorar el malestar generado por el estrés producto de una situación negativa.

En cambio, un estudio longitudinal menciona que elevados niveles de conductas de riesgo entre las que se encontraban las relaciones sexuales sin protección, se asociaban con niveles más elevados de eventos negativos y de estrategias de afrontamiento disfuncional. Los adolescentes con mayores niveles de estrategias de afrontamiento disfuncional ante eventos negativos informaban de una mayor implicación en conductas de riesgo que los adolescentes que utilizaban en menor medida este afrontamiento. Por tanto, se considera que el afrontamiento funcional es un factor protector de la implicación en conductas de riesgo mientras que el afrontamiento disfuncional promovería la implicación en dichas conductas (Auerbach, Abela, Zhu, & Yao, 2007).

Del mismo modo, en otro estudio Guiao, Blakemore y Boswell (2004) mencionan la relación entre afrontamiento y conducta sexual de riesgo. Estilos disfuncionales de afrontamiento las situaciones como el afrontamiento de evitación se ha relacionado en población adolescente con conductas sexuales de riesgo y con el consumo de sustancias. El afrontamiento centrado en la solución de problemas y un afrontamiento funcional eran protectores contra el consumo de sustancias y la conducta sexual de riesgo.

De igual manera en una investigación longitudinal se encontró que los estilos evitativos del afrontamiento centrado en la emoción eran los predictores más potentes de conductas de riesgo o problemáticas tales como: conducta sexual, consumo de sustancias, delincuencia y deserción escolar (Cooper, Wood, Orcutt & Albino, 2003).

En definitiva se hace énfasis en que las investigaciones futuras evalúen la relación entre conducta sexual de riesgo y estrategias de afrontamiento en adolescentes, dada la escasez de resultados al respecto. Se destaca que los adolescentes son sexualmente activos, comienzan las relaciones sexuales a edades tempranas y se implican en conductas sexuales de riesgo. Por esto, se recomienda que los programas de educación sexual comiencen a implantarse a edades tempranas con la finalidad de promover conductas saludables al respecto e implicar en dicha educación a los padres y a los centros de educación (Teva, Bermúdez & Buena-Casal, 2011).

Limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio, se encuentra que sólo se trabajó con estudiantes de bachilleres público y de una zona de la Ciudad de México. Por lo que a mayor heterogeneidad de la muestra mayor representatividad, los resultados obtenidos podrían considerarse un fiel reflejo de la situación local.

También se tiene que reconocer el efecto que tienen las respuestas de los adolescentes sobre su conducta sexual, por la existencia de deseabilidad social que imponen las normas culturales.

Otra limitación es que los datos se recogieron mediante autoinforme, por lo que pudieran existir efectos de deseabilidad social. Sin embargo, los adolescentes participaron de forma voluntaria y se les garantizó la confidencialidad y anonimato de sus respuestas, lo cual facilitaría que contestarán de manera veraz. El grupo en riesgo es pequeño por lo que algunas correlaciones, aunque significativas, son bajas. Quizá para disminuir la deseabilidad social y el que puedan haber contestado sin mucho cuidado sobre todo el cuestionario de conductas sexuales, se les pudo haber dado antes una plática sobre sexualidad.

También propongo realizar un glosario de términos de sexualidad, ya que en la revisión de la literatura deja en evidencia que no existe un consenso sobre los conceptos básicos, ya que cada estudio asume una clasificación distinta.

Sugerencias

Las personas que participan en la aplicación de instrumentos de medición y trabajan directamente con los adolescentes deben capacitarse para tener una conducta ética durante el trabajo en temas de sexualidad con esta población, mantener una actitud de respeto, empatía y confidencialidad, lo que incluye tiempo adicional para canalizar o

tratar casos clínicos como la detección de abuso sexual, infección de transmisión sexual, embarazo adolescente e interrupción legal del embarazo.

Además, se propone que las instituciones educativas involucren a docentes, directivos, alumnos y padres, y a la comunidad a participar en el planteamiento de metas. Los objetivos de los programas de intervención preventiva conocerán de forma más directa las necesidades y tendrán mejores resultados en la salud sexual en adolescentes.

También, se sugiere la promoción y fortalecimiento del uso de estrategias de afrontamiento de tipo funcional, es decir, fortalecer el uso del pensamiento positivo y búsqueda de soluciones, así como la búsqueda de apoyo en la familia y en el grupo de pares. Además de que los jóvenes puedan identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan, y las posibles estrategias que pueden obtener, y poner en práctica. Por lo cual, es importante trabajar con los tres grupos de riesgo, aunque hay que poner mayor énfasis en el grupo de riesgo leve, ya que en este se concentra la mayoría de los adolescentes que requieren fortalecer el funcionamiento emocional, incrementar el uso de estrategias de afrontamiento funcional, trabajar en temas de sexualidad y salud sexual.

En definitiva, estudiar la relación entre el afrontamiento de los adolescentes y de sus padres puede proporcionar información valiosa que oriente el diseño de programas de intervención que promuevan estrategias de afrontamiento funcional tanto en los adolescentes como en sus padres, de manera que puedan ser modeladas y reforzadas a nivel familiar (Barcelata & Gómez-Maqueo, 2012).

Referencias

- Ahadi, H., Delavar, A., & Rostami, A. (2014). Comparing coping styles in cancer patients and healthy subjects. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*.
- Alsinet, C., Pérez, R., & Argullo, M. (2003). Adolescentes y percepciones de riesgo. *Revista de estudio sobre juventud*, 90-101.
- Antoniazzi, A., Souza, L., & Hutz, C. (2009). Situacional coping, subjective well-being and self-esteem in adolescents. *Revista Interinstitucional de Psicología*, 34-42.
- Aranda-Flores, C. (2015). Infección por el virus de papiloma humano en varones. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(11), 697-706.
- Arredondo , A. A., García Cerde, R., Ibáñez Sastoque, S., Jiménez García, C. Y., Linares Segura, A., Maldonado Esquer, A., . . . Ríos Blancas, M. J. (2014). Costo efectividad de programas de prevención en infecciones de transmisión sexual. *Horizonte Sanitario*, 13(2), 201-206.
- Auerbach, R., Abela, J., Zhu, X., & Yao, S. (2007). A diathesis-stress model of engagement in risky behaviors in Chinese adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 2850-2860.
- Avendaño, M., & Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 162-175.
- Balbo, N., Mills, M., & Billari, F. (2013). Fertility in advanced societies: A review of reserch. *European Journal of Population*, 1-38.
- Ballester, R., Gil, M. D., Giménez, C., & Ruiz, E. (2009). Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en jóvenes españoles. *Revista de Psicopatología y psicología Clínica*, 181-191.

- Band, E., & Weisz, J. (1988). How to feel better when it feel bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental psychology*, 247-253.
- Barbón, O. (2011). Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. *Ciencia y Enfermería*, 19-25.
- Barcelata Eguiarte, B. E., & Gómez-Maqueo, E. L. (2012). Afrontamiento adolescente y parental: Implicaciones para una intervención integral. *Eureka*, 144-157.
- Barrera, M., Prelow, H., Dumka, L., González, N., Knigth, G., Michaels, M., . . . Tein, J. (2002). Pathways from family economic conditions to adolescent distress: supportive parenting, stressors outside the family, and deviant peers. *Journal of Comunnity Psychology*, 135-152.
- Benjet, C. (2008). La salud mental de la niñez y adolescencia en América Latina y el Caribe. En J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola, *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (págs. 234-242).
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 155-163.
- Bermúdez, P., Inmaculada, M. T., & Buela-Casal, G. (2009). Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema*, 21(2), 220-226.
- Berra Ruiz , E., Muñoz Maldonado, S. I., Vega Valero , C. Z., Silva Rodríguez, A., & Gómez Escobar, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* , 37-57.
- Blanco, L., Cedre, O., & Guerra, M. (2015). Factores determinantes del embarazo adolescente. *Revista de Odontología Pediátrica*, 109-119.

- Boders, A. (2006). After the afterbirth: A critical review of postpartum health relative to method of delivery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 242-248. doi:10.1016/j.jmwh.2005.10.014
- Bonica, C., & Henderson, J. (2003). Helping adolescents cope with stress during stressful times. *Current Opinion in Pediatrics*, 385-390.
- Boyer, T. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Developmental Review*, 291-345.
- Bradley-Stevenson, C. (2007). Adolescents sexual health. *Paediatrics and child health*, 474-479.
- Cabanach, R., Fariña, F., Freire, C., Gonzáles, P., & Del Mar Ferradás, M. (2013). Diferencias en el afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios hombres y mujeres. *European Journal of Education and Psychology*, 19-32.
- Campero Cuenca, L., Atienzo, E., Suárez López, L., Hernández Prado, B., & Villalobos Hernández, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 299-307.
- Campo-Arias, A., Silva, J., Meneses, M., Castillo, M., & Navarrete, P. (2004). Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 367-377.
- Campuzano, M., & Díaz, E. (2011). Relación entre la consistencia en el uso de condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato. *Revista Psicología y Salud*, 17-24.
- Cardinal, C. (2005). Educación sexual. Un proyecto humano de múltiples facetas. Colombia: Siglo del hombre editores.

- Carvajal, G. (1998). *Adolecer la aventura de una metamorfosis*. Madrid: Tiresias.
- Carvalho, N., Texeira, J., Roteli-Martins, C., Naud, P., & De Borda, P. (2010). Sustained efficacy and immunogenicity of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine up to 7.3 years in young adult women. *Vaccine*, 247-255.
- Castaño, E., & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 245-257.
- Castellanos-Torres, E., Álvarez-Dardet, C., Ruiz-Muñoz, D., & Pérez, G. (2013). Social determinants of sexual satisfaction in Sapin ,considered from the gender perspective. *Annals of Epidemiology*, 150-156.
- Castro Abreu, I. (2010). Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(5), 705-716.
- Casullo, M., & Fernández Liporace, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes. *Revista del instituto de investigaciones*, 22-49.
- Chaine, B., & Janier, M. (2013). Infecciones de Transmisión Sexual. *Revista de urología*, 45(1), 1-11.
- Clarke, A. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal and Adolescence*, 11-24.
- Climent, G. (2009). *Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas*. Argentina: Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.
- Coleman, J., & Hagel, A. (2007). The nature of risk and resilience in adolescence. *Adolescence, risk and resilience: Against the odds*, 2-16.

- Coley, R., Medeiros, B., & Schindler, H. (2008). Using sibling differences to estimate effects of parenting on adolescent sexual risk behaviours. *Journal of Adolescent Health, 133-140*. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.12.012
- Collado, M., Alva, R., López, E., Gonzáles de León, D., & Schiavon, R. (2008). Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva. *Género y salud en cifras, 17-30*.
- Comfort, A., & Comfort, J. (1980). *El adolescente: Sexualidad, vida y crecimiento*. Barcelona: Blume.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 87-127*. doi:10.1037//0033-2909.127.1.87
- Compas, B., Davis, G., Forsythe, C., & Wagner, B. (1987). Assessment of major and daily stress full events during adolescence. The adolescent perceived events scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 534-541*.
- Compas, B., Malcarne, V., & Fondacaro, K. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 405-411*.
- Consejo Nacional de Población. (2008). *Plan Nacional de población, 2008-2012. Por un cambio demográfico a favor del desarrollo*. México. Obtenido de <http://www.conapo.gob.mx>
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 342-349*.

- Connor-Smith, J., & Compas, B. (2004). Coping as a moderator of relation between reactivity to interpersonal stress, health status and internalizing problems. *Cognitive and Therapy Research*, 347-368.
- Cooper, M., Wood, P., Orcutt, H., & Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 390-410.
- Cooper, M., Wood, P., Orcutt, H., & Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 390-410.
- Corona, F., & Funes, F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 74-84.
- Corona, F., & Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes.*, 68-75.
- Crespo, M., & Labrador, F. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.
- Crosignani, P., De Stefani, A., Fara, G., & Isidori, A. (2013). Towards the eradication of HPV infection through universal specific vaccination. *Public Health*, 42-52.
- Dasbach, E., Insinga, R., & Elbasha, E. (2008). The epidemiological and economic impact of a quadrivalent human papillomavirus vaccine. *International Journal of Obstetrics Gynaecology*, 47-56.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- Delgado, M., Zamora López, F., & Cámara, N. (2011). *Pautas anticonceptivas y maternidad adolescente en España*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

- Demaria, L., Galárraga, O., Campero, L., & Walter, D. (2009). Sex education and HIV prevention: an evaluation in Latin America and the Caribbean. *Pan American Journal of Public Health*, 85-93.
- Díaz-Loving, R., & Robles-Montijo, S. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 215-228.
- Dillner, J., Kjaer, S., Wheeler, C., Sigurdsson, K., Iversen, O., & Hernández-Ávila, M. (2010). Four year efficacy of prophylactic human papilloma-virus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar, and vaginal intraepithelial neoplasia and anogenital warts: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 1-9. doi:10.1136/bmj.c3493
- División Garrote, J., Escobar Cervantes, C., & Seguí Díaz, M. (2015). Provisión gratuita de anticonceptivos de larga duración y embarazos adolescentes. *Medicina de Familia*, 172-173.
- Edo, M., & Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 79-90.
- ENSANUT. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México. Obtenido de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales>.
- Erickson, S., Gerstle, M., & Feldstein, W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 1173-1180. doi:10.1001/archpedi.159.12.1173
- Ern, T., & Beigi, R. (2008). Update on infectious diseases in adolescent gynecology. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 135-143.
- Estévez Campos, R. M., Oliva Delgado, A., & Parra Jiménez, Á. (2011). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste

adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 39-53.

Fernández Abascal, E. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento*. Madrid: Pirámide.

Fernández Romero, J. A., Gil, P., Ré, V., Robbiani, M., & Paglini, G. (2014). Microbicidas para la prevención de infecciones de transmisión sexual: estado actual y estrategias para la evaluación preclínica de nuevos candidatos. *Revista Argentina de Microbiología*, 256-268.

Finer, L., & Sonfield, A. (2013). The evidence mounts on the benefits of preventing unintended pregnancy. *Contracepcion*, 126-127.

Flores, E., Borda, M., & San Gregorio, M. (2006). SIDA y exclusión social: alteraciones emocionales. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 37-49.

Flores-Carvajal, D., & Urzúa, A. (2015). Desarrollo de una propuesta de evaluación de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica en adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 1-6.

Folch, C., Casabona, J., Sanclemente, C., Esteve, A., González, V., & HIVITS-TS. (2014). Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 196-202.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1998). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 466-475.

Folkman, S., & Moskowitz, J. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 745-774.

Fonseca, H. (2010). Helping adolescents develop resilience: steps the pediatrician can take in the office. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 52-60.

- Frydenberg, E. (1999). *Learning to cope. Developing as a person in complex society.* Oxford: Oxford University Press.
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent coping: advances in theory, research and practice.* New York: Routledge.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: Age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 253-266.
- Frydenberg, E., & Rowley, G. (1998). Coping with social issues: What Australian university students do. *Issue in Educational Research*, 33-48.
- Fuhrel, A., & Kalichman, S. (2006). Biological, social and psychological risk factors for HIV infection. En M. Bermúdez, & G. Buéla-Casal, *Recent Advances in HIV Infection Research* (págs. 67-108). Nueva York: Nova Science Publishers.
- Galán, S., & Camacho, E. (2012). *Estrés y salud. Investigación básica y aplicada.* México: Manual Moderno.
- Galinsky, A. (2011). The association between developmental assets and sexual enjoyment among emerging adults. *Journal of Adolescent Health*, 610-615.
- Garaigordobil, M. (2016). Conducta antisocial: conexión con bullying/cyberbullying y estrategias de resolución de conflicto. *Intervención Psicosocial*, 1-8.
- García García, A. A., & Lucio Gómez-Maqueo, E. (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 3-9.
- García Malpica, K., & Miranda Díaz, B. T. (2009). Intervención educativa sobre Infecciones de Transmisión Sexual. *Revista Médica Electrónica*, 1-8.

- García Polanco, M. (2014). Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. *Enfermería Comunitaria*, 38-61.
- García, G. (2012). *Embarazo y maternidad adolescente en contextos de pobreza: una aproximación a los significados de las trayectorias sexuales reproductivas*. México: Colegio de México.
- García, M. A., Piña López, A., Cánovas Inglés, A., Luquín Martínez, R., Muñoz Ureña, A., & Piñana López, J. (2011). Embarazo no deseado en adolescentes en un área de salud. *Medicina de Familia*, 227-232.
- García-Vega, E., Menéndez Robledo, E., Fernández García, P., & Cuesta Izquierdo, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Revista internacional de investigación psicológica*, 79-87.
- Geisler, W. (2011). Diagnosis and management of uncomplicated Chlamydia trachomatis infections in adolescents and adults: summary of evidence review for the 2010 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clinic for Infections and Dysfunctions*, 98-98.
- Gogna, M., Adaszko, A., Alonso, A., Fernández, S., Pantelides, E., Portnoy, F., & Zamberlin, N. (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES-UNICEF.
- Gómez Maqueo, E., Durán Patiño, C., Barcelata Eguiarte, B., & Romero Godínez, E. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes: EA-A. *Facultad de psicología. UNAM*, 1-33.
- Gómez-Maqueo, E., Durán Patiño, C., Heredia, C., & Villarruel, B. (2014). *Escala de Afrontamiento para Adolescentes Mexicanos (EA-A)*. México: Facultad de psicología. UNAM.

- González , B., Montoya, C., Casullo, M., & Bernabéu, V. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 363-368.
- González, A., & Molina, G. (2007). Characteristics of adolescent pregnancy from mothers to daughters. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 74-82.
- González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V., & Molina, R. (2009). Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes nulíparas. *Revista Médica de Chile*, 1187-1192.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S., & Collado, M. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes del sur de la Ciudad de México: Análisi según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 37-45.
- González-Garza, C., Rojas-Martínez, R., Hernández-Serrato, M., & Olaiz-Fernández, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 209-218.
- Gross, G., & Tyring, S. (2011). *Sexually transmitted infection and sexually transmitted diseases*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-14663-3_37
- Guião, I., Blakemore, N., & Boswell Wise, A. (2004). Predictors of teen substance use and risky sexual behaviours: Implications for advanced nursing practice. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 52-59.
- Gutiérrez-Martínez, O., Bermúdez, M. P., Teva, I., & Buéla-Casal, G. (2007). Sexual sensation seeking and worry about sexually transmitted diseases (STD) and human immunodeficiency virus (HIV) infection among Spanish adolescents. *Psicothema*, 661-666.

- Hall, P., Holmqvist, M., Simon, B., & Sherry, M. (2004). Risky adolescent sexual behavior: A psychological perspective for primary care clinicians. *Topic un advance practice nursing e journal*.
- Hampel, P., & Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping and adjustment in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 409-415*.
- Hernández-Bel, P. (2016). *El resurgir de las infecciones de transmisión sexual. ¿Una nueva epidemia en nuestra sociedad?* España: Actas Dermo-Sifiliográficas.
- Inmaculada, T., & Bermúdez, M. P. (2011). Búsqueda de sensaciones sexuales y conducta sexual no coital en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología, 121-132*.
- Inmaculada, T., Ramiro, M. T., Bermudez, M. P., & Buela-Casal, G. (2012). Análisis de la conducta sexual de adolescentes peruanos. *Revista Mexicana de Psicología, 184-192*.
- Islas-Domínguez, L., Cardiel-Mormalejo, L., & Bhargava, V. (2010). Recién nacidos de madre adolescente. Problema actual. *Revista Mexicana de Pediatría, 152-155*.
- Isorna Folgar, M., Fariña Rivera, F., Sierra, J., & Vallejo-Medina, P. (2015). Conductas sexuales de riesgo y drogas del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica, 1-8*.
- Jaramillo, V. (2008). *Tu futuro en libertad: Por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad*. México: Gobierno del Distrito Federal.
- Jiménez, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología, 107-129*.
- Jorrat, R. (2008). *Información, actitudes y conducta en relación con el VIH/SIDA: Estudio social en población bajo la línea de pobreza en el área metropolitana*.

Buenos Aires, Argentina: Ubatec. Obtenido de www.ubatec.uba.ar/fondomundial/downloads/publicaciones/invPOB.pdf

Joura, E., Leodolter, S., Hernández-Avila, M., Wheeler, C., Perez, G., & Koutsky, L. (2007). Efficacy of a quadrivalent prophylactic human papilloma-virus (types 6, 11, 16 and 18) L1 virus-like-particle vaccine against high-grade vulva and vaginal lesions: a combined analysis of three randomised clinical trials. *Obstetrics and Gynecology*, 1693-1702. doi:10.1016/S0140-6736(07)60777-6

Juárez, F., Palma, J., Singh, S., & Bankole, A. (2010). *Barreras para la maternidad segura en México*. México: Guttmacher. Obtenido de www.guttmacher.org

Jumping-Eagle, J., Sheeder, J., Kelly, J., & Steven-Simon, C. (2008). Association of conventional goal and perceptions of pregnancy with female teenager's pregnancy avoidance behavior and attitudes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 74-80. doi:10.1363/4007408

Kalina, O., Madarasova-Geckova, A., Klein, D., Jarcuska, P., Orosova, O., & Van-Dijk, J. (2013). Mother's and father's monitoring is more important than parental social support regarding sexual risk behaviour among 15-year-old adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 92-103. doi: 10.3109/13625187.2012.752450

Kavsek, M., & Seiffge-Krenke, I. (1996). The differentiation of coping traits in adolescence. *International Journal of Behavioral Developmental*, 651-668.

Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento. En *Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGRAW-HILL.

Kotchick, B., Shaffer, A., Forehand, R., & Miller, K. (2001). Adolescent sexual risk behaviour: A multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 493-519.

- Kraag, G., Zeegers, M., Kok, G., Hosman, C., & Abu-Saad, H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of School Psychology, 44*, 449-472.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 23*, 234-247.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Lazarus, B. (2006). *Coping with aging*. Oxford: Oxford University Press.
- Lazcano-Ponce, E., Salmeron-Castro, García Carracá, A., & Aranda-Flores, C. (2009). Recomendaciones para la definición contra el virus del papiloma en México. *Salud Pública, 33*, 336-341.
- Lee, S., Yen, C., Wu, W., & Lee, M. (2007). A review on adolescent childbearing in Taiwan: its characteristics, outcomes and risk. *Asia Pacific Journal of Public Health, 40*, 40-42.
- Lucio, E., Durán, C., Barcelata, B., & Hernández, Q. (2007). *Datos sociodemográficos. Cuadernillo de preguntas del proyecto MP6-11: Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (Macroproyecto UNAM 2007-2009) versión para investigación*. México: Facultad de psicología. UNAM.

- Lyerly, J., & Brunner Huber, L. (2013). The role of family conflict on risk sexual behaviour in adolescent aged 15 to 21. *Annals of Epidemiology*, 233-235.
- Meade , C., Kershaw, T., & Ickovics, J. (2008). The intergenerational cycle of teenage motherhood: Anecological approach. *Health Psycol*, 19-29.
- Meave Loza, S., & Gómez-Maqueo, E. (2006). *Cuestionario de Desarrollo Adolescente (Versión para la investigación)*. México: Facultad de psicología. UNAM.
- Meave Loza, S., & Gómez-Maqueo, E. (2008). Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual: una experiencia con adolescentes en escuelas públicas. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(36), 203-222.
- Meave Loza, S., & Gómez-Maqueo, E. (2008). *Relación entre rasgos de personalidad y conductas sexuales de riesgo, elementos para la intervención preventiva con adolescentes escolares*. México: Facultad de psicología. UNAM.
- Mesa Álvarez, M. I., Gómez Domínguez, J., & Torre Navarro, L. M. (2014). Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 270-283.
- Miller, W., Baber, J., & Gatny, H. (2013). The effects of ambivalent fertility desires on pregnancy risk in young women in the USA. *Population Studies: A Journal of Demography*, 25-38. doi: 10.1080/00324728.2012.738823
- Mohammad, K., Abadi-Farani, F., Mohammadi, M., Alikhani, S., Zare, M., Tehrani, F., . . . Ghanbari, H. (2007). Sexual Risk-Taking Behaviors among Boys Aged 15-18 Years in Tehran. *Journal of Adolescent Health*, 407-414.
- Mondragón Kalb, M., Ahued Ortega, A., Morales Velázquez, J., Díaz Olavarrieta, C., Valencia Rodríguez, J., Becker, D., & García, S. (2011). Patient characteristics and service trends following abortion legalization in Mexico City. *African Journal of Reproductive Health*, 59-66.

- Mora Cancino, A., & Hernández Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: como ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 76-82.
- Morales, F. (2008). *Evaluación del afrontamiento infantil: Estudio inicial de las propiedades de un instrumento*. Universidad de Málaga: Tesis Doctoral.
- Moreno Fontiveros, M. Á., Izquierdo Gallardo, I., Martínez Vera, M., & Bravo Muñoz, E. (2016). Interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes del medio rural: evolución desde 2008. *Sociedad Española de Medicina general y de familia*, 49-52.
- Moss, R. (2002). Life stressors, social resources, and coping skills in youth: applications to adolescents with chronic disorders. *Journal of Adolescent Health*, 22-29.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad MSSSI. (2010). *Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles 2010*. Madrid.
- Musitu, G., & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 179-192.
- Niño-Calixto, E. E. (2011). *Modelo educativo en sexualidad adolescente: Intervención psicosocial en comunidad*. México: Facultad de psicología. UNAM.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms infemale adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116.
- O'connor, C., & Shubkin, C. (2012). Adolescent STIs for primary care providers. *Pediatric*, 47-55.
- Observatorio de Igualdad de Género OIG. (2011). *Informe anual 2011: El salto de la autonomía de los márgenes al centro*. Santiago de Chile: CEPAL.

- Olavarrieta, C., García, S., & Arangue, A. (2012). Women's experiences of and perspectives on abortion at public facilities in Mexico City three years following decriminalization. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 15-20.
- Olivier, V., Van der Meulen, E., Larkin, J., Flicker, S., & Toronto Teen Research Team. (2013). If you teach them, they will come: Providers reaction to incorporating pleasure into youth sexual education. *Canadian Journal of Public Health*, 142-147.
- Omar, A. (1995). *Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires: Lumen.
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2006). *Descubriendo las voces de las adolescentes: Definición del empoderamiento desde la perspectiva de las adolescentes*. Whashington.
- Orcasita, L. T., Uribe, A. F., Castellanos, L. P., & Gutiérrez Rodríguez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología*, 371-406.
- Orgiles, M., Espada, J., Johnson, B., Huedo-Medina, T., & Carratala, E. (2012). Sexual behaviour in Spanish adolescents of divorced parents. *Psicothema*, 211-216.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2011). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Ginebra.
- Pacheco-Sánchez, C. I. (2016). Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de vida. *Salud Pública de México*, 56-61.
- Programa de Acción Específico. (2014). *Respuesta al VIH, SIDA e ITS 2013-2018*. México: Programa Sectorial de Salud. Obtenido de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/acerca/PAE_2013_2018_AUTORI_ZADA.pdf

- Palacios, D., Bravo, F., & Andrade, P. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo. *Psicología Internacional*, 1-13.
- Palma, I. (2012). Las nuevas generaciones de mujeres, el embarazo no previsto, las edades y la segmentación social en la entidad chilena. *Revista Médica de Chile*, 19-25. doi:10.4067/S0034-98872012000300006
- Pelacho, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Pereyra, M. (2004). *Estrés y salud. Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Pérez, S. (2002). El estrés, su importancia e impacto en la salud del individuo. *Memorias del X congreso mexicano de psicología de la sociedad mexicana de psicología.*, 221-228.
- Pichon-Riviere, A., Alcaraz, A., Caporale, J., Bardach, A., Rey-Ares, L., Klein, K., . . . Tatti, S. (2015). Costo efectividad de la vacuna tetravalente contra VPH en Argentina, a partir de un modelo dinámico de transmisión. *Salud Pública de México*, 504-513.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents ways of coping. *Psychological Record*, 223-235.
- Piña López, J. A. (2009). Los pecados originales en la propuesta transaccional sobre estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1), 193-209.
- Quesada-Miranda, M., Romero-Sánchez, M., Prieto-Herrera, M., & Rodríguez-Delgado, C. (2010). Caracterización social del embarazo en la adolescencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 1-15.

- Rey-Ares, L., Ciapponi, A., & Pichon-Riviere, A. (2012). Eficacia y seguridad de la vacuna contra el virus del papiloma humano para la prevención del cáncer de cuello uterino: revisión sistemática y metaanálisis. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 483-489.
- Rodríguez Jiménez, M. (2014). Anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *Anales de Pediatría Continuada*, 362-365.
- Rodríguez, O. (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento psicológico*, 41-52.
- Rojas Bentancur, M., Méndez Villamizar, R., & Montero Torres, L. (2016). Salud sexual y reproductiva en adolescentes: La fragilidad de la autonomía. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 52-62.
- Rondón, A., & Rojas, M. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 222-237.
- Rosabal García, E., Romero Muñoz, N., Gaquín Ramírez, K., & Hernández Mérida, R. (2012). Conductas de riesgo en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 218-229.
- Rose, A., Koo, H., Bhaskar, B., Anderson, K., White, G., & Jenkins, R. (2005). The influence of primary caregivers on the sexual behaviors of early adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 135-144.
- Roth, S., & Cohen, L. (1986). Approach, avoidance and coping with stress. *American Psychologist*, 813-819.
- Ruiz-Muñoz, D., Wellings, K., Castellanos-Torres, B., Álvarez-Dardet, C., Casals-Cases, M., & Pérez. (2013). Sexual health and socioeconomic-related factors in Spain. *Annals of Epidemiology*, 620-628.

- Rutter, M. (2007). Resilience, competency and coping. *Child Abuse & Neglect*, 205-209.
- Sánchez Recio, R., Pérez de Ágreda, J. P., & Santabárbara Serrano, J. (2016). Infecciones de transmisión sexual en hombres internos en prisión: riesgo de desarrollo de nuevas infecciones. *Gaceta Sanitaria*, 208-2014.
- Sanchez, D., Phelan, J., Moss-Racusin, C., & Good, J. (2012). The gender roles motivation model of women's sexually submissive behavior and satisfaction in heterosexual couples. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 528-539.
- Sandin B, Chorot , B., Santed, M., & Jiménez, M. (1995). *Trastornos psicossomáticos*. Madrid: Interamericana.
- Seiffge-Krenke, I., & Shulman, S. (1990). Coping style in adolescence: A cross-cultural study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 351-377.
- Seiffge-Krenke, I. (1992). Coping behavior of finnish adolescents: Remarks on a cross cultural comparison. . *Scandivian Journal of Psychology*, 301-314.
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: more similarities than differences? *Journal of Adolescence*, 285-303.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping and relationships in adolescence*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seiffge-Krenke, I. (2011). Coping with relationship stressors: A decade review. *Journal of Research Adolescence*, 21(1), 196-210.
- Seiffge-Krenke, I., & Klessinger, N. (2000). Long term effects of avoidant coping on adolescents depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 617-630.

- Skinner, E., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 216-269. doi:10.1037/0033-2909.129.2.216
- Sommer, M. (2015). Addressing structural and environmental factors of Adolescent Sexual and Reproductive health in low and middle income countries. *American Journal of Public Health*, 73-81.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psicooncología. *Boletín de Psicología*, 73-85.
- Stein, J., & Nyamathi, A. (1999). Gender differences in relationships among stress, coping, and health risk behaviors in impoverished, minority populations. *Personality and Individual Differences*, 141-157.
- Steiner, H., Erickson, S., Hernández, N., & Pavelski, R. (2002). Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 326-335.
- Stern, C. (2007). El embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica. *Salud Pública de México*, 137-143.
- Stern, C., & Herrera, G. (2008). *Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México: El Colegio de México.
- Tamres, L., Janicki, D., & Helgeson, V. (2002). Sex differences in coping behaviour: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality of Social Psychology Review*, 2-30.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. Madrid: McGraw-Hill.
- Tejeda, E., Félix, F., Osasuna, C., Cazares, I., Gálvez, N., Ontamucha, D., & Orduño, G. (2002). Clima familiar relacionado con estrés en estudiantes de secundaria.

Memorias del 29 Congreso y 70 Asamblea del consejo del consejo nacional para la enseñanza e investigación en psicología., 221-230.

Teva, I., Bermúdez, M. P., & Buela-Casal, G. (2011). Búsqueda de sensaciones sexuales, estilos de afrontamiento, estrés social y su relación con la conducta sexual adolescente. *Anales de psicología*, 35-46.

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

Teva, I., Bermúdez, M., & Buela-Casal, G. (2009). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 305-316.

Teva, I., Bermúdez, M., Ramiro, M., & Ramiro-Sánchez, T. (2013). Analysis of sexual behavior in adolescents. *Current HIV Research*, 512-519.

Torres, L. (2007). Estrategias de afrontamiento en supervivientes de cáncer pediátrico. *Universidad Autónoma de México*.

Trianes, M. (2002). *Estrés en la infancia*. Madrid: Narcea.

Uribe, A., Orcasita, L., & Vergara, T. (2010). Factores de riesgo para la infección por VIH/sida en adolescentes y jóvenes Colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 11-24.

Uribe, J., Gonzáles, S., & Santos, P. (2015). Modelos explicativos del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes. *Acta de investigación psicológica*, 1904-1915.

Uribe-Alvarado, J., Bahamón, M., Reyes-Ruíz, L., Trejo-Herrera, A., & Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y práctica

sexual protegida en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 212-220. doi:10.14718/ACP.2017.20.1.10

Urzúa, A., & Jarne, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología*, 1-6.

Vaillant , C., Dandicout, T., & Mackensie, S. (2012). Prevención del embarazo en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 25-35.

Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E., Estrada, F., & De la Vara-Salazar, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 135-143.

Villegas-Castaño, A., & Tamayo-Acevedo, L. S. (2016). Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo para la salud sexual de adolescentes escolarizados, Medellín, Colombia, 2013. *Revista Médica Universidad de Antioquia*, 5-17.

Vinaccia, S., Quinceno, M., Gaviria, A., Soto, A., Gil, M., & Ballester, R. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/Sida en Adolescentes Colombianos. *Terapia Psicológica*, 39-50.

Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S., Golin, C., & Prinstein, M. (2014). Sexual communication between early adolescents and their dating partners, parents, and best friends. *Journal of Sex Research*, 731-741.

Yago Simón, T., & Tomás Aznar, C. (2015). ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes? *Progreso de Obstetricia y Ginecología*, 118-124.

Zanini, D., & Forns, M. (2004). Afrontamiento y psicopatología: Comparación entre adolescentes de la muestra general y subclínica. *Psiquiatría*, 8(2), 1-8.