

177
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES
Y CONDUCTA SEXUAL Y ANTICONCEPTIVA EN
ESTUDIANTES ADOLESCENTES

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

Carlos Vergara Salgado

Director de Tesis:
Araceli Lámbarri Rodríguez

Asesor de Metodología:
Raúl Tenorio Ramírez

MEXICO, D. F.

1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

27405



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Para la realización de este trabajo queremos expresar nuestro agradecimiento a las autoridades de los Colegios Ateneo Dr. Gustavo Baz y Tecnológico Universitario de México, por ofrecernos su apoyo al facilitarnos sus instalaciones, personal y población estudiantil.

De manera particular deseamos reconocer la valiosa colaboración de las siguientes personas:

Silvia de Luna Díaz de León
Rocio Troncoso González
Alicia Martínez López
Patricia Vargas Hernández
Guadalupe Granados de Loera

Queremos también dar nuestro más profundo agradecimiento al grupo de asesores de la facultad de psicología de la UNAM, por sus valiosas recomendaciones y sugerencias hechas a nuestro trabajo.

En especial, queremos mencionar a los profesores:

Araceli Lámbarri Rodríguez
Raúl Tenorio Ramírez
Patricia Paz de Buen Rodríguez
Margarita Molina Aviles
Patricia Sánchez Razo

INDICE

	Pág.
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
CAPITULO I <i>Los patrones de conducta sexual y anticonceptiva en la adolescencia.</i>	10
CAPITULO II <i>El embarazo y la maternidad en la adolescencia.</i>	33
CAPITULO III <i>El problema del aborto en la adolescencia.</i>	75
CAPITULO IV <i>El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en la adolescencia.</i>	100
CAPITULO V <i>Metodología</i>	140
CAPITULO VI <i>Resultados</i>	157
CONCLUSIONES	205
SUGERENCIAS	235
LIMITACIONES Y APORTACIONES	240
BIBLIOGRAFIA	243
ANEXOS	252

RESUMEN

En México y en muchas partes del mundo, el ejercicio de la sexualidad por parte de los jóvenes significa una gran preocupación para diversos sectores de la sociedad, principalmente por el inadecuado uso de los métodos anticonceptivos y la falta de responsabilidad en sus prácticas sexuales. traduciéndose esto en un incremento en el número de casos de adolescentes que padecen embarazos, matrimonios forzados, abortos inducidos y SIDA. Con el propósito de realizar intervenciones educativas exitosas en los diferentes sectores involucrados, es importante contar con información confiable acerca de los conocimientos sexuales con que cuentan nuestros adolescentes, así como poder evaluar sus actitudes y patrones de conducta sexual y anticonceptiva.

El presente trabajo pretende evaluar estos aspectos en 190 estudiantes de ambos sexos, de los niveles de preparatoria y licenciatura, y analizar estos resultados en un contexto más amplio, donde se posibilite una mayor comprensión de las diferentes problemáticas y riesgos que enfrentan los adolescentes, como son embarazos, aborto y SIDA.

Los resultados que se observan en este estudio descriptivo y preliminar coinciden en muchos aspectos a los reportados en otras investigaciones realizadas, como es la falta de conocimientos que sobre sexualidad tienen los adolescentes en nuestro país, actitudes ambivalentes y contradictorias hacia diversos temas sexuales, y en muchos de ellos, un inadecuado uso de los métodos anticonceptivos, lo cual significa ser considerados como grupo de alto riesgo de infección de SIDA.

INTRODUCCION

En México, de acuerdo a los resultados del XI Censo General de Población y Vivienda, la población de jóvenes en 1990 (personas de 15 a 29 años de edad), constituyó casi el doble de la registrada en 1970, correspondiendo al grupo de 15 a 19 años el 40% del total de la misma. En ese periodo la tasa de crecimiento de la población juvenil fue superior a la de la población total. Asimismo, se destaca el hecho de que la población del país es mayoritariamente joven, ya que la mitad de la población tiene entre 0 y 19 años de edad (INEGI, 1993a). Datos recientes de censos realizados en nuestro país, indican que para 1995, el grupo de jóvenes de 15 a 19 años asciende a más de diez millones (INEGI, 1997). Por otra parte, diversas fuentes resaltan la importancia que para el desarrollo mundial tiene la participación del grupo de jóvenes, al asignarles un papel protagonista en los procesos de cambio y transformación de las sociedades (INEGI, 1993a). De lo anterior se resalta la importancia de su estudio, el cual nos permitirá comprender mejor el comportamiento de estos adolescentes y jóvenes.

La sexualidad forma parte importante de la personalidad de los adolescentes. Rivera Aragón, Díaz Loving y Cubas Carlin (1994) señalan que "la sexualidad forma parte del individuo, y

se inicia con la vida; cambia, evoluciona y se enriquece con ella, de acuerdo a los factores ambientales que la rodean; esto, hace que se manifieste la sexualidad de acuerdo a la época y la cultura en la que se vive".

Por otra parte, son el grupo de jóvenes los que se encuentran en plena etapa reproductiva, con mayor capacidad y necesidad de relaciones sexuales más frecuentes (Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving, 1992; Alfaro Martínez, 1991). Al respecto, estudios realizados en los Estados Unidos (Hunt, 1974; Zelnik y Kantner, 1972; Sorensen, 1973; Zelnik y Kantner, 1976) reportados por Papalia (1990), señalan que la actividad sexual premarital entre los jóvenes se ha incrementado en las últimas décadas, principalmente en los grupos de adolescentes; indican también un aumento de relaciones sexuales a edades más tempranas y con un mayor número de compañeros sexuales para ambos sexos.

En México, existen indicadores que reflejan una tendencia similar a la de los Estados Unidos. Los datos censales de 1990 indican que más de la mitad de los jóvenes en México están casados o viven en unión libre, y que del grupo de 15 a 19 años, más del 10% del total están casados o en unión libre (INEGI, 1993a). Otros estudios muestran que en nuestro país, la mayor parte de la población empieza a tener relaciones sexuales

en la adolescencia (Pick de Weiss, Díaz Loving, Andrade Palos y Atkin, 1988; Pick de Weiss, Atkin, Gribble y Andrade, 1991) citados en Pick y Guivaudan, 1994. Los datos también indican que las adolescentes mexicanas están empezando a tener relaciones sexuales a edades más tempranas (Pick de Weiss, Díaz Loving y Andrade palos, 1988c).

Tomando en cuenta los datos mencionados, diversos estudios demuestran que un alto porcentaje de adolescentes sexualmente activos no toman las debidas precauciones en el manejo de sus relaciones sexuales, por lo que los riesgos de contagio de enfermedades de transmisión sexual, SIDA, embarazos no deseados, abortos y otros problemas de salud son también considerables en esta población (Díaz Loving, Pick de Weiss y Andrade Palos, 1988a; Alvarez Izazaga, Andrade Palos y Pick de Weiss, 1990; Flores Galaz y Díaz Loving, 1992; Villagrán Vázquez y Díaz Loving, 1992).

Por lo señalado anteriormente, se resalta la importancia de que los jóvenes tengan un conocimiento amplio acerca de su sexualidad y del tipo de prácticas sexuales que puedan ser consideradas más seguras y de menor riesgo, y para tal fin, es básico contar con estudios que ofrezcan información relevante acerca de los diversos factores y variables que están

determinando las actitudes y conductas sexuales de los adolescentes.

Relacionado con estos aspectos, en nuestro trabajo se realizó un estudio de tipo descriptivo en una muestra de estudiantes adolescentes de ambos sexos y de entre 15 a 20 años de edad, donde sus principales objetivos son, por una parte, el medir los conocimientos que tienen los adolescentes sobre algunas áreas de la sexualidad, como por ejemplo, anatomía y fisiología sexual, anticoncepción, relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Por otro lado, se busca identificar las diversas fuentes de información sexual utilizadas en el pasado de nuestros sujetos, así como aquellas que consideran importantes consultar en el presente y futuro. Asimismo, se pretende describir las actitudes que tienen este grupo de adolescentes sobre algunos temas específicos de la sexualidad, como por ejemplo, relaciones sexuales, anticoncepción, aborto, virginidad, embarazo, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Por último, se propone evaluar en este grupo algunas de sus conductas sexuales y anticonceptivas.

El trabajo teórico y documental del presente estudio se organizó en cuatro capítulos, tomando en cuenta para su

elaboración, la necesidad de vincular los estudios realizados por distintos investigadores, tanto nacionales como extranjeros, y desarrollados principalmente en poblaciones de jóvenes, acerca de los conocimientos, actitudes, experiencias sexuales y anticonceptivas y otros factores y variables psicosociales relevantes, con otros estudios que tratan problemas reales y concretos, como embarazos, maternidad, aborto y SIDA en estos grupos de jóvenes, y que representan una gran preocupación tanto a nivel mundial como nacional, y que por la trascendencia y las repercusiones sociales, económicas y de salud que tienen, son tratados por diversos sectores sociales. a través de los distintos medios de comunicación, con acalorada emotividad, poniendo de manifiesto en la mayoría de las ocasiones las diferencias, las posiciones partidistas y las actitudes y comportamientos hostiles y prejuiciados, sin llegar hasta el momento a presentar propuestas y soluciones lo suficientemente importantes para combatir sus efectos nocivos.

En el primer capítulo del trabajo se tratan aspectos importantes relacionados con algunos patrones de conducta sexual y anticonceptiva en la adolescencia, así como cuestiones sobre actividad masturbatoria y homosexualidad. En el segundo capítulo se analiza la problemática del embarazo y la maternidad en la adolescencia, presentándose cifras preocupantes

que indican los altos índices de chicas embarazadas, y donde muchas de ellas optan por tener a sus hijos en condiciones riesgosas para su salud y la de sus bebés, acompañados en muchos casos por un futuro incierto y poco prometedor. En el tercer capítulo, se aborda otro problema relacionado con el embarazo en las jóvenes, y se refiere a los casos en que las chicas deciden abortar, aún con todos los riesgos que representa para su salud, sobre todo en países como el nuestro, donde debido a la vigencia de su penalización, la mayoría de los abortos son practicados de manera ilegal y en condiciones poco higiénicas. En el siguiente capítulo, se trata el problema del SIDA, el cual preocupa de manera especial a la comunidad mundial. En este punto, se presentan cifras que nos alertan acerca de la gravedad del problema, principalmente en los grupos de jóvenes que corren el riesgo de padecerlo; asimismo, se analizan las diversas variables psicosociales que pueden estar incidiendo en el desarrollo de esta enfermedad. Más adelante, en el capítulo sobre metodología se describen las características de nuestro estudio, así como las limitaciones del mismo: resaltando su carácter descriptivo y preeliminar, el instrumento que se elaboró y la amplia cantidad de aspectos sexuales que se pretendieron medir. Los resultados incluyen

cuadros donde se analizan la diversidad de temas que son explorados en este trabajo. En las conclusiones se analizan los resultados a la luz de otros estudios, encontrándose coincidencias importantes que confirman la necesidad de instrumentar apovos educativos eficientes sobre temas de sexualidad, con metodologias afines a nuestras características de personalidad, para dirigirlos a los diversos sectores de nuestra sociedad que los requieren, principalmente a nuestra enorme poblacion de niños y jóvenes.

CAPITULO I

LOS PATRONES DE CONDUCTA SEXUAL Y ANTICONCEPTIVA EN LA ADOLESCENCIA

La población juvenil constituye un factor dinámico en el contexto social, económico y demográfico de las naciones y del mundo en su conjunto, ya que en el marco de las transformaciones que caracterizan cada época histórica, los jóvenes se presentan como protagonistas esenciales del cambio. De ahí la importancia que ha cobrado en la actualidad el estudio de los jóvenes en México, y en consecuencia la creciente necesidad de información sobre este grupo de población (INEGI, 1993a). Al respecto, se informa en la misma fuente, que la población de jóvenes (personas de 15 a 29 años de edad) de la República Mexicana en 1990 fue de 23.9 millones, cifra que constituye casi el doble de la registrada en 1970. En ese periodo de 20 años, la tasa de crecimiento de la población juvenil fue de 3.3% en promedio anual, superior a la tasa de la población total, que fue de 2.6%. Se indica además, que en términos relativos, los jóvenes representaron el 29.4% de la población total del país en 1990, proporción superior a la de

1970, cuando fue de 25.6%. Se resalta que del total de la población de jóvenes, el grupo de 15 a 19 años constituye el 40%. Por otra parte, datos recientes reportados en el Censo de Población y Vivienda, 1995 (INEGI, 1997), muestran el creciente número de jóvenes que viven en nuestro país. Del total de la población registrada en 1995 (91,158,290), el grupo de adolescentes de 13 y 14 años fue de 4,173,360; asimismo se informa que el grupo de 15 a 19 años, ascendió a 10,142,071, y que para los jóvenes de 20 a 29 años, las cifras fueron de 17,010,514.

Por otro lado, la sexualidad es considerada como un proceso fundamental del ser humano, y que reclama cada vez mayor interés y compromiso por parte tanto de especialistas como de la población en general (Pick de Weiss, 1996; Davis 1989). Al respecto, numerosos estudios indican que en muchos países la actividad sexual en los adolescentes se ha venido incrementado, generando preocupación en diversos sectores de la sociedad. Díaz Loving, Pick de Weiss y Andrade Palos (1988b), señalan que el problema de la actividad sexual desinformada está produciendo entre los adolescentes altos niveles de embarazos no deseados, transmisión de enfermedades venéreas, SIDA, abortos y madres solteras (temas que serán abordados en los siguientes capítulos de este trabajo). Por lo anterior, es de capital importancia el estudio de los patrones de comportamiento sexual y anticonceptivo de los adolescentes

//

en México, para el desarrollo de programas preventivos y de intervención en este campo (Díaz Loving, Fick de Weiss y Andrade Palos, 1988b; Odriozola Urbina e Ibañez Brambila, 1992).

En nuestro país, se menciona que poco se sabe de la conducta sexual y reproductiva de los jóvenes, y los contados estudios que se han llevado a cabo no han sido representativos de la población, pues se han hecho en grupos limitados como escuelas y clínicas (Monroy de Velasco y cols., 1986). De la revisión documental sobre investigaciones hechas sobre este tema en nuestro país, se pueden mencionar estudios realizados con diferentes poblaciones juveniles, como los grupos de estudiantes. Al respecto, algunos estudios realizados con estudiantes universitarios, reportan un alto porcentaje de hombre y mujeres que ya se han iniciado sexualmente. Aunque comparando a las mujeres con los hombres, éstas lo reportan con menor frecuencia. De la misma forma, mencionan que el hombre se inicia sexualmente a edad más temprana que la mujer (Odriozola Urbina e Ibañez Brambila, 1992; IMSS, 1981, en Rivera Aragón, Díaz Loving y Cubas Carlin, 1994). Datos muy similares son reportados por Díaz Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Cubas Carlin, Villagrán Vázquez, Camacho Valladares y Muñoz Campos (1992); en Rivera Aragón,

Díaz Loving y Cubas Carlin (1994), donde más del 50% de la población estudiada menciona haberse iniciado sexualmente, encontrándose que la edad promedio del debut sexual es a los 17.2 años. En otro estudio relacionado, realizado por Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992), se reporta que el 43.3% de su muestra de adolescentes ya han tenido relaciones sexuales, siendo en su mayoría ocasionales (53.3%). Estos resultados demuestran que la práctica y actividad sexual entre los adolescentes es común, aunque no se mantengan relaciones estables.

Otros estudios que confirman los resultados anteriores, son los realizados por Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1994), señalando que del total de la población de adolescentes que manifestaron haberse iniciado sexualmente, 71% son hombres y 29% son mujeres. A su vez, Pick de Weiss, Andrade Palos y Díaz Loving (1988), encontraron en una muestra de jóvenes entre 16 y 17 años, que casi la mitad ya habían tenido su debut sexual. Por su parte, Rivera Aragón, Díaz Loving y Cubas Carlin (1994), reportan en su estudio que la edad del debut sexual es durante la adolescencia con una media de 19 años, siendo los hombres los que se inician sexualmente a una edad más temprana que las mujeres, encontrándose, de igual manera que en otros estudios, una iniciación sexual premarital bastante alta. Estos mismos

investigadores, ofreciendo datos del Consejo Nacional de Población (1988), indican que la edad típica para el primer coito es entre 14 y 17 años para los hombres y entre los 16 y los 19 años para las mujeres. Resultados similares son reportados por Díaz Loving y Alfaro Martínez (1995), al señalar que el promedio de inicio de la vida sexual entre los estudiantes de preparatoria es a los 16 años, encontrando que son más hombres los que inician su vida sexual a una edad más temprana y tienen mayor número de parejas sexuales y mayor frecuencia de tener relaciones sexuales que las mujeres. Otro ejemplo es el de Monroy de Velasco y cols., (1986), quienes realizaron una investigación sobre conducta sexual y reproductiva en jóvenes de dos delegaciones de la ciudad de México. Entre los resultados de este estudio se observa que el 61% de los hombres de 15 a 24 años declararon haber tenido relaciones sexuales y sólo 40% de las mujeres las tenía, siendo la media de la edad de la primera relación sexual de 17.1 años para las mujeres y 15.8 para los hombres. Finalmente, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Díaz Loving y Camacho Valladares (1990), mencionan que los resultados de su estudio con estudiantes confirman la información obtenida por Díaz-Guerrero (1982), acerca de los roles sexuales en la cultura mexicana, en la cual al hombre se le permite y algunas veces se le fomenta un

comportamiento sexual a edad más temprana. Resaltan que la edad en la que se inician sexualmente coincide con las edades de ingreso a la universidad.

Con relación a investigaciones generadas en otras partes del mundo, se puede mencionar que son numerosos los estudios que sobre esta temática se han realizado en países desarrollados como los Estados Unidos. Sin embargo, es importante señalar que estos responden a características y condiciones socioculturales diferentes a las nuestras, y que hay que tener cuidado para no generalizar sus resultados a poblaciones con rasgos diferentes como los de los mexicanos (Díaz-Guerrero, 1996; Faure Olguín, 1993; Odriozola Urbina e Ibáñez Brambila, 1992).

Al respecto, un gran número de investigaciones realizadas en los Estados Unidos reportan cifras similares a las descritas anteriormente en nuestro país. Se observa que en la actualidad las relaciones prematrimoniales están mucho más generalizadas que en otros tiempos, y que la edad de la primera experiencia sexual desciende gradualmente. Relacionado con esto, se menciona que existen indicadores de que los adolescentes están empezando a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas (Chilman, 1983; en Pick de Weiss, Andrade Palos y Díaz Loving, 1988), y que la tasa de actividad sexual

adolescente se ha estado incrementando en las últimas décadas (Zelnik y Kantner, 1977; en Papalia, 1992). Por ejemplo, Hunt (1974), citado por Papalia (1992), proporcionó información acerca del comportamiento sexual, recogida en 1972, de más de 2,000 adultos en 24 ciudades de los Estados Unidos. La mitad de los hombres del estudio que habían asistido a la universidad informaron haber tenido relaciones premaritales hacia los 17 años y tres de cada cuatro hombres no universitarios habían tenido su primera experiencia coital hacia esa edad. En el caso de las mujeres, el nivel educativo era menos importante que el status marital en el momento de la encuesta. Entre las mujeres casadas, cerca de una entre cinco informaron haber tenido relaciones sexuales hacia los 17 años; una de cada tres mujeres solteras ya no eran vírgenes a los 17 años. Por otra parte, Levin (1975), en Masters y cols., (1987), refiriéndose al informe Redbook, indica que el 90% de las mujeres menores de 25 años afirmaron haber tenido relaciones prematrimoniales, y del conjunto de las mujeres objeto de estudio que se casaron entre 1970 y 1973, el 89% manifestó poseer esta misma experiencia.

Otros datos que confirman que se han producido muchos cambios en las actitudes y el comportamiento de las personas jóvenes en las últimas generaciones, los refiere Papalia

(1992), quien señala que cifras como las mencionadas anteriormente, revelan un gran incremento en las relaciones premaritales para el caso de ambos sexos, en comparación con los del pasado. Indica que las tasas de actividad sexual premarital en los hombres jóvenes se han duplicado a partir de la investigación de Kinsey (1953), y que los cambios más sorprendentes de todos se han dado entre chicas de todos los niveles educativos, sobre todo en mujeres entre 20 y 25 años. Por su parte, Masters y cols., (1987), señalan que en los últimos 30 años ha ido disminuyendo la edad del primer coito, en particular, en el caso de las jóvenes adolescentes. Mencionan dichos autores que en 1953, Kinsey y cols., dieron a conocer que solamente el 1% de las chicas de 13 años y el 3% de las de 15 años no eran vírgenes, y a los 20 años el porcentaje se había elevado tan solo al 20%. Veinte años más tarde, Sorensen (1973), citado por la misma fuente, encontró que casi la tercera parte de las chicas entre 13 y 15 años y el 57% de las comprendidas entre los 16 y los 19 no eran vírgenes. Continuando con Masters y cols., (1987), mencionan que Jessor y Jessor (1975), determinó que el 26,40 y 55 por ciento de las chicas de los tres últimos cursos de preparatoria respectivamente habían realizado ya el coito, y en un estudio aún más reciente, Zelnik y Kantner (1980), observaron que entre

1971 y 1979 el número de adolescentes solteras que habían tenido su primera experiencia coital se incrementó casi en un 33%. Otros hallazgos importantes referidos por Masters y cols., indican que los datos estadísticos relativos a la edad del primer coito entre los varones adolescentes presenta diferencias menos drásticas. Por ejemplo, Kinsey y cols., (1948), estimaron que el 15% de los muchachos de 13 años y el 39% de los de 15 años habían realizado el coito, y a los 20 años el porcentaje se elevaba al 73%. Sorensen (1973), estimó que el 44% de los adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 15 años, y el 72% de los que tenían entre 16 y 19 años poseían experiencia coital. Por su parte Zelnik y Kantner (1980), afirman que el 56% de los varones solteros de 17 años habían realizado el coito, y este porcentaje aumentaba al 78% en los adolescentes solteros de 19 años.

Otros resultados que se han encontrado en diversos estudios en cuanto a los roles de género, indican que los hombres y la mujeres jóvenes difieren en la naturaleza de sus impulsos sexuales y en su comportamiento sexual. Al respecto, Papalia (1992), afirma que los muchachos se excitan mucho más fácilmente que las chicas en diversas circunstancias, mostrando un menor control de sus impulsos, y que hacia los 15 años, la mayor parte de los muchachos tiene orgasmos dos o tres veces a

la semana, en su mayoría como consecuencia de la masturbación, de sueños sexuales y de caricias. Asimismo, menciona que los muchachos alcanzan su máxima capacidad sexual durante los últimos años de la adolescencia, y que aunque pueden permanecer sexualmente activos hasta la vejez, la tasa de actividad decrece gradualmente. Por otra parte, son sexualmente más activos que las chicas, comienzan más temprano, tienen más compañeras y tienen menos restricciones por parte de la sociedad. Con relación a las mujeres, señala que por lo general logran su máxima capacidad sexual hasta los treinta o cuarenta años, aunque esto pueda deberse más a razones psicológicas que fisiológicas. Otras diferencias importantes observadas sugieren que es probable que una joven tenga su primera relación sexual con un novio formal. También es probable que el muchacho la tenga con alguien a quien conoce por casualidad, manifestando menos probabilidad de insistir en tener el amor como prerrequisito para la sexualidad (Dreyer, 1982; Zelnik, Kantner y Ford, 1981; Zelnik y Shah, 1983; en Papalia y Wendkos, 1992). Al respecto, Monroy de Velasco y cols., (1986), observan en su investigación con adolescentes mexicanos, que casi todas las mujeres reportan haberlo hecho la primera vez con su novio o prometido, a diferencia de los hombres, que sobre la mitad indican haberlo hecho con amigas.

En los últimos treinta años han acontecido otros cambios referentes a la conducta sexual prematrimonial. Por ejemplo, se menciona que en los Estados Unidos ha descendido el número de jóvenes varones que se inician sexualmente con prostitutas antes de casarse, comparativamente con lo reportado por Kinsey y cols., (1948), quienes observaron que más de la tercera parte de los varones con estudios universitarios que a los 25 años seguían solteros, y el 54% de los adultos con estudios de enseñanza media, realizaban el coito prematrimonial con prostitutas (Hunt, 1975; Sarrel y Sarrel, 1979); en Masters y cols., (1987). En nuestro país, Monroy de Velasco y cols., (1986), indican en su investigación con jóvenes de la ciudad de México, porcentajes bajos, ya que sólo el 5% de los varones reportaron haberlo hecho con prostitutas.

De igual forma, el recurso a la sexualidad bucogenital entre jóvenes no casados, tanto hombres como mujeres, ha experimentado un auge espectacular en comparación con la época de Kinsey, ya que más del doble practican la felación y, en cuanto al cunnilingus, los índices se han disparado del 14 al 69 por ciento (Hunt, 1975; en Masters y cols., (1987). Asimismo, parece que en los últimos años se da un mayor grado de experimentación sexual prematrimonial en relación con los días de Kinsey. La gente está más predispuesta a probar un gran

número de posiciones coitales, drogas (sobre todo la marihuana) para realzar la sensualidad y los sentimientos sexuales, y el coito anal (Hunt, 1975; Levin, 1975; Hite, 1977; Sarrel y Sarrel, 1979), citados en la misma fuente.

Otros cambios que se observan en el comportamiento sexual prematrimonial, son también descritos por Masters y cols., (1987), quienes refiriéndose a diversas investigaciones, mencionan por ejemplo, la tendencia de las mujeres a mantener más experiencias sexuales con más compañeros que en el pasado; asimismo se observa un incremento en la frecuencia media del coito prematrimonial, sobre todo entre las mujeres. También se ha incrementado sustancialmente el número de mujeres que experimentan orgasmos en sus coitos prematrimoniales. Otro cambio que se observa en el comportamiento sexual prematrimonial es una mayor aceptación de la llamada cohabitación, es decir, la vida en común de una pareja heterosexual no unida en matrimonio. Al respecto, Odriozola Urbina e Ibáñez Brambila (1992), señalan en su estudio sobre actitudes y conducta sexual entre jóvenes universitarios mexicanos, que el 13% de su muestra manifestó cohabitar o haber cohabitado con su pareja, lo cual concuerda con los hallazgos de Henze y Hudson (1974). Cambios como los descritos

anteriormente, sugieren la intervención de factores positivos como pueden ser la mejora de la comunicación sexual y la disminución de las inhibiciones (Conger, 1980; Masters y cols., 1987). No obstante lo anterior, la influencia de la sociedad también puede inhibir y bloquear las posibilidades de expresión maduras y responsables de muchos de sus miembros, principalmente en el caso de las mujeres. Por ejemplo, Conger (1980), agrega que después de su primera experiencia sexual completa, las muchachas tienden a experimentar más sentimientos negativos, y que a menudo dicen sentir temor, culpa, preocupación y vergüenza en la primera ocasión; mientras que, más probablemente, los muchachos digan sentirse excitados, satisfechos y felices.

Entre las conductas sexuales más frecuentemente observadas en la vida de los adolescentes, se encuentra la masturbación; la cual es considerada como la primera experiencia de la mayoría de la gente joven y su práctica es casi universal. Sobre este tema, la investigación que se tiene en países como los Estados Unidos, muestra un aumento desde comienzos de la década de los 60 en el número de adolescentes que se masturban. A comienzos de 1970, el 50% de los chicos y el 30% de las chicas de menos de 15 años de edad dijeron que se masturbaban; a fines de 1970, las cifras han aumentado a 70% de los chicos y

a 45% en las chicas (Papalia y Wendkos, 1992). Con relación a lo anterior, Kinsey y cols., (1953) detectaron una marcada diferencia en cuanto a la incidencia de la masturbación en los varones y en las mujeres. Mientras que el 82% de los muchachos se había masturbado hasta alcanzar el orgasmo, entre las chicas sólo el 20% lo había hecho, y esta diferencia tan acusada se mantenía durante el resto de la adolescencia (Masters y cols., 1987). En un estudio más moderno, Sorensen (1973), citado en la misma fuente, observó que el 39% de las jóvenes adolescentes y el 58% de los muchachos adolescentes se había masturbado, y al parecer, al llegar a los 20 años las cifras se incrementan: 85% entre los varones y 60% entre las mujeres.

Como se ha podido observar en el grupo de las adolescentes, los datos recientes indican un aumento significativo en la incidencia de la masturbación en todas las edades, entre los doce y los veinte años (Conger, 1980). Al respecto, en fecha más próxima, en un estudio realizado por Kolodny (1980), citado por Masters y cols., (1987), con 580 mujeres entre los 18 y 30 años, indican que más de las tres cuartas partes se habían masturbado durante la adolescencia, lo que viene a confirmar la tendencia, que se observó en tiempos de Kinsey, hacia el aumento de la masturbación en las muchachas adolescentes. Sin embargo, generalmente las muchachas parecen masturbarse, o

aceptan hacerlo, sólo la mitad del número de veces que los muchachos. Otros datos importantes que reflejan algunas tendencias en los patrones de masturbación en adolescentes, indican por ejemplo, de que en la actualidad la masturbación entre los adolescentes está iniciándose a edades más tempranas que en el pasado (Conger, 1980). Asimismo, en la actualidad los adolescentes mayores (16 a 19 años de edad) y no vírgenes tienen más probabilidad de masturbarse que uno de 13 a 15 años de edad y vírgenes (Sorensen, 1973; en Papalia y Wendkos, 1992). Estudios relacionados reportan que la masturbación ocurre cerca de tres veces más entre quienes tienen experiencias de unión sexual o se acarician hasta alcanzar el orgasmo, que entre quienes carecen de dichas experiencias sexuales (Conger, 1980).

Por otro lado, la masturbación cumple en los adolescentes varias funciones de importancia, como son el alivio de la tensión sexual, el constituir una forma inocua de experimentación sexual, la mejora de la autoconfianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión y el estrés generales (Sorensen, 1973; Clifford, 1978; Barbach, 1980; Kolodny, 1980; citados por Masters y cols., 1987). Además, existen evidencias que muestran que en sociedades como

la norteamericana, las actitudes hacia el comportamiento masturbatorio de los jóvenes está cambiando. En la actualidad, numerosos especialistas no tachan la masturbación de conducta sexual impropia o degradante, sino que la conciben como una expresión normal del hecho sexual (Kinsey, Pomroy y Martin, 1948, 1953; Brashear, 1974; Gadpaille, 1975; De Martino, 1979; citados por la misma fuente). Asimismo, un mayor número de educadores recalcan que la masturbación es normal y saludable, que no puede dar como resultado un daño físico, que ayuda a la gente a aprender como dar y recibir placer sexual y que proporciona un medio de gratificación del deseo sexual sin entrar en una relación para la cual la persona no está emocionalmente lista (Olds, 1985; Reis, 1986; Sarrel y Sarrel, 1984; en Papalia y Wendkos, 1992).

No obstante lo anterior, también se observa en la mayoría de los países occidentales una extensa historia de fuerte reprobación relacionada con la masturbación, promovida por diversos grupos sociales (Conger, 1980). Citando algunos autores, Papalia y Wendkos (1992), señalan que ha habido muy poca investigación sobre ella, a pesar de que la mayoría de los adultos en sociedades como la norteamericana están más ansiosos de hablar acerca de esto que de algún otro aspecto de la sexualidad. Relacionado con lo mismo, diversos estudios indican

que la ansiedad y los sentimientos de culpa continúan causando estragos entre los adolescentes, y que muchos de estos se muestran todavía desazonados respecto a la masturbación y siguen preocupándose por los supuestos efectos perniciosos de este acto sobre la salud. Según el estudio de Sorensen (1973), el 55% de las chicas y el 45% de los chicos manifestaron haber sentido "a veces" o "con frecuencia" sentimientos negativos, y otros investigadores han venido a confirmar estas observaciones (Abramson y Mosher, 1979; Hass, 1979; en Masters y cols., 1987). Por otra parte, diversos investigadores consideran que en algunos casos la masturbación puede reflejar problemas de ajuste en los adolescentes; Se mencionan situaciones de quienes acuden a la masturbación no como un sustituto temporal del sexo real, sino como un sustituto total, o un refugio, de los esfuerzos por establecer relaciones satisfactorias con personas del sexo opuesto (Conger, 1980). Además, cada vez es más evidente que la falta de experiencia masturbatoria puede desembocar en trastornos psicosexuales, como la impotencia o la anorgasmia (Barbach, 1975; Hite, 1977; De Martino, 1979; Money, 1980; en Masters y cols., 1987).

La homosexualidad en los jóvenes es tan bien motivo de interés y preocupación de amplios sectores de la sociedad, y la importancia de su estudio radica principalmente en comprender

el papel que actualmente se le adjudica al grupo de homosexuales en la problemática del SIDA (este tema será tratado más ampliamente en el capítulo relacionado al SIDA en la adolescencia). Con relación al estudio de los patrones de conducta homosexual observados en países como los Estados Unidos, Kinsey y cols., reportaron acerca del número de homosexuales en aquel país que el 10% de los varones de raza blanca fueron más o menos exclusivamente homosexuales al menos durante tres años de su vida, en una edad comprendida entre los 16 y los 55 años; el 4% eran homosexuales absolutos, es decir, durante toda su vida. El 37% de los hombres blancos estudiados se habían visto involucrados al menos en algunos actos de homosexualidad, entre la adolescencia y la vejez. En la muestra femenina, Kinsey observó que al cumplir los 40 años, el 19% había tenido algún contacto erótico con otras mujeres, pero únicamente entre el 2 y 3 por ciento, eran mayoritaria o exclusivamente homosexuales durante toda su vida. Estos estudios pusieron de manifiesto que muy frecuentemente los adolescentes varones habían tenido al menos una experiencia homosexual, en tanto que el porcentaje de experiencias lésbicas entre muchachas era muy inferior (Masters y cols., 1987).

A pesar del hecho de que la homosexualidad es más visible hoy en día de lo que solía ser, con más gente que declara

abiertamente su interés sexual en gente del mismo sexo, la investigación indica que la conducta homosexual ha sido estable o ha declinado a través de los últimos 30 años, y su incidencia parece ser similar a cierto número de culturas (Chilman, 1980; Hayde, 1986; en Papalia y Wendkos, 1992). Estudios más recientes sugieren una disminución en el número de episodios homosexuales entre adolescentes. Por ejemplo, Sorensen (1973), citado por Papalia (1992), señaló que en Estados Unidos, sólo el 9% de todos los adolescentes (11% de los muchachos y 6% de las muchachas) informan haber tenido algún tipo de experiencia homosexual y sólo el 2% de los chicos y casi ninguna joven informó haber tenido experiencias homosexuales durante el mes anterior. Por su parte, Papalia y Wendkos (1992), en un estudio de adolescentes, sólo 3% de los chicos y 2% de las chicas tuvieron relaciones homosexuales corrientes, aun cuando cerca del 15% de los chicos y 10% de las chicas habían tenido tal contacto durante la adolescencia. Señalan que mucha gente joven, más chicos que chicas, tienen una o más experiencias homosexuales, generalmente antes de cumplir los 15 años. En otro estudio, Hass (1979), en Masters y cols., (1987), informó que el 11% de las chicas adolescentes y el 14% de los varones investigados habían tenido al menos una relación sexual con personas del mismo sexo, aunque puntualizó que probablemente el porcentaje era más elevado, debido a que muchos de los que

respondieron al cuestionario no consideraban los "juegos" preadolescentes como actos sexuales. Al respecto, conviene tener presente que un encuentro aislado entre dos adolescentes del mismo sexo o una pauta efímera de actividad homosexual no basta para afirmar que el individuo tenga una inclinación de este tipo (Masters y cols., 1987).

Como se ha podido observar, Kinsey determinó que la mayoría de los adultos son más o menos exclusivamente heterosexuales, y que a pesar de las opiniones contrarias, la heterosexualidad y la homosexualidad no son estados mutuamente exclusivos. Una pequeña minoría, quizá de no más de un dos o tres por ciento, son exclusivamente homosexuales; también se afirma que aunque la mayoría de los adolescentes que han tenido experiencias homosexuales adoptan un estilo de vida heterosexual, una cuarta parte se encuentran entre ambos grupos (Conger, 1980). Con relación a lo anterior, Masters y cols., (1987), mencionan que en los últimos quince años se ha estudiado y escrito mucho sobre la homosexualidad, pero muy poco en torno al hecho de la bisexualidad, por lo que resulta difícil precisar cuál es el porcentaje de bisexuales en la sociedad actual. Señalan que en los estudios de Kinsey, se estimó que el 9% de las mujeres solteras de 30 años podían clasificarse entre los grados 2 y 4 de la escala valorativa de la condición heterosexual-

homosexual, en tanto que el 16% de los hombres solteros de 30 años podían entrar en la misma apreciación. No obstante, estos datos pueden exagerar la incidencia activa de la bisexualidad, que se presume inferior al 5%.

Por otra parte, no existe un acuerdo unánime sobre las causas determinantes de la homosexualidad, más bien, existen muchas teorías con muy pocos conocimientos concretos al respecto. Masters y cols., (1987), señalan sobre el tema, que hay quienes defienden la existencia de un origen biológico: factores genéticos, exposición a ciertas hormonas en la fase prenatal, desequilibrios hormonales. Agregan que otros especialistas de orientación psicoanalítica la atribuyen a una anomalía en el proceso de la evolución psicosexual del niño, donde se considera que la homosexualidad es una fijación en un estadio inmaduro de dicha evolución, y que es consecuencia de haber tenido un padre pasivo y débil y una madre dominante y sobreprotectora. Según la teoría del aprendizaje, la orientación sexual depende en parte de la índole de las primeras experiencias sexuales. Indican que no hay pruebas sólidas que respalden ninguna de tales teorías, tal vez porque existen diferentes tipos de homosexualidad, cada uno de los cuales se genera de manera distinta. A su vez, Conger (1980), menciona que en las jóvenes hay una serie de factores que

pueden contribuir a mostrar inclinaciones homosexuales; por ejemplo, una educación sexual que haga que ellas consideren peligrosos, amenazantes o sucios a los hombres o, por el contrario, débiles e insuficientes; o el caso donde el padre, aunque en el exterior parezca puritano, sea un seductor sutil y estimule una relación demasiado estrecha consigo mismo. Sin embargo, en la actualidad se observa una mayor tendencia a pensar que la homosexualidad es, básicamente, una consecuencia de ciertos episodios posnatales; se admite también la posibilidad de que la programación prenatal desempeñe un papel de primer orden en la génesis de la homosexualidad (A.P Bell, Weinberg y Hammersmith, 1981; Durden-Smith y DeSimone, 1982; en Papalia y Wendkos, 1992; Masters y cols., 1987).

Finalmente, para concluir este capítulo, es importante mencionar que el estudio del comportamiento sexual en los jóvenes no se limita a lo anteriormente expuesto. Númerosos estudios que serán abordados de manera amplia en los subsecuentes capítulos, están referidos a la investigación sobre los patrones de conducta anticonceptiva, donde por ejemplo, diversos autores afirman que el uso de anticonceptivos en la población de adolescentes que se inician sexualmente por primera vez, es muy baja y que son altos los riesgos de embarazos y abortos, ocurridos en los primeros meses de

relación. Se estudia también la autopercepción de riesgo de contagiarse de SIDA y su relación con el uso de condón. Por otra parte, el estudio acerca de los conocimientos y actitudes que presentan los adolescentes es fundamental para proveer a la población de información adecuada que les permitan cambiar muchas de sus conductas sexuales que puedan ser consideradas de alto riesgo, como en casos de embarazos, abortos y SIDA. Además, también se tratarán en los siguientes capítulos, el estudio de algunos de los factores psicosociales, que son considerados importantes en la incidencia de muchas de las conductas relacionadas con los problemas de embarazo, maternidad, aborto y SIDA, como por ejemplo, la influencia de la educación, la pareja, la familia, la personalidad y otras variables sociales significativas.

CAPITULO II

EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Existe una creciente preocupación a nivel mundial por las cifras alarmantes que se manejan con relación a este problema. Diversas fuentes indican que en nuestro planeta ocurren anualmente medio millón de muertes relacionadas con embarazo y parto, 80% de las cuales acontecen en países en desarrollo (AbouZahr y Royston, 1992; citados por Carrasco y cols., 1994). Los riesgos y problemas psicosociales y de salud, así como el adverso contexto social y económico en el cual se presentan los embarazos en adolescentes, han sido reiteradamente señalados por la Organización Mundial de la Salud (Friedman y Edstrom, 1983; citados en Díaz Loving, Pick de Weiss y Andrade Palos, 1988b). Al respecto, Ibañez Brambila (1984), menciona que en la época actual, la madre soltera que se observa con mayor frecuencia es la joven adolescente. Indica que este hecho tiene consecuencias demográficas, económicas y sociales que han cobrado una importancia inusitada. Agrega que a pesar de que muchos países han logrado controlar el ritmo de crecimiento de su población, no han podido controlar el problema que les

ocasiona el embarazo adolescente. A su vez, Paraño y Díaz (1988); citados por Faure Olguin (1993), mencionan entre las principales consecuencias del embarazo en adolescentes, los riesgos de salud para ella y su hijo, abandono escolar, menores oportunidades de empleo y mayores obstáculos en el desarrollo personal. Por otra parte, los nacimientos de adolescentes ocasionan un crecimiento acelerado de la población porque reduce el periodo de tiempo que transcurre entre una generación y la siguiente y, además, la tendencia general de la adolescente es de tener un número elevado de embarazos, cortos intervalos entre los nacimientos y familias numerosas (Mc Carthy, 1981; Namerou et. al., 1982; Population Reports, 1976, 1980; en Ibañez Brambila, 1984); (The Alan Guttmacher Institute, 1990; en Faure Olguin, 1993).

Este problema no es específico de los países en vías de desarrollo, también en países como los Estados Unidos se han realizado numerosos estudios que indican preocupación. Al respecto, Masters y cols., (1987), reportan que todos los años se dan en ese país más de un millón de embarazos de muchachas adolescentes. Citando los datos estadísticos ofrecidos por el Instituto Alan Guttmacher (1981). y Zeinik, Kantner y Ford (1981), indican cifras alarmantes, como el que todos los años se reportan 30,000 embarazos entre muchachas menores de 15 años; que seis de cada diez adolescentes que son madres antes

de los 17 años volverán a quedar embarazadas antes de cumplir los 19 años, y que la tasa de nacimientos en este sector de la población es la más alta del hemisferio occidental. Por su parte, Craig (1997), señala que aunque el índice de natalidad para todos los adolescentes estadounidenses ha disminuido de manera ligera, la proporción de bebés nacidos fuera del matrimonio se ha incrementado. Indica, refiriéndose a los datos ofrecidos por National Center for Health Statistics (1987), que cada día quedan preñadas unas 2,700 adolescentes en aquel país, y el número de bebés de madres solteras jóvenes se cuadruplicó entre 1940 y 1985. Otro datos indican que en la actualidad más de un millón de muchachas se embaraza al año; de ellas, más del 65% son solteras, y sólo la mitad completa la gestación, pues alrededor de: 40% de los productos es abortado y el otro 10% no se logra (Brooks-Gunn y Furstenberg, 1989; Sonenstein, 1987; en Craig, 1997). Por su parte, Papalia (1992), advierte que en el grupo de las jóvenes entre los 13 y los 19 años solteras está aumentando el índice de natalidad. Citando diversas fuentes, esta autora señala que durante las últimas décadas se han incrementado los nacimientos en Estados Unidos fuera del matrimonio, en 75% entre adolescentes más jóvenes y en 33% entre las de 18 a 19 años; agrega que una de cada diez chicas estuvo embarazada hacia los 17 años; una de cada cuatro, hacia

los 19, y ocho de cada diez no estaban casadas en el momento de la concepción. Otros datos preocupantes reportados por The New York Times (1977); Mothner (1977); citados por la misma fuente, informan que en Estados Unidos un tercio de los abortos se practica a adolescentes, y que más de la mitad de jóvenes embarazadas continúa con su embarazo hasta que nace el bebé; agregan que las madres adolescentes dan a luz a una quinta parte de los niños estadounidenses, y la mitad de todos los nacimientos ilegítimos.

Por otra parte, Faure Olguín (1993), observa que los hallazgos de estas investigaciones, realizadas principalmente en los Estados Unidos, no son aplicables en su totalidad a nuestra población mexicana, debido a que la nuestra posee características socioculturales específicas que la hacen única y más afín a naciones latinoamericanas. Al respecto, Carrasco y cols., (1994), señalan que el embarazo entre adolescentes es un problema cada vez más común en los países latinoamericanos.

En México, al igual que en muchos otros países, el embarazo en la adolescencia es un grave problema de salud pública. Según los datos del Consejo Estatal de Población (CONEPO), citados por Carrasco y cols., (1994), se estima, con base en la información obtenida del Censo Nacional de Población y Vivienda

de 1990, que el porcentaje de fecundidad en las mujeres de 15 a 19 años se ha elevado en la presente década hasta alcanzar el 12.49%, casi el doble presentado en la década de los 60's. Estos datos permiten entrever un incremento en el número de nacimientos de hijos de madres adolescentes. A pesar de no ser reciente, el fenómeno de la fecundidad en menores de 20 años a cobrado atención especial a partir de la década de los setentas. La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud realizada en 1987, indica que del total de hijos nacidos vivos, el 17% son de madres entre los 15 y 19 años de edad (Alvarez Izazaga, Andrade Palos y Pick de Weiss, 1990). Por su parte, Pick de Weiss (1996), advierte que en naciones como México donde el 51% de la población se ubica dentro del rango de edad con potencial reproductivo (alrededor del 11.5% tiene entre 15 y 19 años de edad), la carencia de atención a estos aspectos lo convierte en un país especialmente vulnerable a presentar los efectos nocivos de una explosión demográfica no controlada.

Datos reportados por el INEGI (1996), indican que desde 1980 a 1993, se tiene que el número de nacimientos registrados ha aumentado en un 17%, alcanzando en este último año los 2,839,686 casos nacidos vivos. La distribución de los nacimientos según los grupos quinquenales de edad de la madre a

la fecha del nacimiento, revela a nivel nacional, una concentración del 16% de éstos en el grupo de menores de 20 años. Otros datos significativos (INEGI, 1993b), informan que en 1990, la población femenina de 12 a 14 años que declaró tener o haber tenido hijos nacidos vivos fue de 12,720 personas; lo cual significa que de cada mil mujeres de esas edades, cuatro han tenido hijos nacidos vivos.

Entre las consecuencias estrechamente vinculadas con los embarazos de las adolescentes están las relacionadas con la salud de la madre y del hijo. Desde el punto de vista médico, todo embarazo adolescente es considerado un embarazo de alto riesgo tanto por la elevada incidencia de complicaciones obstétricas, como por los riesgos de morbilidad y mortalidad materna, fetal e infantil, que lo caracterizan (Ibañez Brambila, 1984). Menciona esta autora que los riesgos de mortalidad para la madre incluyen: anemia, toxemia, infecciones del aparato urinario, disfunción uterina, desproporción cefalopélvica y complicaciones en el trabajo de parto. Mientras que los riesgos de morbilidad para los hijos de madres jóvenes son, entre otros, prematuridad, bajo peso al nacer y mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (Aznar y Lara, 1967; David, 1981; Russell, 1981; en Ibañez Brambila, 1984).

Por su parte, Carrasco y cols., (1994), refiriéndose a diversas investigaciones, agregan que entre los riesgos señalados para el embarazo entre adolescentes se mencionan los desórdenes hipertensivos, eclamsia, toxemias y preclamsia; partos prematuros, bajo peso al nacer, alto riesgo de morbilidad y mortalidad; partos complicados, abortos, enfermedades de transmisión sexual, desproporción cefalopélvica y deterioro en el estado de nutrición a lo largo del proceso perinatal.

Los riesgos de tipo médico son mayores en las adolescentes muy jóvenes (comprendidas entre los 13 y 16 años), que en la mujer adulta. Al respecto, Smith y Mumford (1980); McCormick, Shapiro y Starfield (1981); en Masters y cols., (1987), indican que los bebés que tienen estas madres muestran por lo general un peso inferior al normal, y las posibilidades de muerte durante la lactancia, son casi el doble que en los hijos de mujeres mayores de 20 años. Por otra parte, Fielding (1978) y Hellman (1981); citados por la misma fuente, señalan que las madres adolescentes tienen gestaciones más complicadas, con particular incidencia de abortos, toxemia y hemorragia, así como mayor riesgo de muerte que las gestantes mayores de 20 años. Según Mckenry y cols., (1979); en Papalia y Wendkos (1992), las madres jóvenes tienen el doble de probabilidad de dar a luz bebés de bajo peso y bebés prematuros, así como de

dos a tres veces más de probabilidades de tener bebés que mueren durante el primer año y 2.4 veces más probabilidades de tener hijos con problemas neurológicos. Asimismo, estudios llevados a cabo en México muestran que los embarazos durante la adolescencia pueden ocasionar graves problemas fisiológicos (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1984; en Pick de Weiss, Diaz Loving, Rivera Aragón, Flores Galaz y Andrade Palos, 1987). Un ejemplo que concuerda con los reportes de diversos autores acerca de que el embarazo adolescente aumenta la incidencia de complicaciones maternas y fetales en el embarazo y parto, es la investigación de Ibañez Brambila (1984), realizada en un grupo de adolescentes mexicanas. En cuanto a los resultados de éste estudio, se puede comentar que en relación al diagnóstico médico, se encontró un 67% de complicaciones obstétricas incluyendo cesárea, uso de fórceps, parto prematuro, aborto y niños nacidos muertos.

No obstante lo anterior, investigaciones recientes parecen indicar que una razón fundamental para los problemas de salud de las madres adolescentes y de sus niños es social y no médica. En dos estudios a gran escala hechos en hospitales universitarios, uno estadounidense y uno danés, los embarazos de adolescentes fueron mejores que los de cualquier otro grupo de edad, lo que llevó a sus autores a la conclusión de que las

adolescentes embarazadas que pueden tener desde el comienzo y en forma regular atención médica de alta calidad, lo más probable es que los embarazos y los partos en este grupo de edad no impliquen riesgo médico mayor al de aquellas mujeres que están en el tercer decenio de su vida (Mednick y Sutton-Smith, 1979; en Papalia, 1992). Al señalar la falta de asistencia social médica, S.S. Brown (1985); citado por Papalia y Wendkos (1992), agrega que muchas madres adolescentes son pobres, no comen apropiadamente y reciben cuidado prenatal deficiente o ninguno.

En relación al tipo de lugar en el que la madre recibió atención al parto, se puede tener una idea de la calidad de la atención prenatal y obstétrica. En México, datos reportados por INEGI (1996), destacan que del grupo de hasta 20 años, del total de madres registradas (454,920), sólo 318,088 (70%), obtuvo atención en hospitales o clínicas oficiales o privadas. Lo anterior indica que un importante número de nacimientos no sucede en condiciones sanitarias más deseables, tratándose de mujeres sin derecho al uso de servicios hospitalarios oficiales y, en ocasiones, sin poder económico para pagar los servicios en un hospital privado. La atención hospitalaria durante el parto, posibilita en cierto modo la ocurrencia de partos menos

riesgosos que los atendidos en domicilios particulares, y redonda en la disminución de las muertes maternas e infantiles consideradas evitables. Se menciona además, que la relación de las variables "nivel de escolaridad" y "lugar de atención del parto" es directamente proporcional, pues a mayor nivel escolar de las madres, se observa una mayor atención de los partos en hospitales o clínicas.

Entre los diversos factores psicosociales investigados que están vinculados con el embarazo y la maternidad en la adolescencia, se incluyen los aspectos educativos y las consecuencias adversas para que la joven adolescente pueda continuar estudiando y lograr sus metas personales. Al respecto, (Duby, 1980; Njogu, 1980; Rosenfield, 1981; citados por Ibañez Brambila, 1984), señalan que el embarazo en la adolescencia representa una de las principales razones por las que las jóvenes abandonan la escuela en México y en el resto del mundo. Por otro lado, al verse imposibilitada para completar su educación, la joven adolescente debe desistir de hacer una carrera profesional, por lo que sus posibilidades de un trabajo satisfactorio y bien remunerado se ven muy limitadas.

Numerosos son los estudios que confirman lo anterior, por ejemplo, Furstenberg (1976); en Papalia (1992), comparó las

experiencias de vida de 400 chicas que habían sido madres a los 17 años, con sus compañeras de clase que no habían estado embarazadas en la temprana adolescencia. Casi todas las madres jóvenes dijeron que deseaban finalizar sus estudios de la secundaria, pero la mitad no lo hizo, lo que arrojó una tasa de deserción escolar cinco veces mayor que entre sus compañeras de clase. Por otra parte, Papalia y Wendkos (1992), indican que es muy difícil determinar las razones precisas del abandono de la escuela, sin embargo, citando datos del National Center for Educational Statistics (1983), señalan entre las razones que dan un grupo de jóvenes para abandonar la escuela preparatoria, a sus planes matrimoniales o al matrimonio, porque sentían que la escuela no era para ellas, a las bajas calificaciones, el embarazo y a un empleo. Más de la mitad de las chicas atribuyeron el abandono de la escuela a causas del embarazo o matrimonio. Por otra parte, Papalia y Wendkos (1992), citando el mismo estudio de Furstenberg (1976), mencionan que 80% de jóvenes embarazadas de 17 años y menos, y 90% de 15 años y menores, nunca terminan la escuela secundaria. Después de cinco años, sólo el 48% de las madres jóvenes conservaba sus empleos, en comparación con el 63% de sus compañeras de clase. Entre ellas había una probabilidad tres veces mayor de depender de los servicios de bienestar del gobierno al encontrarse

desempleadas, comenzando y siguiendo un ciclo de dependencia que acaba con su motivación en el trabajo y en su vida personal. Al respecto, Johnson (1974); en Ibañez Brambila (1984), afirma que la condición de madre adolescente contribuye a la iniciación y/o perpetuación de las condiciones de pobreza. Lo anterior también es resaltado por otros autores, que mencionan que no es de extrañar que las madres adolescentes constituyan un contingente importante en las estadísticas de personas indigentes o en precaria situación económica y que muchas vivan prácticamente de los subsidios y prestaciones oficiales (Moore et al., 1979; Alan Guttmacher Institute, 1981; McGee, 1982; en Masters y cols., 1987). Ortigosa (1992); citado por Carrasco y cols., (1994), agrega a los riesgos sociales del embarazo ya mencionados, como deserción escolar e incorporación temprana a las actividades laborales, las de hijos ilegítimos, prostitución y acoso sexual.

Sobre los mismos aspectos, es importante señalar que para algunos adolescentes, la deserción escolar antecede al embarazo. En este sentido, el momento en el cual se abandona la escuela pudiera ser un indicador importante para determinar el futuro de la adolescente y probablemente refleje diferencias en cuanto a características psicosociales previas al embarazo, incluyendo habilidades académicas, así como aspiraciones

futuras (Molina y Romero, 1987; en Estevez y Atkin, 1990). Estos autores agregan que las posibilidades de continuar los estudios durante y después del embarazo dependerán en gran parte de estas mismas características previas, pero también estarán determinadas por la calidad del apoyo social, especialmente familiar, que la adolescente reciba. Por lo anterior, es importante describir aquellos factores que distinguen entre las adolescentes que continúan estudiando aún embarazadas, las adolescentes que abandonan la escuela durante su embarazo y de las que dejan sus estudios antes de haberse embarazado. Al respecto, Estevez y Atkin (1990), realizaron una investigación con 203 adolescentes embarazadas, de cuyos resultados se puede decir que el embarazo en la adolescencia provoca en la mayoría de los casos la interrupción de los estudios al menos temporalmente y que son muy pocas las adolescentes que continúan estudiando a pesar de su embarazo. Acerca de estas jóvenes que continuaron sus estudios durante el embarazo, las investigadoras las describen con menos motivación para ser madres en este momento de sus vidas pero que, ante el hecho del embarazo, sus características de personalidad les permiten adaptarse y mantener su optimismo. Agregan que la percepción menos favorable que ellas tienen del apoyo de sus familias de origen probablemente refleja la inconformidad de éstas ante el temor de que sus altas expectativas para sus

hijas no se vean realizadas. Es importante mencionar que todas las adolescentes del estudio reciben algún apoyo social en términos instrumentales. En el subgrupo que dejó la escuela antes del embarazo, que es más numeroso y presenta mayores desventajas, las chicas no parecen haber percibido de manera tan inconveniente el embarazo ya que ellas y sus padres no anticiparon las consecuencias del mismo. Mencionan las investigadoras que posiblemente la maternidad representa una de las pocas alternativas que perciben, lo cual no cambia de forma radical sus perspectivas futuras. Que aunque puedan aceptar con mayor facilidad la maternidad, probablemente tendrán menos motivación y recursos para reanudar sus estudios. En este sentido, sus bajas expectativas académicas se cumplen y sus alternativas se ven truncadas. Finalmente, en esta investigación se menciona que el subgrupo más numeroso posee características intermedias entre los dos extremos, por lo que resulta más difícil caracterizar a estas adolescentes. Señalan que es probable que diferencias intragrupalas en términos de otras variables serán de mayor importancia para conocer el futuro de este subgrupo. Por otra parte, la vida del padre joven es afectada también. Un muchacho que es padre antes de los 18 años tiene dos quintos de probabilidad de graduarse en la escuela preparatoria en comparación con el muchacho que pospone el ser padre hasta una edad posterior (Card y Wise, 1978; en Papalia y Wendkos, 1992).

Por otro lado, también se han estudiado otras variables que pueden estar influyendo de manera importante en las conductas de las adolescentes para embarazarse, como los aspectos cognoscitivos y los niveles de escolaridad que presentan éstas. Al respecto, Faure Olguín (1993), señala diversos estudios que coinciden que niveles bajos de escolaridad pueden estar relacionados con un cociente intelectual bajo o con problemas de aprendizaje. Sugieren además que la habilidad de planeación de la adolescente embarazada era deficiente. De lo anterior, se resalta el nivel de escolaridad como una variable importante que influye en la reducción de la fecundidad de manera favorable, pues permite un mayor acceso a la información acerca de la planificación de la familia, la higiene y los cuidados materno infantiles (INEGI, 1996). Sobre aspectos relacionados con la educación sexual en esta población de jóvenes, Ibañez Brambila (1984), citando diversas investigaciones, reporta bajos niveles de educación sexual, falta de información sobre anticoncepción y de acceso a ella. De igual manera, Faure Olguín (1993), informa sobre estudios realizados que indican que las jóvenes embarazadas tenían escasos conocimientos sobre sexualidad humana y que usaban poco los anticonceptivos. A su vez, Ibañez Brambila (1984), reporta en su estudio con adolescentes embarazadas, que en cuanto al conocimiento acerca de la ovulación apenas una pequeña porción de la muestra

estudiada tenía tal conocimiento y en casi la mitad de esos casos éste era inexacto. En cuanto al conocimiento acerca de la anticoncepción, el 9.5% no pudo mencionar ningún método anticonceptivo, el 6.5% no había oído hablar de planificación familiar y los métodos de control natal. No obstante, entre las jóvenes que sabían algo sobre los métodos anticonceptivos, el número promedio de métodos que mencionaron fue de tres, siendo los más frecuentes las pastillas, el condón y las inyecciones. Por otro lado, se encontró un nivel muy bajo de uso de anticonceptivos. Sobre los mismos aspectos, Masters y cols., (1987), mencionan que en los Estados Unidos, sólo una tercera parte de los centros de bachillerato superior imparten cursos de educación sexual, y que sólo alrededor de un 10% de los padres hablan de sexualidad con sus hijos más allá del "no se hace". Por otra parte, un estudio llevado a cabo por Zelnik y Kim (1982); citados por la misma fuente, indica que aquellas adolescentes sexualmente activas que han seguido cursos de educación sexual tienen menos embarazos que las muchachas sin conocimientos sobre el tema. Asimismo, diversos estudios han revelado que es más probable que quienes han tomado clases de educación sexual utilicen anticonceptivos (Fielding y Williams, 1991; en Craig, 1997).

Como se observado a lo largo de este trabajo, el estudio de los patrones de conducta sexual y anticonceptiva en los adolescentes es un factor fundamental para comprender muchos aspectos relacionados con la sexualidad de los jóvenes, tanto en sus manifestaciones normales como en situaciones problemáticas y de riesgo, como se demuestra por ejemplo, en los temas del SIDA y el aborto que son tratados en otros capítulos de este trabajo. Sobre el tema del embarazo y nacimientos en este grupo de adolescentes, se han realizado numerosas investigaciones. Al respecto, hallazgos recientes revelan que las jóvenes están en riesgo de embarazo, particularmente durante los pocos meses iniciales en que comienzan a tener relaciones sexuales, dándose la mitad de los primeros embarazos premaritales adolescentes en los seis meses iniciales y uno de cada cinco durante el primer mes después de comenzar a tener relaciones sexuales (Zabin, Kantner y Zelnik, 1979; en Papalia, 1992). Lo anterior tiene sentido cuando se menciona que dos tercios de los adolescentes sexualmente activos no siempre usan control natal, y 27% nunca lo usan (Papalia y Wendkos, 1992). Otras fuentes indican que alrededor de tres de cada 10 adolescentes sexualmente activas no usan anticonceptivos (Fielding y Williams, 1991; en Craig, 1997).

Las razones más comunes que explican estos hechos son la ignorancia sobre aspectos de la reproducción, la falta de responsabilidad ante las actividades sexuales o los sentimientos pasivos acerca de la vida (Dreyer, 1982; en Craig, 1997). Por su parte, Louis Harris y Associates (1986); citados en Papalia y Wendkos (1992), al buscar conocer las opiniones de los adolescentes estadounidenses acerca de por qué quedan embarazadas las adolescentes, encontraron que la razón más común dada es que no esperan tener una relación y, por consiguiente, no la preparan. Cuando los entrevistadores de Harris preguntaron por qué otros adolescentes, no los entrevistados, no usaban anticonceptivos, oyeron una historia diferente. Cerca del 40% dijeron que los jóvenes preferían no usar control de natalidad, no pensaban acerca de esto, no les importaba y disfrutaban más del sexo sin él, o que las chicas querían quedar embarazadas. También mencionaron falta de conocimiento acerca del tema o de acceso a los anticonceptivos (25%), les daba vergüenza usar anticonceptivos o temor de que sus padres se dieran cuenta de que eran sexualmente activos (24%), o pensaban que a ellas no les sucedería eso de quedar embarazadas (14%). Por su parte, Papalia y Wendkos (1992), agregan que algunas adolescentes sienten aversión a intervenir con la espontaneidad del acto sexual porque parecerían estar muy bien preparadas. Otras creen que usar anticonceptivos es

muy problemático u olvidan tomar las medidas adecuadas. Algunas piensan que esto es responsabilidad del hombre, mencionan además estos autores que, puesto que tienen acceso al aborto legal, algunas creen que después pueden elegir esta alternativa.

Otras razones que explican las causas por las que las adolescentes se embarazan, se refieren al manejo de la doble moralidad por parte de un gran número de jóvenes, donde ambos sexos tienden a ver al hombre como agresor sexual y a la mujer como la única responsable de limitar los intercambios (Craig, 1997). Con relación a lo anterior, Furstenberg (1976), citado por Papalia (1992), menciona que cerca de la mitad de las jóvenes embarazadas que participaron en dicho estudio, dijeron que para una mujer era muy importante esperar hasta el matrimonio para tener actividad sexual. Sin embargo, este investigador explica que muchas de las jóvenes profesaban lealtad a un código al cual eran incapaces de adherirse; y que esta ambivalencia hacia especialmente difícil para dichas mujeres enfrentarse con las consecuencias de su comportamiento sexual. Con relación a la mujer mexicana, Alvarez Izazaga, Andrade Palos y Pick de Weiss (1990), citando a Díaz-Guerrero (1972), mencionan que el rol de la mujer, está todavía altamente determinado por actitudes tradicionales, especialmente en lo que se refiere a la relaciones sexuales.

Por otro lado, Alvarez Izazaga, Andrade Palos y Pick de Weiss (1990), citando diversos autores, indican que son pocos los estudios que se han llevado a cabo sobre patrones sexuales y conducta reproductiva en varones, y que estos, básicamente han estado enfocados al uso de métodos anticonceptivos y a los factores de falla. Agregan que casi todos los estudios con varones, han sido llevado a cabo en países en los que las características y factores condicionantes son muy diferentes de los de México. Estos mismos investigadores, al estudiar el comportamiento de jóvenes que han y no han embarazado a una adolescente, mencionan entre sus resultados, que con respecto a la conducta anticonceptiva, se observa que el grupo que no ha embarazado a una adolescente y tiene una vida sexual activa es el que más ha usado anticonceptivos. Sin embargo, agregan que uno de los métodos que más usan es el ritmo, y tal vez por falta de conocimientos sean los que más adelante puedan embarazar a una mujer. También mencionan, que dentro de las causas principales de no uso de métodos está como primera la de no saber que en esos momentos se tendría una relación sexual, lo cual hace suponer que para los jóvenes el tener un coito es algo que está fuera de sus planes.

Como ya ha sido mencionado anteriormente, la investigación sobre el tema también ha buscado en la personalidad de las adolescentes rasgos que estén interrelacionados con la conducta de embarazarse y ser madres. Al respecto, Papalia (1992), menciona que existen desacuerdos entre los investigadores, ya que algunos teóricos creen que muchas jóvenes quedan embarazadas para satisfacer necesidades psicológicas subyacentes, mientras que otros observadores consideran que las adolescentes embarazadas no difieren psicológicamente de las jóvenes no embarazadas y sexualmente activas. Por su parte, Fosburgh (1977); citado por Craig (1997), opina que algunas muchachas desean tener hijos por su propia necesidad de ser amadas, y que en general, presentan el antecedente de haber sido privadas de afecto y esperan que los hijos les den eso que les hace falta. Ibañez Brambila (1984), citando diversos autores que han estudiado las características de personalidad de las adolescentes solteras que se embarazan, menciona que se han encontrado rasgos de pasividad, baja autoestima, dependencia, necesidad de cercanía y ternura, negación, impulsividad y sentimientos de impotencia. Evidentemente la maternidad adolescente puede tener efectos desastrosos en la vida de las jóvenes, y características como las anteriores, pueden tener relación directa con los resultados que algunos investigadores señalan acerca de que las madres adolescentes

solteras tienen un porcentaje de suicidio 10 veces mayor que la población general, y que de otras jóvenes de su misma edad (Bolton, 1981; en Ibañez Brambila, 1984; McKenry y cols., 1979; en Papalia y Wendkos, 1992).

Con relación a lo anterior, Carrasco y cols., (1994), señalan que los efectos psicológicos en el embarazo entre adolescentes son los menos visibles pero tal vez los de mayor trascendencia; sin embargo, la Secretaría de Salud (1990), considera que no son atendidos debidamente en la mayor parte de los casos. Algunos de estos problemas se refieren a que la adolescente embarazada expresa una baja confianza en sus habilidades maternas, donde las preocupaciones emocionales parecen estar relacionadas con la maduración y disposición psicológica para el embarazo y el parto (García Coll y cols., 1989); citados por la misma fuente. Por otra parte, Ibañez Brambila (1984), refiriéndose a diversos trabajos, menciona que éstos coinciden en que la adolescente soltera que se embaraza tiende a haber experimentado eventos sociales y psicológicos que promovieron una mayor receptividad para el contacto sexual, además de que tiende a presentar una ausencia de conciencia del deseo de embarazarse.

La personalidad de las adolescentes embarazadas ha sido un tema de interés en varios estudios realizados en México y otros

países latinoamericanos. Al respecto, Faure Olguín (1993), citando diversas investigaciones, como la de Atkin y Pick de Weiss (1989), menciona que no se encontraron un perfil de personalidad específico en las adolescentes embarazadas; no obstante, en otros estudios se informaron que estas jóvenes solían sentir rechazo, abandono, temor, enojo, ansiedad y culpa a raíz del embarazo. Por ejemplo, Aldana y Atkin (1990); en Faure Olguín (1993), estudiaron la depresión durante la gestación en 172 adolescentes embarazadas mexicanas, concluyendo que aunque esperaban que estas adolescentes sufrieran de depresión aguda o severa no fue así, observándose niveles bajos o moderados. Sin embargo, las jóvenes que tenían mayor depresión eran aquellas con características menos favorables, como menor asertividad, autoimagen inadecuada, mayor tendencia a conductas antisociales, sentimientos de culpa por los problemas de su familia, relación desfavorable con la suegra y con el padre, menor apoyo de la familia de origen y vivir en condiciones de hacinamiento; consideraron los investigadores que las áreas de mayor influencia en la presencia de la depresión eran la de la personalidad y la sociodemográfica.

Sobre los mismos aspectos, Alvarez Izazaga, Andrade Palos y Pick de Weiss (1990), en su estudio comparativo de varones que

han y no han embarazado a una adolescente, indican en cuanto a los rasgos de personalidad, que los jóvenes más sumisos son aquellos que no han tenido relaciones sexuales y aquellos que han embarazado a una adolescente y tienen pareja, lo cual coincide con lo que en otros estudios se ha sugerido implica seguir las normas socialmente establecidas. Agregan, citando a Díaz-Guerrero (1982), que si uno considera que en una cultura como la mexicana es bien visto no tener relaciones sexuales durante la adolescencia o que si se tienen se viva con la pareja, los grupos bajo consideración están siguiendo dichas normas. En lo que se refiere a toma de riesgos, en esta investigación se informa que son los jóvenes que han embarazado a una adolescente pero que no viven con ella los que obtienen calificaciones más altas en esta variable, lo cual refleja el grado de conducta desafiante y a la vez la falta de responsabilidad ante esta conducta. En cuanto a orientación al futuro, los jóvenes que han tenido vida sexual son los más concientes de lo que quieren ser en un futuro, mientras que los menos preocupados por su futuro son los que no tienen vida sexual. Concluyen que el adolescente que acepta su sexualidad, la ejerce y la controla, es el que tiene más claro lo que quiere ser en el futuro. Otro de los estudios en este campo fue llevado a cabo con una muestra de mujeres de nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la Ciudad de México por Pick de Weiss, Díaz Loving, Andrade Palos y Atkin (1988); Pick

de Weiss, Atkin, Gribble y Andrade, en prensa; en Alvarez Izazaga, Andrade Palos y Pick de Weiss (1990). En esta investigación, se analizaron las diferencias psicosociales entre adolescentes de sexo femenino que han y no han tenido relaciones sexuales, han y no usado anticonceptivos, y han y no han tenido un embarazo. Los resultados mostraron el papel tan importante que en este contexto tienen variables tales como comunicación con la familia, asertividad, orientación al futuro, sentimiento de autocontrol y capacidad de toma de decisiones.

Díaz Loving, Pick de Weiss y Andrade Palos (1988a), señalan que una consecuencia conductual de un alto control externo es la falta de planear el futuro, y que esta imposibilidad se encuentra entre adolescentes embarazadas. En un estudio realizado por estos investigadores con grupos de adolescentes, se encontró que el grupo de adolescentes embarazadas son las que perciben menos cantidad de control. Se observó también un patrón similar en su habilidad para planear al futuro. En relación al control interno afectivo, las jóvenes embarazadas mostraron niveles bajos de esta característica. Explican que este patrón de resultado se podría deber a que en las más jóvenes hay un cierto desencanto con las expectativas que originalmente las llevó a la creencia en el control

afectivo como un medio para obtener compañía y afecto. Mencionan que probablemente se quedan solas una vez que el compañero sexual se entera del embarazo. Por otra parte, indican que a pesar de que en el proceso normal se espera que con la edad disminuya el control afectivo y se aumente el control instrumental, en las jóvenes embarazadas mayores este proceso de evolución no ha seguido el patrón esperado.

Un estudio muy interesante al respecto es el de Estevez y Atkin (1990), descrito anteriormente, donde observaron que las jóvenes que dejaban la escuela antes del embarazo podían caracterizarse por un nivel socioeconómico más desfavorable que las que abandonaban más tarde sus estudios, menor autoestima, mayor aceptación del embarazo, menores deseos e intentos de aborto y menor comunicación con la madre. Entre las pocas que continuaban estudiando al final de su embarazo, se observaba que tenían mayor edad, mayor asertividad, mayor autoestima, padres con mayores expectativas escolares para ellas, parejas con mayor escolaridad.

Como ha sido señalado anteriormente, las consecuencias del incremento de la maternidad adolescente son enormes para las jóvenes madres y sus bebés, por tal motivo, es importante en este trabajo describir algunos de los factores psicosociales

vinculados en la relación entre madre e hijo. Desde el inicio del embarazo, las adolescentes solteras que se descubren embarazadas tienen que hacer frente, también, a situaciones psicológicamente difíciles. Deben decidir si abortar, situación que a veces provoca considerable angustia y sentimiento de culpabilidad, o dar a luz, caso en el cual han de resolver si se quedan con el hijo o consienten en su adopción. En Estados Unidos, menos del 5% de las madres solteras adolescentes optan por esta última solución (McGee, 1982; en Masters y cols., 1987). En ese mismo país, se informa que nueve de cada diez jóvenes embarazadas de los niveles socioeconómicos más bajos, conservan sus bebés. Algunas veces los crían ellas mismas, bien sea que se casen o no con el padre de la criatura o se los den a sus madres. A su vez, las jóvenes de clase media o alta, por lo general, tienen un aborto, entregan al bebé en adopción o contraen matrimonio (Gordon, 1973; en Papalia, 1992).

Diversos estudios indican que aun con el mejor de los cuidados y el mejor de los resultados físicos, la suerte de los padres adolescentes y sus hijos con frecuencia no es la más feliz. Al respecto, se menciona que las madres adolescentes al tiempo que deben enfrentar su propio desarrollo social y personal, tratan de adaptarse a las veinticuatro horas de necesidades de su hijo (Rogel y Peterson, 1984; en Craig, 1997). Además, una vez que las madres descubren cómo

es de absorbente el cuidado de un niño, suelen descuidar al bebé por largos periodos de tiempo. Con frecuencia los hijos de estas adolescentes entran a los sitios de asistencia del Estado y pasan muchos años antes de que se determine el estado permanente del niño (Alan Guttmacher, 1981; citado por Papalia y Wendkos (1992). Valdés Blásquez y Atkin (1988), citando diversos autores, afirman que no solo el embarazo, sino también la maternidad, representan un reto para el desarrollo personal de la adolescente. Mencionan que desventajas asociadas con la maternidad tempranas, como los aspectos educativos, las probabilidades de no casarse y de tener familias más numerosas dada la iniciación temprana de su vida sexual, conllevan el riesgo de convertirlas en madres menos capaces para ayudar y criar a sus hijos, lo cual repercute en forma negativa sobre sus vástagos que crecen en desventajas frente a otros niños. Asimismo, afirman que existen diversos reportes que indican que los hijos de madres adolescentes presentan con mayor frecuencia problemas de salud, nutrición inadecuada, infecciones, accidentes y muerte súbita. De igual manera, se han observado problemas en términos de rendimiento intelectual no tantos en edades infantiles sino posteriormente. También señalan que en el área socio-afectiva, los hijos de madres adolescentes presentan varios problemas, entre los cuales figuran mayor agresividad, impulsividad y problemas de atención.

Por otra parte, Furstenberg (1987); en Valdés Blásquez y Atkin (1988), afirma que ser madre joven no es condición sine qua non para producir efectos negativos directos en el futuro desarrollo del niño, principalmente en lo que se refiere a inteligencia y algunos aspectos de desarrollo socio-afectivo. Como se ha mencionado anteriormente, existen variables que influyen de manera importante, como el nivel de escolaridad de la madre adolescente, la pareja y la estabilidad de la estructura familiar a la que pertenece la joven, además del nivel socioeconómico del cual proviene. Al respecto, Mednick y Baker (1980); citados por la misma fuente, refieren que controlando variables como la escolaridad de la madre, el nivel socioeconómico, el tamaño de la familia y el peso del niño al nacer, encontraron que la edad de la madre tiene muy pocos efectos directos sobre la conducta de sus hijos. Los resultados de sus estudios demostraron también que la escolaridad es la principal variable que influye en la maternidad adolescente y en el cociente intelectual futuro de su hijo, aunada a la estructura familiar que influye en menor grado. De acuerdo con estos investigadores, a menor escolaridad, estructura familiar menos estable, menor nivel socioeconómico y mayor tamaño de la familia de origen, mayor riesgo y mayores desventajas presentará el hijo de la adolescente. Otros estudios

(Yando, 1985; en Valdés Blásquez y Atkin, 1988), han reportado problemas importantes en la relación materno-infantil de adolescentes con sus hijos, en términos de menores conocimientos de desarrollo infantil, expectativas poco realistas en cuanto a conducta infantil, inestabilidad en sus respuestas a las señales y necesidades del niño, actitudes punitivas, así como utilización de modalidades físicas más que verbales en la interacción con el niño.

Con relación a lo anterior, Valdés Blásquez y Atkin (1988), informan en una investigación realizada por ellos sobre actitudes maternas, expectativas y conocimientos con respecto a la maternidad y la crianza de los niños en adolescentes mexicanas embarazadas, que en general y contrario a lo esperado, las adolescentes tienden a aceptar el rol materno. Señalan que probablemente lo que se obtuvo fue resultado del idealismo que sobre el rol materno tienen las adolescentes embarazadas, o que se encuentran en fase de negación, o deberse a aspectos culturales. Indican que en base a lo reportado en otros estudios sobre los pocos conocimientos que las adolescentes tienen en cuanto a desarrollo infantil y poca capacidad para enfrentarse a sus responsabilidades como madres, estos resultados son aparentemente más favorables.

Otro factor importante que también ha sido estudiado por diversos investigadores está relacionado con el tipo y calidad de la relación que la adolescente embarazada establece con el padre del futuro bebé. En ciertos grupos culturales, la madre soltera puede recibir constantes apoyos tanto de su familia como del padre de su hijo (Chilman, 1979; en Craig, 1997). Al respecto, se menciona que aunque el mayor efecto de un embarazo ilegítimo lo siente la madre, la vida del padre adolescente también se ve afectada con frecuencia. Aunque son relativamente escasos los estudios sobre las consecuencias de la paternidad no deseada entre los adolescentes varones (Masters y cols., 1987), la mayoría de ellos indican que las consecuencias de ser padres en la adolescencia son enormes para muchos de estos jóvenes; por ejemplo, Craig (1997), citando diversos autores, señala que los efectos de la paternidad en la vida de los adolescentes pueden ser negativos y de larga duración. Menciona que a causa de las presiones que muchos soportan por mantener a su familia, los padres jóvenes suelen dejar la escuela y en general tienen menos educación que sus compañeros sin hijos. Asimismo, están poco calificados para ciertos empleos y son mal remunerados. Otros investigadores demuestran que los adolescentes que acceden a la condición de padres suelen disponer también de menos recursos económicos (Masters y cols., 1987).

Por otra parte, Papalia (1992), menciona que un muchacho que se siente emocionalmente comprometido con la chica a quien ha dejado embarazada, también tiene decisiones que tomar. Agrega que con algún sacrificio económico, él puede pagar un aborto, o puede casarse con la chica. Por lo anterior, el padre adolescente también necesita a alguien con quien hablar, para que le ayude a manejar sus propios sentimientos y a tomar la mejor decisión respecto a si mismo, a su compañera y a la nueva vida que ellos han concebido. Sin embargo, otros estudios ponen de relieve que los muchachos adolescentes comparten la responsabilidad sólo hasta el punto de ofrecerse a pagar una parte o la totalidad de los gastos de un aborto. Se trata de un compromiso limitadísimo, donde un número alto de los muchachos que dejan embarazada a una adolescente terminan por abandonarla (Masters y cols., 1987).

Con relación a las uniones que se establecen entre los adolescentes a partir del embarazo, diversos estudios indican que con frecuencia las adolescentes embarazadas encuentran fuerte desaprobación en su hogar por parte de sus padres, pero que si no se casan, es posible que no tengan otra opción que seguir viviendo con ellos en situaciones de dependencia durante y después de la gestación. Por ello, algunas se inclinan al

matrimonio con el fin de escapar de este estado de cosas y establecer su propio hogar (Reiss, 1971; en Craig, 1997). No obstante, el matrimonio de adolescentes no es por fuerza la mejor solución para la madre joven. Algunos investigadores piensan que, siendo un obstáculo para el crecimiento adulto, la maternidad precoz es en muchos casos preferible a la combinación de ella con el matrimonio. Según las estadísticas, es más probable que quienes se casan jóvenes tienden más al divorcio que quienes tienen un hijo y se casan más tarde (Furstenberg, 1976; en Craig, 1997).

En otros estudios se informa que los matrimonios entre jóvenes tienen de dos a cuatro veces más probabilidades de disolverse que los efectuados entre personas mayores a los veinte años (Gordon, 1973; McCarthy y Menken, 1979; en Papalia y Wendkos, 1992) (Bumpass y Sweet, 1972; Furstenberg, 1976; Oppel y Royston, 1971; Mc Carthy, 1981; en Ibañez Brambila, 1984). Por ejemplo, en el estudio de Furstenberg (1976), citado anteriormente, dos terceras partes de las madres jóvenes se casaron dentro de los cinco años posteriores al nacimiento de sus bebés y tres de cada cinco de tales matrimonios se rompió hacia los seis años siguientes. Los matrimonios de las madres jóvenes tenían el doble de probabilidades de disolverse, en comparación con los de sus compañeras de clase. Por su

parte, Ibañez Brambila (1984), citando diversos autores, señala que la adolescente soltera que decide quedarse con su bebé, pero sin casarse con el padre, ve muy limitada su posibilidad de un matrimonio posterior. Agrega que los peligros que esto representa para ella son muchos, como embarazos frecuentes y prostitución. Craig (1997), menciona que la posibilidad de manifestar estos problemas se incrementa si en la familia coexisten pobreza, discordias matrimoniales y mala educación. Agrega que comoquiera que sea, algunos padres adolescentes hacen un trabajo excelente criando a sus hijos al tiempo que siguen creciendo hacia su propia madurez, aunque para conseguirlo, casi siempre necesitan ayuda.

En México se conoce muy poco sobre el tipo y calidad de la relación que la adolescente embarazada establece con el padre del futuro bebé, y para su estudio es importante considerar el contexto cultural específico en el cual se manifiesta (Fernández McGregor y cols., 1988). Al respecto, estos investigadores al estudiar estos aspectos en adolescentes mexicanas, indican que en su muestra existe un porcentaje alto de chicas que se unen a la pareja a raíz del embarazo, lo cual podría sugerir que culturalmente todavía existe una tendencia fuerte a que el compañero responda responsabilizándose de alguna forma de la adolescente embarazada. Estas adolescentes

indican una clara tendencia a percibir como positiva la calidad de la relación de pareja a pesar de que existen una serie de factores de riesgo, ya señalados anteriormente, que habian de un mal pronóstico. Explican estos resultados, anotando que el embarazo trae como consecuencia una serie de ganancias secundarias para la embarazada. Agregan que el embarazo puede ocasionar una idealización de la maternidad y puede provocar fantasías favorables de la integración con la pareja y/o las familias. En este estudio, las chicas que viven con el compañero reportan un mayor apoyo por parte de él, tanto en su actitud hacia el embarazo, comunicación de pareja y expectativas de apoyo en el cuidado del niño.

No todas las adolescentes solteras que se embarazan inician su vida conyugal a raíz del embarazo. Algunas mantienen una relación de noviazgo o amistad con el padre del bebé durante la gestación, y en algunos casos ésta se formaliza después del nacimiento. En otras ocasiones, la relación con el compañero termina dejando a la madre adolescente como responsable del niño. Al respecto, Eskala y cols., (1990), realizan un estudio en que describen algunas diferencias psicosociales que se presentan entre las adolescentes que se embarazaron estando solteras, las cuales se encuentran en diferentes situaciones respecto a la relación de pareja durante el último trimestre

del embarazo. Los resultados de este estudio reflejan el hecho importante que en México una gran proporción de adolescentes que se embarazan siendo solteras deciden vivir con el padre del bebé a raíz del embarazo. Asimismo, el hecho de permanecer soltera durante el embarazo está asociado en bastantes casos con una relación de pareja que pudiera llegar a consolidarse después del nacimiento del bebé. Las solteras, tanto con y sin relación de pareja en el momento de la entrevista, son chicas que se embarazaron después de un noviazgo relativamente corto con un compañero cuya actitud ante el embarazo fue menos favorable que en el caso de las unidas. Por otra parte, mencionan estos investigadores, que las adolescentes que inician su vida conyugal en unión libre están en desventaja en varios aspectos en comparación con las chicas casadas civil y/o religiosamente. Por ejemplo, tanto ellas como sus parejas tienen menor escolaridad, observándose en ellas menos aspiraciones educativas y son relativamente más autodevaluadas. Asimismo, provienen de un medio familiar en que el embarazo precoz es relativamente común y en el cual sus figuras parentales no se llevan bien en el año antes del embarazo. Finalmente, estas chicas reportan una calidad de interacción con su pareja más desfavorable que las adolescentes recién casadas. En otro estudio relacionado con el embarazo en adolescentes solteras en nuestro país, Ibañez Brambila (1984),

reporta que del total de casos, el 60.3% se embarazaron solteras; de ellas, el 38% se casó o vivía en unión libre al dar a luz, y el 62% restante, se constituyó en madre soltera. También se informa que el 9% la pareja no se enteró del embarazo de la joven, y en 30% la pareja no prestó ningún tipo de ayuda a la joven adolescente soltera.

Como ha sido mencionado anteriormente, la familia es otra variable psicosocial que incide de manera importante en el comportamiento sexual de los adolescentes, por tal motivo, es fundamental conocer el tipo y la calidad de la relación que se da entre las adolescentes embarazadas y que tienen hijos y las familias de origen de ambos padres. Al respecto, diversos estudios indican que la adolescente que se embaraza tempranamente suele haberse criado bajo circunstancias familiares poco favorables, tales como desintegración familiar, imagen paterna distante y negativa, pérdida de figuras significativas y conflicto y tensión intrafamiliares; asimismo se menciona que muchas de ellas fueron concebidas a su vez fuera del matrimonio (Fernández McGregor y cols., 1988; Escala y cols., 1990). Por ejemplo, en la investigación de Ibañez Brambila (1984), ya mencionada, se indica que en el 50% de las familias de las jóvenes estudiadas se registraron otros embarazos fuera del matrimonio, muchos de ellos por uniones

libres. Estas características constituyen algunas de las pautas de conducta de los miembros de la familia que predispusieron a las sujetos a la sexualidad temprana. Otros resultados similares se señalan en la investigación de Atkin y Guivaudan (1989); en Carrasco y cols., (1994). Algunos estudios citados por Faure Olguín (1993), señalaron que en gran parte eran familias de un sólo progenitor y que los patrones de interacción familiar tendían a ser rígidos. En cuanto a las condiciones económicas y educativas de los miembros de la familia, las describieron como probablemente desfavorables. Asimismo, la figura paterna, si estaba presente, tendía a ser percibida por la adolescente embarazada como periférica, pasiva y poco afectiva. En cuanto a la relación conyugal de los padres de la adolescente embarazada, varios autores la señalaron frecuentemente inadecuada con alto grado de conflicto y tensión.

Otro aspecto estudiado en la familia fue la comunicación entre sus miembros; al respecto, Pick de Weiss, Atkin y Karchmer (1988); en Faure Olguín (1993), detectaron que la comunicación entre las madres y las adolescentes embarazadas y no embarazadas es diferente en forma estadísticamente significativa. Las madres de jóvenes no embarazadas, al hablar con ellas respecto a la primera menstruación, la relacionaban con el riesgo de un embarazo en mayor medida que las madres de

jóvenes embarazadas. También se menciona en ese estudio que las madres y sus hijas no embarazadas hablaban un poco más sobre sus problemas personales y sobre sexualidad. Asimismo, la actitud de la familia ante el embarazo es muy importante. Carrasco y cols., (1994), anotan al respecto, que los padres y amigos son dos agentes de socialización que influyen las actitudes sexuales de las adolescentes. Molina (1988); en Faure Diguin (1993), observó que había relación entre la actitud de la familia ante el embarazo y la percepción que tenía la adolescente de su familia.

Durante el embarazo, es común que las adolescentes que permanecen solteras continúen viviendo con sus familias de origen (Fernández McGregor y cols., 1988), y que en ciertos grupos culturales, la madre soltera puede recibir constantes apoyos por parte de su familia (Chilman, 1979; en Craig, 1997). También se ha descrito que el éxito de su adaptación a la maternidad y su propio futuro dependerán en gran medida del apoyo social que reciba de su familia (Fernández McGregor y cols., (1988). Al respecto, es importante mencionar que la estructura familiar mexicana y los patrones de interrelaciones interpersonales difieren de manera importante de las de otras culturas (Holtzman, Díaz-Guerrero y Swartz, 1975; en la misma fuente).

Sobre los mismos aspectos, Fernández McGregor y cols., (1988), al estudiar la evolución de la madre adolescente mexicana dentro del contexto familiar, mencionan que dada la corta edad y la falta de preparación en las adolescentes, es difícil que puedan asumir completamente la responsabilidad que implica la vida en pareja, por lo que generalmente los familiares los apoyan económica y emocionalmente. Señalan que probablemente existe también una tendencia cultural de incluir a la nueva pareja dentro del hábitat de la familia de origen, sea de él o de ella y que esto podría explicar el por qué un subgrupo de las familias de origen de los compañeros están dispuestos a absorber la responsabilidad de la pareja. Esto también se observa en las familias de la adolescente pero en menor porcentaje. Por otro lado, la calidad de la relación de la adolescente con la familia de él se relacionó significativamente con la calidad de comunicación de pareja percibida por ella. Aparentemente, chicas que tuvieron tanto buenas como malas relaciones con su propia familia de origen, pueden encontrar una buena comunicación con su compañero y adecuada aceptación por parte de la familia de él. Asimismo, la relación entre la comunicación de pareja y las relaciones de la adolescente con la familia de él, sugiere que la forma en que la familia de él recibe a la chica, puede favorecer o no una buena relación de pareja, y viceversa. Por último, es

importante considerar de que a pesar de que en este estudio los resultados tienden a mostrar la vivencia de la adolescente durante el embarazo como positiva, se piensa que a través del tiempo, estas percepciones se irían modificando cuando estas jóvenes se vean enfrentadas con las demandas de un hijo y la responsabilidad que esto implica. Es decir, que las ganancias secundarias, idealizaciones y fantasías favorables de integración con la pareja y la familia se irán ajustando a la realidad que cada adolescente viva.

Diversas son las propuestas de intervención educativas que han sido mencionadas en la solución de este importante problema social, por ejemplo, Ibañez Brambila (1984), afirma que es necesario que los programas de planificación familiar existentes en el país se ocupen, de manera muy especial, de la prevención de los embarazos adolescentes. Agregan que es importante crear programas específicos de prevención de embarazos adolescentes y de tratamiento para las madres adolescentes solteras. Por su parte, Scales (1977), en Papalia (1992), sugiere incrementar la preocupación masculina respecto a la posibilidad de embarazo y para recalcar su interés por compartir la responsabilidad de prevenir el embarazo. A su vez, Faure Olguín (1993), recomienda estudiar en investigaciones futuras los aspectos psicodinámicos de la adolescente

embarazada. Señala también el estudio de la estructura y funcionamiento de la familia de origen de la adolescencia embarazada, así como la relación de la adolescente con su pareja y la familia de éste. Finalmente, Díaz Loving, Pick de Weiss y Andrade Palos (1988a), indican que se deberían crear programas y talleres dirigidos al desarrollo de las habilidades relacionadas con la contrabilidad y la planeación como una forma de disminuir los embarazos en adolescentes.

CAPITULO III

EL PROBLEMA DEL ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

El aborto es considerado como la interrupción del embarazo antes de que el feto esté en condiciones de sobrevivir fuera del útero (Tietze, 1977; citado por Masters y cols., 1987). Agregan dichos autores, que el aborto puede ser espontáneo, es decir, propiciado por una anomalía física u orgánica, o bien provocado, lo que supone retirar intencionadamente el contenido del útero gestante. Indican, al citar a Tietze y Lewit (1977), que se estima que todos los años se realizan, a escala mundial, entre 30 y 50 millones de abortos provocados. Por otra parte, de acuerdo a La Organización Mundial de la Salud, se estima que casi medio millón de mujeres de los países en desarrollo muere durante el embarazo o en el posparto cada año. Una cuarta parte de estas muertes se debe al aborto inducido (Dixon-Mueller, 1990; citado en Pick de Weiss y Alvarez, 1992b). Guivaudan y Pick de Weiss (1992b), citando datos de la misma organización (OMS, 1990), señalan que en los países en desarrollo, donde las tasas de mortalidad son altas, el riesgo de morir por un aborto inseguro es entre 100 y 500 veces más elevado que en países en

los cuales los abortos se realizan bajo condiciones de seguridad. No obstante lo anterior, Conger (1980), advierte que en los Estados Unidos, las consecuencias de lo que llama "epidemia" de embarazos entre la población de las adolescentes son verdaderamente serias. Indica que más de la cuarta parte de éstos termina por aborto inducido.

El aborto en México, como en la mayoría de los países de América Latina, muestra elevadas tasas de incidencia y representa un problema de salud pública. Guivaudan y Pick de Weiss (1992a), mencionan que en muchos de éstos países, es muy difícil o imposible conocer los datos sobre la incidencia de abortos inducidos debido a que se realizan en condiciones clandestinas y con poca seguridad para la mujer. Agregan, citando a Frejka y cols., (1990), que las mujeres tienden a negar el haber tenido un aborto y el personal de salud que atiende las complicaciones no siempre reporta los casos por no verse involucrados con aspectos legales. Datos reportados por Rochat (1980), citados en Pick de Weiss y Alvarez, 1992a), señalan que a finales de los años setenta, el número de abortos inducidos que se practicaban en la región latinoamericana, representaba la cuarta parte de los embarazos.

En México, se reporta que el 14.3% de las mujeres en edad reproductiva han tenido algún aborto inducido o espontáneo (Encuesta Nacional de Fecundidad, 1987; citado por Guivaudan y Pick de Weiss, 1992a). Estos mismos investigadores anotan que de acuerdo a datos reportados en 1987, por la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Programación y Presupuesto, en México, el aborto ocupa el cuarto lugar entre los problemas de salud pública. Por su parte, Pick de Weiss y Alvarez (1992a), anotan que en nuestro país, se estima que el aborto inducido podría constituir la tercera causa de mortalidad femenina, que sin embargo, la falta de conocimiento de la magnitud real del problema se evidencia por las grandes diferencias en las cifras citadas: las más bajas son de 5,000 defunciones anuales y 50,000 abortos, y las más altas de 300,000 y 2 millones, respectivamente. Con relación a lo anterior, Guivaudan y Pick de Weiss (1992b), señalan que de acuerdo a los datos del IMSS, el aborto se ubica entre el segundo y cuarto lugar de motivos de hospitalización (Boletín anual sobre Morbilidad Hospitalaria IMSS, 1982-1985). Agregan que los abortos realizados bajo condiciones de poca seguridad para la mujer, se asocian con complicaciones que se calcula causan más del 50% de las muertes maternas en los hospitales, y un número desconocido de muertes maternas adicionales fuera de éstos.

En relación con la conducta de aborto inducido (Mateos Fournier, Paz, Valdez y Pineda, 1968; citados por Pick de Weiss y David, 1988), encontraron que en la Ciudad de México hubieron entre 1963 y 1967 un promedio anual de 5,096 abortos, la mayoría de ellos atendidos por (aunque no practicados por) instituciones hospitalarias públicas. Así, el 100% fueron clasificados como aborto provocado sin justificación médica o legal. Por su parte, Keller (1973), en un estudio basado en los registros de una organización privada de servicios de planificación familiar, encontró que el 9% de las 5,381 pacientes entrevistadas admitió haber tenido uno o más abortos provocados (citado por Pick de Weiss y David, 1988).

Las consecuencias negativas del aborto, principalmente en países en los que es ilegal, constituye un serio problema de salud pública. Su práctica ilegal está relacionada con la morbilidad y mortalidad materna (Pick de Weiss y David, 1988). Al respecto, es importante señalar que en México está permitido legalmente el aborto, exclusivamente para casos en los que es necesario por motivos de salud, violación e incesto (Viel, 1979 y Fortney, 1981; citados por Pick de Weiss y David, 1988). Por otra parte, Viel (1976), citado por los mismos investigadores, agrega que las repercusiones adversas del aborto ilegal van más allá de las complicaciones relacionadas con la salud.

Señala que el gasto que implica para las instituciones hospitalarias es muy grande, a veces en perjuicio de otras pacientes obstétricas y ginecológicas. Menciona entre otros costos los relacionados con los aspectos laborales, como la falta de días perdidos en el trabajo y la ausencia de compensación por los gastos incurridos durante la incapacidad. Indica además, que las presiones económicas y sociales son mayores cuando a las mujeres se les da de alta antes de estar totalmente recuperadas, provocando riesgos de salud subsecuentemente mayores. Al realizar un estudio sobre el tema, Pick de Weiss y David (1988), enfatizan sobre el alto costo económico y de salud que el aborto tiene en México, ya que al practicarse en forma ilegal la mujer paga en promedio un salario mínimo, y una quinta parte de las mismas tiene problemas físicos derivados del aborto, como hemorragias y/o infecciones.

Tomando en cuenta que las mujeres, y en particular las jóvenes, son las principales protagonistas relacionadas con el problema del aborto, el estudio de los diversos factores vinculados con la conducta de abortar, como son las características psicosociales de las mujeres que viven esta experiencia y las condiciones en que son practicados, es de fundamental importancia para realizar intervenciones educativas

ESTA TESTA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

exitosas. Al respecto, uno de los puntos más importantes y sobre los cuales existe poca información son los psicológicos. Muchos estudios consisten en investigaciones superficiales de casos, hay poca sistematización en las entrevistas y ausencia de seguimientos (Pick de Weiss y David, 1988). Mencionan (citando a David, 1981 y a Figa-Talamanca, 1981), que los datos existentes a este respecto indican que para la mayor parte de las mujeres a las que se les ha notado problemas, estos consisten en sentimientos de remordimiento, culpa y tristeza, los cuales son generalmente transitorios y seguidos por la resolución de la crisis. A su vez, Dixon y Strano (1984-85), citado por Ibáñez Brambila (1994), señalan que la decisión de abortar requiere de asertividad y de una negación de la maternidad. Sin embargo, una relación más profunda con su pareja puede provocar mayor ambivalencia hacia el aborto en mujeres solteras (Robbins, 1984; citado por Ibáñez Brambila, 1994).

Sobre los mismos aspectos, Adler (1979), señala que las respuestas a la experiencia están en función del significado que el embarazo tenga para la mujer, su estilo defensivo y de relación, así como del ambiente social que rodea el aborto (citado por Ibáñez Brambila, 1994). Al respecto, (Lazarus, 1985; citado por el mismo autor), hace referencia a una encuesta realizada a 292 mujeres con edades entre 12 y 46 años.

que abortaron dos semanas antes de la entrevista, y que reveló que el 75% sentía alivio por haber abortado, 15% sentía culpa y depresión y 10% señalaron que toda la experiencia había sido muy negativa. Asimismo, Ibáñez Brambila (1994), mencionando diversos trabajos, indica que se ha demostrado que la adaptación a la experiencia del aborto está en función del apoyo social que la mujer sienta por parte de su familia, amigos y pareja, lo cual le proporciona una mayor eficiencia para enfrentar experiencias adversas. Agrega, citando a Romans-Clarkson (1989), que cuando la mujer genuinamente desea abortar, por lo general se beneficia de hacerlo, pero cuando no lo desea sino que responde a las presiones de otros es que surgen problemas. Por su parte, David (1993), citado por la misma investigadora, indica que la terminación de un embarazo no deseado, como cualquier crisis personal puede convertirse en una oportunidad de crecimiento y maduración. Al respecto, Russo y Zierck (1992), en Ibáñez Brambila (1994), estableció un seguimiento durante ocho años de una muestra de 5,295 americanas, donde estudió la relación del aborto con el bienestar de la mujer, revelando que el empleo, el ingreso y el nivel educativo son más importantes para el bienestar de la mujer que el haber tenido o no un aborto.

El estudio de seguimiento más extenso que se conoce sobre el tema del aborto, trata del efecto que tiene sobre el desarrollo de la personalidad el negar un aborto. En dicha investigación realizada en Checoslovaquia por David (1990), y citada por Ibáñez Brambila (1994), se estudió a 220 niños producto de embarazos no deseados, a cuyas madres se les negó el aborto y se les apareó con 220 niños deseados. El estudio se inició cuando los niños tenían 9 años, a partir de entonces se hizo un seguimiento para evaluar a los participantes a los 14,16 y 21-23 años de edad. Los hallazgos revelan que los niños no deseados tienen una mayor propensión a problemas sociales y desadaptación psicológica, y un menor rendimiento escolar y laboral. Se menciona que cuando los sujetos tenían 26-28 años de edad, se encontró que las familias formadas por personas que nacieron sin ser deseadas tenían más conflictos que las familias de aquellos que sí fueron deseados.

Mencionando algunas otras características encontradas en las mujeres que abortan. Ibáñez Brambila (1994), refiriéndose a (Henshaw, 1987), señala que mientras en los países desarrollados los abortos inducidos más comunes se dan en mujeres con edades entre 20 y 24 años que desean retrasar el nacimiento de su primer hijo, en los países en desarrollo es más alto el número de mujeres mayores que han tenido muchos hijos y no quieren más. En EE.UU se ha encontrado que las

mujeres de áreas urbanas tienen el doble de probabilidades de abortar que las de áreas no urbanas, y que es más probable que una mujer con 12 años o más de escolaridad aborte que aquellas que tienen menor escolaridad. Además, la práctica del aborto se ha generalizado de tal forma que casi el 50% de las americanas ha tenido un aborto inducido al llegar a la menopausia ((Powell-Griner y Trent, 1987; David, 1993; citado por Ibáñez Brambila, 1994).

Diversos estudios se han realizado en nuestro país con el objeto de obtener información acerca del aborto ilegal. Al respecto, Pick de Weiss y David (1988), estudiando las condiciones en que se practica el aborto, al referirse a las mujeres que son clientes de estos servicios, encontraron que más del 15% de las mujeres de su estudio han tenido más de un aborto provocado, y que está relacionado con los bajos porcentajes de mujeres que han tenido la posibilidad de obtener información adecuada sobre métodos anticonceptivos, su uso y el sitio en que se pueden obtener; también se relaciona con el número relativamente bajo de mujeres que han considerado la posibilidad de embarazarse nuevamente, la falta de conocimientos sobre el aborto (una quinta parte de las entrevistadas no conoce el procedimiento que se les realizó, y cerca del 10% intentó provocarse el aborto autoagredándose), y

que más de una cuarta parte de los abortos se hayan realizado en sitios poco adecuados. Por su parte, International Fertility Research Program (1981), citado por Pick de Weiss y David (1988), llevó a cabo un estudio de aborto en el norte de México y concluye que la principal razón para desear un aborto en mujeres casadas era la económica, mientras que para las solteras son la presión social. Por su parte, Pick de Weiss y David (1988), reportan entre los resultados de su estudio, que la mujer busca la calidad del servicio como razón principal para ir y recomendar el lugar en el que se realiza el aborto (más que por el costo o la anonimidad). Mencionan que de acuerdo con estos resultados se da la falta de calidad del servicio como la principal razón para no recomendar un lugar en el que realizan el aborto. Señalan que este resultado contradice estudios previos (International Fertility Research Program, 1981) que apuntan a la anonimidad como la principal razón para haber escogido el lugar del aborto, más que calidad del servicio o costo.

Otros factores importantes que intervienen en la práctica del aborto en nuestro país, y que a la fecha han sido poco estudiados, se refieren a las características de los proveedores de estos servicios, los lugares en que se practica y los procedimientos utilizados para abortar. Al respecto, refiriéndose a las características de los proveedores

de estos servicios, Pick de Weiss y David (1988), informan que mientras los médicos realizan succiones, legrados e incluso cesáreas, los no médicos utilizan hierbas, catéteres, inyecciones y curetaje. Y en tanto los clientes de los médicos son por lo general mujeres de los niveles socioeconómicos medio y alto, las clientes de los no médicos pertenecen a los niveles bajos. Por otra parte, Pick de Weiss y Alvarez (1992b), investigando acerca de los conocimientos y actitudes de los hierberos, refiriéndose a estudios realizados en otros países latinoamericanos, mencionan que los empleados de los puestos de hierbas en los mercados, asumen, sin ninguna capacitación previa, las funciones de consejeros, técnicos y proveedores en la distribución de anticonceptivos, abortifacientes y pseudoabortifacientes a sus clientes. Entre las conclusiones de su investigación se pueden señalar que efectivamente los hierberos son una fuente de información para sus clientes en cuanto a anticoncepción y aborto. Que menos de la mitad de los hierberos entrevistados saben cuál es el periodo más adecuado para practicarse un aborto, lo cual incrementa el riesgo de que se recomienden medicamentos para abortar en etapas críticas del embarazo, arriesgando a la mujer embarazada. En relación a las consecuencias de la ingestión de las sustancias que recomiendan los hierberos, se observa en este estudio que aunque conocen

algunas no les dan la importancia debida. También indican que la actitud que los hierberos tienen hacia una mujer que aborta tiende a ser negativa, lo cual puede estar relacionado con su falta de conocimientos al recetar sustancias, que lejos de ayudarle a su cliente a salir del problema puede causarle otros peores e irreversibles.

Otros proveedores importantes que deben tomarse en consideración al momento de estudiar el problema del aborto en México, son los trabajadores de las farmacias, y el papel que estos tienen con respecto a la distribución de anticonceptivos, abortifacientes y pseudoabortifacientes (Pick de Weiss y Alvarez, 1992a). Citando a Krayacich y Shedlin (1987), señalan que en América Latina estos productos pueden ser adquiridos sin prescripción médica o de otro personal entrenado, asumiendo frecuentemente los empleados de las farmacias el papel de consejeros, técnicos o proveedores para la venta de estos productos. Agregan que la importancia de las farmacias como recursos de información y venta de productos para la regulación de la fertilidad, ha sido documentada en varios estudios demográficos en América Latina, los cuales fueron llevados a cabo como parte de las Encuestas Mundiales de Fertilidad, así como por investigadores como Pick de Weiss, Díaz Loving,

Andrade Palos y Atkin (1988), y prestadores de servicios en el campo de la salud desde hace tiempo, mostrando por ejemplo, que más del 60% de los anticonceptivos que consiguen los adolescentes es a través de farmacias. Al respecto, Pick de Weiss y Alvarez (1992a), investigaron los conocimientos y actitudes que tienen los farmacéutas en relación a anticoncepción y aborto, encontrando entre otras cosas que los conocimientos que estos tienen sobre el aborto los han adquirido a través de la experiencia más que por cursos de capacitación. Asimismo, indican que las características de sus clientes son de 14 a 30 años de edad, solteras y en su mayoría estudiantes. Agregan que el 86.7% de los entrevistados afirma que la gente le solicita ayuda para abortar. Con respecto a la actitud que tienen los encuestados hacia una mujer que aborta, observan que cerca de la mitad tiene una actitud negativa, calificándola como mala, asesina e inconciente, el otro 50% muestra una actitud neutral.

Como se ha indicado anteriormente, es inquietante observar el número relativamente alto de mujeres que recurren al uso de prácticas no médicas para obtener un aborto, ya que cerca de una tercera parte de las mujeres han intentado hacer algo para abortar antes de acudir a un proveedor de servicios; de éstas, dos terceras partes han usado alguna forma de pastillas

y/o inyecciones. Esto demuestra la relativa importancia que se le da al uso de pseudoabortivos en este país (Pick de Weiss y David (1988). Estudios llevados a cabo en otros países latinoamericanos, han demostrado que esta conducta se realiza sin el conocimiento adecuado (tanto del cliente como del proveedor) de la forma en que se usa el procedimiento o producto, ni sus posibles consecuencias, que generalmente es un producto farmacéutico sin prescripción médica (Krayacich y Shedlin, en proceso; citado por Pick de Weiss y David, 1988). Por otra parte, Dixon-Mueller (1990), en Pick de Weiss y Alvarez (1992b), mencionan que en la mayoría de las sociedades en desarrollo, las mujeres saben de sustancias, hechas a base de hierbas, que sirven para "inducir la menstruación", las cuales son vendidas por hierberos y su efectividad es mínima. Advierten que si estos métodos fallan y el sangrado no se presenta, las mujeres pueden usar métodos aún más drásticos como introducir objetos dentro del útero o tomar sustancias dañinas que incluso pueden ocasionar la muerte. Señalan que las complicaciones más comunes cuando el aborto se a practicado a través de estos procedimientos clandestinos, mecánicos o químicos, que muchas veces incluyen un aborto incompleto son: extracción del útero, infección pélvica, hemorragias, shock, intoxicación, tétanos y daño en órganos pélvicos. Agregan que los efectos emocionales de este tipo de aborto, que generalmente

no involucra la preparación psicológica de la mujer incluyen la depresión, pánico sobre qué es lo que va a suceder, temor al procedimiento utilizado, ansiedad sobre las consecuencias, resentimiento hacia la pareja, vergüenza y culpa. Con relación a lo anterior, Ibáñez Brambila (1994), menciona que existen muchos procedimientos abortivos que van desde la dilatación y evacuación del útero que sólo toma de 10 a 15 minutos, hasta la inyección de una solución salina en el líquido amniótico con la consecuente expulsión del feto muerto 24 horas después.

Desde una perspectiva más positiva y observando el aborto desde el punto de vista de algunos países desarrollados, donde éste es legal y la mortalidad y morbilidad debidas al mismo son mínimas, Grimes y Cates (1980), citados por Masters y cols., (1987), mencionan que en la actualidad, las técnicas abortistas entrañan menos riesgo para la madre que el embarazo a término. Anotan que la proporción es menos de 4 muertes por cada 100,000 abortos provocados, en comparación con las aproximadamente 20 muertes por cada 100,000 embarazos. A su vez, LeBolt, Grimes y Cates (1982), citados por la misma fuente, indican que entre mujeres de buena salud (que no presentan complicaciones o dolencias anteriores), el riesgo de muerte como consecuencia de un aborto legal en los Estados Unidos es inferior a 1 por cada 100,000 intervenciones.

Otros factores importantes vinculados al problema del aborto, se refieren a los aspectos legales, y que como se mencionó anteriormente, en México únicamente es aceptada su práctica legal en casos en que corre peligro la vida de la madre, en casos de violación e incesto. Desde un punto de vista sociocultural y jurídico, el aborto es sin lugar a dudas un tema controvertido y difícil de abordar por las reacciones emocionales que despierta. Al respecto, Ibáñez Brambila (1994), señala que mientras unos lo condenan en defensa del derecho a la vida de un nuevo ser recientemente concebido, otros lo apoyan en defensa del derecho de la mujer a decidir sobre su propia maternidad. Citando a Barnett (1994), menciona que cualquiera que sea la postura que se tenga al respecto, la elevada incidencia de abortos legales e ilegales en todo el mundo es una realidad insoslayable y casi la mitad se realiza fuera de los sistemas de atención para la salud. Por lo anterior, es indispensable hacer algo en contra de los abortos, principalmente los ilegales. Por otra parte, Tietze y Henshaw (1986), citados por Ibáñez, indica que son ya numerosos los países en que se permite el aborto, y que su legalización obedece principalmente a reducir la mortalidad y morbilidad asociadas con el aborto; también a dar oportunidad a las mujeres pobres de tener acceso a servicios de aborto que antes

sólo tenían las mujeres de clase media y alta; asimismo asegurar el derecho de todas las mujeres a decidir sobre su embarazo y maternidad. Barnett (1994) y Viel (1988), en Ibáñez Brambila (1994), agregan que con excepción de Cuba y Barbados, el aborto es ilegal en Latinoamérica, y que los códigos penales establecen prisión tanto a los que realizan la operación como a quienes la reciben. Por otra parte, continuando con Ibáñez Brambila (1994), se informa que mucho se ha hecho en diversos países, tanto latinoamericanos como de otras regiones, en su intento por convencer a las autoridades de la necesidad de despenalizar el aborto. Agrega, refiriéndose a diversas fuentes, que en nuestro país algunos intentos se han hecho para modificar el estado legal del aborto, sin haberse logrado algún cambio hasta el momento. De la Barreda (1984), citado por la misma fuente, advierte que apoyar la despenalización del aborto no implica aplaudir su práctica, sino propugnar el alivio de un complejo problema social.

Otro de los factores psicosociales importantes, vinculados con la incidencia del aborto en nuestro país, y que ha sido tema de estudio por diversos investigadores, se refiere a las actitudes y opiniones que diversos sectores de la población, en particular los grupos de jóvenes, tienen sobre el mismo. Al respecto, Pick de Weiss y David (1988), mencionan que son

relativamente escasos los estudios que han sido conducidos sobre este tema en México. Leñero (1973), citado por Pick de Weiss y David (1988), encontró en un estudio realizado con 5,000 personas, que la actitud del hombre en este aspecto era más favorable que la de la mujer. Afirma que el único caso en el que se encontró lo contrario, era cuando se hacía referencia al peligro de anormalidad del bebé debido a alguna enfermedad o el que la madre hubiera tomado alguna sustancia tóxica durante el embarazo. Por su parte, Pick de Weiss, Díaz Loving y Andrade Palos (1990), encontraron en una encuesta con adolescentes entre 12 y 19 años de edad sobre actitud hacia el aborto, una baja tasa de aceptación de éste entre los adolescentes, percepción de una baja aceptación por parte de los padres y una más alta que la propia en las parejas de las entrevistadas. Estos resultados generales coinciden con estudios previos que muestran que en la familia mexicana existe una aceptación de premisas socioculturales tradicionales en general y en lo que se refiere a las relaciones sexuales premaritales en particular (Díaz-Guerrero, 1996). Es decir, que los padres de familia son percibidos por sus hijas adolescentes en términos de que favorecen conceptos relacionados con la virginidad premarital, y que están en contra del uso de anticonceptivos y el aborto (Pick de Weiss, Díaz Loving y Andrade Palos. 1990).

En otro estudio con adolescentes, realizado por Ibañez Brambila (1984), se encontró que con relación a la opinión acerca del aborto provocado, la mayoría de las adolescentes del estudio lo condenó. Menciona la investigadora que en este punto resulta clara la influencia de la penalización del aborto existente en México, sobre el juicio emitido por las jóvenes estudiadas. Indica además que existen diferencias culturales en cuanto a la manera de ver el problema, ya que sus hallazgos contrastan con el reporte de Bulfin (1979), de que muchas adolescentes americanas prefieren abortar porque creen que es más seguro que los anticonceptivos orales. En otro estudio relacionado con el tema, Reider y Pick (1992), citado por Ibañez Brambila (1994), tomando los datos de las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey de la encuesta nacional de opinión del aborto que realizara la empresa Gallup, encontraron que la mayor parte de los entrevistados opina que la mujer o la pareja debe tomar la decisión de abortar. Asimismo, una mayor proporción de hombres opina que debe ser la pareja, mientras que más mujeres consideran que les competen a ellas. Otro hallazgo de interés de este estudio es que mientras más alto sea el nivel socioeconómico y el grado de escolaridad, más positiva es la actitud ante el derecho de la mujer a abortar. En otra encuesta de opinión sobre el aborto inducido y su despenalización en la ciudad de México, Guivaudan y Pick de

Weiss (1992b), encontraron que la mayoría de los encuestados (76.2%) afirman que legalizar el aborto evitaría la muerte de muchas mujeres. 62% opina que la Secretaría de Salud debería brindar servicios de aborto a quien lo solicite. Una mayor proporción de mujeres que de hombres opinan que ellas deben decidir abortar o no, mientras que más hombres afirman que es decisión de la pareja. En otra encuesta realizada por los mismos investigadores en el estado de Chiapas, se observó una división entre las opiniones respecto a la despenalización del aborto. Aproximadamente la mitad de los entrevistados piensan que la decisión de abortar debe ser únicamente de la mujer, y que la iglesia debería mantener una postura más abierta. Esta posición es más conservadora que la encuesta realizada en la ciudad de México, donde las personas entrevistadas opinan que la iglesia no debería intervenir y que las personas no deberían considerar la opinión de la iglesia. En los otros aspectos abordados en este estudio, se encontraron porcentajes más altos para los hombres que para las mujeres apoyando cambios respecto a la situación actual del aborto, mostrando de manera general una postura más liberal. Con relación a las actitudes hacia el aborto observadas en grupos de universitarios en nuestro país, Ibáñez Brambila (1994), en un estudio realizado con esta población, muestra en sus resultados que los estudiantes de ambos sexos tienen una actitud ligeramente negativa hacia el

aborto, más negativa en las mujeres que en los hombres; sin embargo, advierte que esto no implica que dejen de recurrir a éste en caso de enfrentarse con un embarazo no deseado.

Por otra parte, diversos estudios realizados en otros países, indican en general, que las personas más jóvenes y aquellas con estudios universitarios de ambos sexos, se oponen mayormente a las restricciones del aborto, mostrando actitudes más positivas hacia éste, más los hombres que las mujeres (Gallup y Castelli, 1988; Wright y Rogers, 1987; citados en Ibáñez Brambila, 1994). También se observa en diversos grupos encuestados en otros países, que las actitudes mostradas hacia el aborto dependen de las causas en que sea practicado. Se percibe una tendencia de mayor aceptación con relación a casos de peligro, violación y malformación del feto, que por situaciones económicas, por ser solteras y no querer casarse, o por no querer tener más hijos (Masters y cols., 1987; Ibáñez Brambila, 1994). Cabe señalar, que no obstante su creciente aceptación en diversas partes del mundo, las alarmantes cifras del aborto voluntario han provocado una profunda preocupación en los líderes gubernamentales, incluido los Estados Unidos. Por ejemplo, Ibáñez Brambila (1994), refiriéndose a diversos autores, menciona que en ese país, el aborto en la adolescencia

ha suscitado una fuerte controversia, ya que en varios estados de la unión americana se requiere del consentimiento de los padres para permitir que a una adolescente se le practique un aborto. La polémica se ha enmarcado principalmente en cuanto a la capacidad de la adolescente para tomar la decisión de abortar, incluyendo en la discusión aspectos como los datos científicos en relación a que si el desarrollo cognoscitivo que alcanza una adolescente le permite tomar decisiones durante dicha etapa; asimismo, se menciona la necesidad de notificar a sus padres y las consecuencias psicológicas del aborto.

Con el propósito de disminuir la incidencia del aborto y los costos que éste representa, principalmente por el grado de peligrosidad para la salud de las mujeres, se han formulado diversas propuestas y recomendaciones hechas por algunos investigadores en nuestro país. Al respecto, Pick de Weiss y David (1988), mencionan que se necesitan mas investigaciones en esta área en América Latina, especialmente dirigidas a analizar las necesidades de estos servicios, las consecuencias de realización en forma ilegal y las ventajas sociopsicológicas y económicas de su legalización. Ibañez Brambila (1994), agregan que aunque es muy difícil recabar datos exactos del número de abortos que se practican en los países en que está penalizado, las cifras reales de la incidencia del aborto

revisten gran importancia para la investigación en demografía y salud pública, ya que es información relevante para determinar las tasas de embarazo, de fallas anticonceptivas y para proyectar las tendencias demográficas.

Por otra parte, Guivaudan y Pick de Weiss (1992b), resaltan en su estudio la necesidad de ofrecer información confiable sobre educación sexual a diversos sectores de la población. Señalan la importancia que los encuestados en su estudio dieron a la educación sexual como medida para prevenir la incidencia y las consecuencias adversas del aborto inducido. Resultados similares fueron encontrados en las encuestas aplicadas en los estudios realizados por Guivaudan y Pick de Weiss, 1992a; 1992b). Destacan la necesidad de que las instituciones responsables de la educación en México, involucren en sus programas los aspectos relacionados con sexualidad, incluyendo entre estos el tema del aborto.

Sobre otros aspectos relacionados, Pick de Weiss y David (1988), sugieren hacer disponible de manera más abierta aspectos educativos para las personas que realizan el aborto, y educación y servicios para las mujeres que lo practican. Al respecto, Addelson (1973), citado por Ibañez Brambila (1994), subraya la necesidad de proporcionar orientación

psicológica a la mujer para ayudarla a recuperarse de la experiencia de abortar. A su vez, Ibañez Brambila, 1994, (citando a David, 1993; Lafarga, 1993 y Macerek, 1987), resalta la importancia de proporcionar ayuda psicológica a la persona que pretende abortar, ya que la práctica del aborto debe obedecer a una cuidadosa decisión que considere la realidad psicológica y valoral de las personas directamente implicadas. Con relación a lo mismo, Masters y cols., (1987), indican que el asesoramiento antes y después de la operación suele ser eficaz para ayudarlas a superar esas reacciones. Observan también que un aspecto poco estudiado del aborto es la reacción del hombre ante esta experiencia. Indican que son pocos los centros especializados en los Estados Unidos que ofrecen servicios de asesoramiento para los hombres.

Con relación al papel que los proveedores de servicios tienen en la atención del aborto en nuestro país, Pick de Weiss y Alvarez (1992b), al referirse a los hierberos, evidencian la necesidad de desarrollar programas de capacitación dirigidos a las personas encargadas de atender los puestos de hierbas en los mercados, dado que constituyen recursos importantes de información en lo que a control de fertilidad se refiere. Asimismo, resaltan que los programas tendrían como objetivo fundamental cualificar el trabajo y las acciones de estos

miembros de la comunidad para formarlos y aprovecharlos como agentes multiplicadores y promotores de las instituciones de salud. Por otra parte, al referirse a la importancia que los farmacéutas tienen en la práctica del aborto en México, destacan la necesidad de desarrollar programas de capacitación, principalmente en aspectos relacionados con los métodos para practicar un aborto, así como de información sobre anticoncepción.

Con el fin de profundizar más en el estudio de las actitudes hacia el aborto en estudiantes universitarios, Ibáñez Brambila (1994), señala que es importante considerar otras variables, ya que éstas podrían explicar el comportamiento de los jóvenes ante un embarazo no deseado y predecir su conducta al respecto. Sugiere que sería relevante estudiar la relación entre la conducta sexual y anticonceptiva de los jóvenes universitarios y su actitud hacia el aborto; comparar también estudiantes universitarios sexualmente activos y no activos; así como analizar las experiencias previas de aborto y cuestionarles acerca de lo que harían en caso de verse implicados en un embarazo no deseado.

CAPITULO IV

EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LA ADOLESCENCIA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad hasta la fecha incurable y mortal producida por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), el cual afecta el sistema inmunológico atacando a las células T, permaneciendo allí por años antes de manifestarse, provocando diferentes enfermedades oportunistas que amenazan a las personas que lo padecen a enfermar y/o morir, razón por la cual es durante este periodo cuando el individuo infectado es capaz de transmitir la infección sin darse cuenta (Torres Maldonado, Alfaro Martínez, Díaz Loving y Villagrán Vázquez, 1994; López Muñoz y Rivera Aragón, 1992; Sepúlveda, 1989).

Fishbein (1990), señala que aunque se han hecho algunos progresos en el descubrimiento de medicamentos que retardan la aparición del SIDA y que parecen prolongar la vida de aquellos afectados por este mal, aún no existe cura ni vacuna alguna

contra esta enfermedad mortal, y es poco probable que vaya a conocerse alguna en un futuro cercano. Asimismo, afirma que el SIDA continúa siendo el mayor problema de salud pública en el mundo, y señala que a junio de 1990 se reportaron un total de 236,031 casos de SIDA registrados en 156 países, estimándose de que en el planeta existen cerca de 3 millones de personas infectadas con el virus del SIDA, y que en América, nuestro país ocupa el tercer lugar en casos de SIDA reportados, después de Estados Unidos y Brasil. Respecto a México, los informes epidemiológicos muestran que la población contagiada va en aumento, encontrándose que hasta el año de 1994 se habían reportado 23.400 casos de SIDA, de los cuales el 80% se deben a la transmisión por vía sexual (CONASIDA, 1994), citado por Díaz Loving y Alfaro Martínez (1995).

Florez Galaz y Díaz Loving (1991), confirmando las cifras anteriores, señalan que las formas principales de adquisición del virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la población mexicana son ya sea a través de la transfusión sanguínea o por contacto sexual. La primera forma de transmisión ha sido controlada a través de reglamentación sanitaria; sin embargo, en el caso de transmisión por contacto sexual el control ha sido difícil y complicado. Ampliando lo anterior, Díaz Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos (1994),

mencionan que a través de las relaciones sexuales el virus del SIDA se puede encontrar en los fluidos corporales (semen, sangre, preyaclación, fluido vaginal). De esta manera, señalan, una persona que tenga relaciones sexuales vaginales o anales sin protección con una pareja infectada incrementa su probabilidad de contraer dicho virus. Asimismo, existe riesgo al tener sexo oral sin protección, especialmente si se tiene una cortada u otra herida en la boca. Adicionalmente, Fishbein (1990), indica que las personas infectadas pueden transmitir el virus a sus bebés en el vientre materno y en sitios donde no existan los procedimientos adecuados para supervizar las donaciones de sangre.

Por otra parte, la salud ha jugado un papel importante en el desarrollo histórico de las sociedades, incluso la manera en que los individuos entienden y afrontan la enfermedad es una construcción social que ha caracterizado y diferenciado las distintas épocas de la evolución humana. En la actualidad, donde se habían enfrentado con cierto éxito médico algunas epidemias, apareció el SIDA, el cual ha causado una reevaluación social de la salud al enfrentar el hecho de que a la fecha es una enfermedad incurable y mortal (Sepúlveda, 1989; citado por Díaz Loving y Alfaro Martínez, 1995).

El impacto social, sus repercusiones en la salud de la humanidad, su letalidad y la imposibilidad de curarlo, hace que la investigación en relación a la dinámica de transmisión de SIDA y su prevención sean cruciales (Díaz Loving y Rivera Aragón, 1992), citado por Flores Galaz y Díaz Loving (1994). Al respecto, Heaton (1990), en Villagrán Vázquez (1993), menciona que el SIDA es de interés para los psicólogos, ya que los modos primarios de transmisión y algunas de sus manifestaciones clínicas más incapacitantes son conductuales, por lo que el papel de los científicos sociales es importante, especialmente para combatir la epidemia; añade además, que la prioridad de investigación psicológica es la de proveer un mejor entendimiento de los factores que influyen las conductas involucradas en la transmisión. Reforzando lo anterior, Fishbein (1990), indica que el SIDA es, primero y ante todo, una enfermedad conductual, y que lo que en última instancia determinará si la persona estará expuesta al virus del SIDA es su conducta. A su vez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1994), agregan que no afecta el lugar donde esté una persona o quién es ésta persona, pero sí lo que ésta haga.

El primer factor de riesgo considerado al inicio de la pandemia fue asociado al patrón sexual (inicio a la vida

sexual, preferencia sexual y número de parejas sexuales en la vida, entre otros), y algunas características sociodemográficas (género, edad y nivel socioeconómico entre otros), Villagrán Vázquez (1993). En México, son diversos los estudios realizados acerca de los patrones sexuales y de su asociación con otras variables relacionadas al contagio del SIDA. Al respecto, se pueden describir algunos datos significativos que resaltan la importancia de seguir realizando investigaciones que permitan comprender mejor esta enfermedad y sus repercusiones en nuestra sociedad.

Primero, como ya se mencionó anteriormente, los datos epidemiológicos indican que la principal forma de transmisión del SIDA es la sexual, la cual representa un 80% aproximadamente del registro total (Díaz Loving y Alfaro Martínez, 1995; Hernández Robledo, Camacho Valladares y Moreno Camacho, 1994; Villagrán Vázquez, 1993; Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Díaz Loving y Camacho Valladares, 1990).

Segundo, que el género masculino es el más afectado, encontrándose que uno de cada 1,200 del grupo de hombres de edad entre los 30 y los 34 años ha sido infectado por este virus; esto se debe entre otros aspectos a que los hombres tienen más parejas sexuales que las mujeres, aunque hay

que aclarar que la razón hombre-mujer ha ido disminuyendo de 17:1 a 6:1 desde la detección de los primeros casos (Díaz Loving y Alfaro Martínez, 1995; Díaz Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos, 1994; Villagrán Vázquez, 1993; Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving, 1992; Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Díaz Loving y Camacho Valladares, 1990.

Tercero, con relación a la orientación sexual de los sujetos, Villagrán Vázquez (1993), anota que la preferencia sexual predominantemente manifestada es la homosexual, seguida de la bisexual y finalmente de la heterosexual; Por su parte, Fishbein (1990), señala que mientras la incidencia de nuevas seroconversiones y los casos de SIDA entre los hombres homosexuales han ido disminuyendo, la incidencia entre los drogadictos intravenosos y los heterosexuales, particularmente las mujeres y los adolescentes, han ido aumentando; menciona además, que las mujeres tienen un mayor riesgo de contraer SIDA que los hombres (es más probable que un hombre infectado pase el virus del SIDA a una mujer no infectada, que una mujer infectada pase el virus a un hombre no infectado), por lo que existe una buena razón para que las mujeres tomen precauciones adicionales. Con resultados similares, Avila, Sepúlveda, Hernández y Nazar (CONASIDA,1989), estudiaron la transmisión del VIH en parejas heterosexuales, demostrando un incremento del 2% de comienzos de 1987, hasta el 12% al final de 1988,

encontrando que el mayor número de casos eran en hombres jóvenes (citado por Díaz Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos, 1994). Asimismo, Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Díaz Loving y Camacho Valladares (1990), citando otros estudios, destacan que el patrón bisexual masculino de transmisión de SIDA registrado en México y en otros países latinoamericanos es mayor que el reportado en otros países.

Cuarto, en varios estudios (Alfaro Martínez y Díaz Loving, 1994; Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving, 1992), se señalan que los grupos de edad con mayor riesgo de contraer la infección por VIH, son los adolescentes, puesto que son individuos jóvenes que se encuentran en plena etapa reproductiva, y que tienen mayor capacidad y necesidad de relaciones sexuales más frecuentes. Diversas investigaciones indican que el grupo más afectado se encuentra entre los 15 y 44 años de edad (Villagrán Vázquez, 1993). Otros reportes informan que la mayor incidencia de casos de SIDA queda comprendida en grupos que van de 25 a 45 años, y que debido a que el SIDA es una enfermedad de evolución crónica que tarda un promedio de 5 años en mostrar síntomas después del contagio, la enfermedad se manifiesta menos en personas de más corta edad, aún cuando se hayan infectado antes. Por lo anterior, los

adolescentes se convierten en un grupo con patrones conductuales de riesgo potencial de adquirir la infección por VIH, ya que se inician a una vida sexual activa sin mucha información, y posiblemente tienen patrones sexuales y de falta de prevención que los ponen en riesgo de adquirir la infección (Sepúlveda 1989; Díaz Loving y Alfaro Martínez, 1995). Otros estudios relacionados con los patrones de conducta sexual en adolescentes confirman los datos anteriores, indicando que este grupo de jóvenes están emitiendo conductas sexuales de riesgo para el contagio del VIH, al comprobar que son pocos los adolescentes que usan el preservativo al iniciar su vida sexual; además se ha encontrado que la mayoría de los adolescentes tienen parejas sexuales ocasionales lo cual es más marcado en los hombres y es mínimo el porcentaje de ellos que sostienen regularmente relaciones sexuales con la misma pareja (Díaz Loving y Alfaro Martínez, 1995; Villagrán Vázquez, 1993; Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving, 1992; Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Díaz Loving y Camacho Valladares, 1990; Sepúlveda, 1989; David, 1988).

Quinto, dentro de los estudios realizados sobre el patrón sexual en grupos de población no infectada, se puede incluir la edad al debut sexual, el género, la orientación sexual y número de parejas sexuales. Al respecto, se sabe que un porcentaje

mayor de hombres se inician sexualmente a más temprana edad, tienen más parejas sexuales en la vida, es más alta su frecuencia en tener relaciones sexuales, así como una mayor tendencia a la homo-bisexualidad, en comparación con la población femenina (Simon, 1989; Winslow, Rumbaut y Huang, 1989; Belfer, Krener y Miller, 1988), citado por Villagrán Vázquez (1993). Estudios con poblaciones universitarias indican que cerca del 50% se ha iniciado sexualmente aproximadamente al final de la educación media superior o al ingresar a la universidad (Villagrán Vázquez, 1993; Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Díaz Loving y Camacho Valladares, 1990). Otros trabajos relacionados, como el de Alfaro Martínez y Díaz Loving (1994), indican que el promedio de edad en que los adolescentes inician su vida sexual es a los 16 años. En cuanto al inicio sexual y mayor número de parejas en el género masculino, los datos obtenidos corresponden a las expectativas culturales mexicanas, en la cual al hombre se le permite y algunas veces se le fomenta un comportamiento sexual a edad más temprana, en donde es importante que éste tenga experiencia sexual, a diferencia de las mujeres, para las cuales existe la premisa sociocultural, que expresa que deben llegar vírgenes al matrimonio, como valor preponderante (Díaz-Guerrero, 1996; Alfaro Martínez y Díaz Loving, 1994; Villagrán Vázquez, 1993; Villagrán Vázquez, Cubas Carlin, Díaz Loving y Camacho Valladares, 1990).

Después de conocer algunas de las variables epidemiológicas asociadas al contagio, el interés de los psicólogos se encamina hacia algunas de las variables psicosociales asociadas a la transmisión del VIH, dentro de las cuales se ubica la autopercepción de riesgo. La autopercepción de riesgo es considerada como un factor de importancia para predecir conductas preventivas, que en el particular caso de la transmisión del VIH por vía sexual sería el uso del condón, especialmente para aquellas poblaciones cuyas alternativas no son la monogamia o la abstinencia (Villagrán Vázquez, 1993). Para Prohaska y cols., (1990), citado en Villagrán Vázquez (1993), el estudio de la autopercepción o estimación del riesgo de llegar a enfermarse es importante para entender por qué la gente realiza conductas que ponen en riesgo su salud o bien cuáles son los factores que motivan a la gente a buscar el cuidado de su salud. Por su parte, Alfaro Martínez y Díaz Loving (1994), resaltan la importancia de realizar estudios relacionados con la autopercepción de riesgo, sobre todo con poblaciones de adolescentes, ya que sería de esperar que si las personas se sienten en riesgo de enfermarse podrían llevar a cabo prácticas sexuales de bajo riesgo. Citando a Gree, agregan que si existiera una percepción de alto riesgo de contraer SIDA, podría influir en la motivación al cambio.

Los estudios sobre la percepción de vulnerabilidad a contraer SIDA, indican que la estimación del riesgo es muy baja en los diversos grupos sexualmente activos como adolescentes, universitarios o mujeres, a pesar de tener conductas riesgosas, como el tener múltiples parejas o bien relaciones vaginales o anales sin usar sexo seguro (Harrison, Wambach, Byers e Imershein, 1991; Downes, O'Gorman y Dinsmore, 1990; Kelly y cols., 1990; Severns, 1990), citado en Villagrán Vázquez (1993). Lo anterior concuerda con diversos estudios realizados en diferentes poblaciones mexicanas (Torres Maldonado, Alfaro Martínez, Díaz Loving y Villagrán Vázquez, 1994; Alfaro Martínez y Díaz Loving, 1994; Villagrán Vázquez, 1993; Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving, 1992; Sepúlveda, 1989), en donde se presenta una baja autopercepción ante el contagio del VIH, lo cual es más marcado en los adolescentes más jóvenes, que sin embargo la percepción de riesgo que tienen de otros grupos en los cuales ellos no se incluyen es alta, cayendo así en una atribución causa-efecto, en la cual únicamente los grupos ya estigmatizados como de riesgo (homosexuales, bisexuales, drogadictos, entre otros) son los únicos que si se pueden contagiar. Por otra parte, Flores Galaz y Díaz Loving (1992), en un estudio realizado con estudiantes universitarios, encontraron que el 47.14% han tenido relaciones

sexuales (hombres y mujeres) y el 52.85% no han tenido relaciones sexuales, de los estudiantes que sí han tenido relaciones sexuales se encontró que el 75.79% nunca usaron condón, el 13.37% algunas veces y el 10.82% siempre. Además se encontró que el 57.84% de la muestra total le preocupa mucho contagiarse de SIDA, el 26.76% algo y el 15.38% nada. Sin embargo, el 60% mencionó que no había pensado cambiar alguna de sus conductas como resultado de lo que sabía sobre SIDA y el 61.26% no había cambiado alguna conducta para protegerse del SIDA.

Por lo anterior, diversos investigadores resaltan la importancia de realizar estudios sobre la atribución o causas que las personas hacen sobre el origen del SIDA, al considerarla entre los factores psicosociales que pueden estar involucrados en la emisión de conductas preventivas.

Entre las interpretaciones que se dan para explicar estos resultados, se encuentran las de Torres Maldonado, Alfaro Martínez, Díaz Loving y Villagrán Vázquez (1994), quienes comentan que se pueden deber a que no se está haciendo un adecuado uso de la información que se tiene sobre SIDA, o bien que la información es errónea para estimar el riesgo en forma correcta. Tversky, Khaneman y Slovic (1982), citado por los

mismos autores, indican que las personas al estimar los riesgos tienen sesgos cognoscitivos puesto que muchas de las estimaciones que se realizan se basan en estereotipos, lo que permite a las personas incurrir en una atribución de causa-efecto a gente fuera de su propio grupo.

Resultados de diversas investigaciones confirman los datos anteriores. Por ejemplo, López Muñoz, Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1994), ilustran cómo poblaciones de adolescentes y adultos siguen manejando que hay grupos de alto riesgo; por ejemplo, el grupo de adolescentes del estudio citado, identifica como de alto riesgo a los homosexuales, bisexuales, lesbianas, prostitutas, drogadictos y los que tienen múltiples parejas; destacan los investigadores que si bien es cierto que los grupos mencionados tienen prácticas que aumentan el riesgo de contagio, no es posible excluir a los heterosexuales de prácticas similares. Por su parte, el grupo de las adultas de este estudio, cree que el riesgo de contagio está principalmente entre la gente mal alimentada, luego, los "infieles", las prostitutas, alcohólicos, los pobres, analfabetas y adolescentes. Anotan los autores, que ninguno de los dos grupos se mencionaron como grupo en riesgo, pareciendo que ambos grupos desplazan el riesgo de infectarse de tal manera que alejan a su grupo del contagio. Por otra parte,

Torres Maldonado, Alfaro Martínez, Díaz Loving y Villagrán Vázquez (1994), en un estudio con estudiantes adolescentes y adultos, se identifican como los grupos con más riesgo de adquirir el virus del SIDA a las prostitutas, personas promiscuas "vividores", personas sucias, desnutridas y drogadictos; ambos grupos señalaron que en general todas las personas son susceptibles de contagio sobre todo si no tienen medidas preventivas, sin embargo esta información denota generalidad en la cual ellos no se incluyen ya que su autopercepción de riesgo es nula.

Por otra parte, López Muñoz, Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1994), al indicar cómo diversos grupos persisten en la creencia de que son grupos y no prácticas las que ponen en riesgo de adquirir la enfermedad, señalan, al citar a Goffman (1970), que construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, o al grupo al que pertenece, realizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias, como por ejemplo: la clase social o la preferencia sexual. Hernández Robledo, Camacho Valladares y Moreno Camacho (1994), citando a De la Coleta (1990), señalan que las atribuciones que dan los sujetos que han experimentado algún fracaso personal, alguna enfermedad o desgracia física, están conformadas por razones

externas. Al respecto, estos investigadores al estudiar las atribuciones de contagio del VIH que tiene un grupo de hombres portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana, reportan en los resultados que los sujetos no se autoperciben como agentes de riesgo, así como tampoco sus conductas sexuales; ellos respondieron que los drogadictos y las prostitutas, y no los homosexuales son los grupos de alto riesgo. Agregan que esto podría reforzar la explicación sobre las atribuciones de la conducta acerca de que los individuos para explicar una situación personal, alguna enfermedad o desgracia física argumentan razones externas, esto se refiere a las fuerzas del ambiente donde el sujeto se desarrolla, sin embargo, es difícil que se autoperciban como generadores de daño o agentes de riesgo para los demás. En otra investigación con seropositivos homosexuales y bisexuales, López Muñoz y Rivera Aragón (1992), encontraron resultados similares. Reportan que al analizar la preferencia sexual de su muestra, se pudo observar que el grupo de los bisexuales tienen mayores conductas de prevención, ya que para los homosexuales lo creen menos riesgoso. Al respecto se puede pensar que los bisexuales se creen con mayor riesgo por tener relaciones sexuales con ambos sexos. En cuanto a las relaciones casuales se encontró que las personas con SIDA o seropositivas no las creen riesgosas, siempre y cuando se tengan las precauciones necesarias, pero consideran que con personas que consumen drogas es muy peligroso y sería mejor no

tener ningún trato con ellas. Llaman mucho la atención como los pacientes creen que la gente que se droga tiene mayor riesgo de infectar y, como lo menciona Goffman (1970), citado por los mismos investigadores, hay grupos que a pesar de ser estigmatizados como homosexuales y bisexuales, estigmatizan con mayor acentuación a otros grupos que están catalogados por tener conductas "malas" como el drogarse.

Diversos estudios relacionados con las investigaciones anteriormente descritas, han demostrado que persisten atribuciones asociadas a la evolución moral, que se relacionan con el hecho de que el SIDA es transmitido sexualmente, buscando así culpables sobre el origen de la enfermedad (Ramos, Díaz, Saldivar y Martínez, 1992; Sepúlveda, 1989;), citado por Torres Maldonado, Alfaro Martínez, Díaz Loving y Villagrán Vázquez (1994), agregando además, que el origen del SIDA fue a causa de la pérdida de valores, por la irresponsabilidad manifestada en las conductas sexuales y por la falta de higiene. Por ejemplo, entre los resultados del estudio realizado por Torres Maldonado, Alfaro Martínez, Díaz Loving y Villagrán Vázquez (1994), en ambos grupos el origen del virus del SIDA es atribuido a causas de tipo moral puesto que consideran que el virus del SIDA se originó por conductas homosexuales, bisexuales y promiscuas.

Como anteriormente se mencionó, es muy probable que factores cognoscitivos como el sesgo en el manejo de la información o emocionales se encuentren involucrados en la percepción de riesgo. Al respecto, López Muñoz y Rivera Aragón (1992), al estudiar el mecanismo de negación en relación al SIDA, resaltan que esta enfermedad causa severo impacto a nivel emocional debido al manejo de los valores morales y forma de pensar, además del miedo a la muerte; citando a Kubler-Ross (1982), mencionan que el hombre se cree inmortal y por ello le es difícil imaginarse su propia muerte. Señalan que de esta manera el paciente se enfrenta a una problemática nueva a partir del diagnóstico de la enfermedad, y que por ello el seropositivo recurre a la negación de manera inconsciente, mecanismo de defensa que se utiliza cuando una situación resulta dolorosa y angustiante, y para poder seguir luchando por las cosas deseadas y planeadas en la vida. Agregan, que por lo anterior es importante detectar a tiempo cuáles son las causas que subyacen en el paciente seropositivo para recurrir a la negación, ya que negar, en este caso, podría influir en la propagación del virus. Esto permitirá que el paciente acepte su seropositividad para prevenir la posible transmisión a los demás, y la reinfección, asimismo se podrá orientar al paciente seropositivo en las medidas que permitan

el desarrollo de su vida diaria. En un estudio realizado por estos mismos investigadores, se evaluó el nivel de negación en que se encuentra el paciente seropositivo, concluyendo que el paciente seropositivo no tiene ningún problema para aceptarse como portador del VIH, es decir, no entra en la negación en un primer nivel. En un segundo nivel de negación, que abarca lo que respecta a las enfermedades que puede producir el VIH, no hay una aceptación total como en el primer nivel, no obstante lo acepta. Con respecto al tercer nivel, que se refiere a lo que puede desencadenar el SIDA como es la muerte, si recurre al mecanismo de negación. Al respecto anotan los investigadores, que es mucho más sencillo saberse portador de una enfermedad, porque a través del tiempo nos enfrentamos a varios tipos de ellas y estamos acostumbrados a sus consecuencias y efectos. Sin embargo, pensar en la terminación de la vida a causa de un virus es mucho más difícil, ya que con ello se demuestra al ser humano su vulnerabilidad y su falta de educación con respecto a la muerte.

Entre otros de los factores psicosociales estudiados se encuentran los estados emocionales que las personas manifiestan ante el contagio del virus del SIDA, y que como se demostró en la investigación descrita por López Muñoz y Rivera Aragón

(1992), los aspectos emocionales como el miedo y ansiedad, están estrechamente relacionados con la percepción de riesgo hacia el SIDA y los mecanismos defensivos que emplean las personas para evitar perder el control y ser afectadas psicológicamente por esta enfermedad. Al respecto, en diversos estudios se puede observar cómo diferentes grupos de población manifiestan miedo ante la probabilidad de contagio (Alfaro Martínez y Díaz Loving, 1994; Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving, 1992). Por ejemplo, Torres Maldonado, Alfaro Martínez, Díaz Loving y Villagrán Vázquez, 1994), en su estudio con adolescentes y adultos masculinos encontraron que ambos grupos manifiestan un alto grado de temor ante la posibilidad de contagiarse del virus del SIDA. Asimismo, en cuanto a los sentimientos expresados ante el supuesto de tener SIDA se observó en ambos grupos estados depresivos, sienten que su futuro se vería truncado, y muestran miedo al rechazo social, desesperación y sentimientos de culpa, agresión y hostilidad, dirigidas básicamente a las personas con SIDA. Según Pescador y Bronfman, citado por estos mismos investigadores, emociones como las que se manifiestan ponen en marcha mecanismos irracionales por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables por medio de la exacerbación de prejuicios ya existentes, produciendo así reacciones antisociales que van desde la indiferencia del mal,

hasta la abierta hostilidad a ciertos grupos. A su vez, López Muñoz, Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1994), en su investigación realizada con mujeres adolescentes y adultas, en cuanto a los aspectos emocionales producidos por el SIDA, ambos grupos manifiestan miedo a la muerte y principalmente al rechazo de los seres queridos en el supuesto caso de infección por transmisión sexual, esto es, el tipo de transmisión es lo que estigma a los enfermos del SIDA. Los enfermos por lo tanto se dividen en buenos víctimas inocentes, los que fueron contagiados por transfusiones y los malos, aquellos que se han contagiado mediante las relaciones sexuales; de tal manera que se reflejan los tabúes culturales con respecto a la actividad sexual.

Por otra parte, Leventhal (en Alfaro Martínez y Díaz Loving, 1994), indica que el miedo puede ser un motivante efectivo para llevar a cabo conductas preventivas cuando se asocia a una amenaza, pero sólo en algunas circunstancias, ya que cuando el miedo es muy grande, la gente puede reaccionar negando la existencia del riesgo. Al respecto, otros investigadores reconocen la importancia que la información que reciben las personas acerca de la enfermedad, pudieran ser barreras o facilitadores de las conductas preventivas o de riesgo. Por ejemplo, López Muñoz, Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1994),

señalan que un mensaje con alto grado de miedo produce una ansiedad tal, que los sujetos niegan como en el caso del SIDA, la posibilidad de infectarse; con respecto a este punto, citando a diversos autores, estos investigadores señalan que la ansiedad despertada por el SIDA, puede inducir a la gente a creer que ya no hay tiempo suficiente para sopesar con cuidado la fuerza y la debilidad de diversas soluciones alternas a un problema relativo al SIDA, lo cual los paraliza e impide la toma de medidas preventivas; de igual manera un bajo grado de miedo no moviliza o no provoca a la acción, por lo que recomiendan que se manipule información de tal manera que se produzca un miedo moderado que aliente la emisión de conductas preventivas.

Existen también otros factores importantes que pueden predecir conductas sexuales de prevención del contagio de VIH. Entre estas están las creencias y actitudes que se tienen ante el SIDA y el uso del condón. Fishbein (1990), indica que las creencias son precedentes de las actitudes. Afirma que las creencias son la afirmación que se tiene acerca del objeto psicológico, esta información proviene de otros individuos, de la experiencia directa o de las inferencias que los individuos hacen acerca del objeto. Señala que la conducta está determinada finalmente por las propias creencias y el cambiar

la conducta se ve principalmente como una función del cambio en las creencias. Por su parte, Pepitone (1991), citado por (Díaz Loving y Alfaro Martínez, 1995; Rivera Aragón y Díaz Loving, 1994), indica que las creencias son conceptos normativos creados y enraizados en los grupos culturales, menciona que son estructuras relativamente estables que representa lo que existe para el individuo más allá de su percepción directa; es decir, son conceptos acerca de la naturaleza, las causas y creencias de las cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida.

En lo que se refiere a la transmisión por VIH y uso del condón, las creencias erróneas pueden llevar a conductas erróneas, así por ejemplo para enfrentar la transmisión por VIH, las creencias sobre el origen del SIDA y las creencias de que es una enfermedad exclusiva de homosexuales, bisexuales y prostitutas proporcionan cierta seguridad y control, si una persona no se identifica como perteneciente a uno de esos grupos (Díaz Loving y Alfaro Martínez, 1995; Alfaro Martínez y Díaz Loving, 1994; Sepúlveda, 1989). Asimismo, en diversos estudios con estudiantes universitarios y de preparatoria, se ha visto que existen creencias hacia el uso del condón que se pudieran considerar como futuras barreras o facilitadoras de las intenciones de usarlo (Díaz Loving y Alfaro Martínez, 1995;

Villagrán Vázquez y Díaz Loving, 1992a). Por ejemplo, Díaz Loving y Alfaro Martínez (1993), encontraron que la mayoría de los estudiantes tienen creencias favorables, lo cual concuerda con los resultados obtenidos por Villagrán (1993), en su estudio con jóvenes universitarios.

Las actitudes son los componentes afectivos, cognoscitivos y conductuales que se tiene acerca del objeto psicológico; Fishbein (1990), las define como un factor personal, que hace referencia a los sentimientos afectivos del individuo, ya sean positivos o negativos con respecto a la ejecución de una conducta en cuestión, y que pueden influir directamente en la realización de conductas preventivas. Señala que la actitud de una persona para realizar una conducta dada está en función de sus creencias más importantes, que le indican que al realizar la conducta logrará ciertos resultados, y que entre más se cree que realizar el acto específico llevará a logros positivos, más favorable la actitud de la persona hacia dicha conducta. Esto llevaría a decir, por ejemplo, que si la actitud de un individuo es positiva y cree que otras personas importantes para esta piensan que debería ponerse el condón, es muy probable que lo usaría. Agrega que aunque las actitudes generales hacia el concepto del condón son positivas, la mejor predicción de patrones conductuales se obtiene de analizar actitudes hacia las conductas, más que hacia los conceptos.

Concluye que las creencias y actitudes hacia el uso del condón, son factores que pueden predecir mejor la conducta de usar condón en las relaciones sexuales. Al respecto, este mismo investigador, realizó un estudio con jóvenes estudiantes de sexo femenino sobre los factores que influyen en la intención de decir a su pareja que use condón; sus resultados muestran que las actitudes conductuales son los determinantes más importantes que influyen en las intenciones conductuales de llevar a cabo conductas preventivas que reduzcan el contagio del virus por vía sexual, y que las actitudes positivas hacia la conducta de usar condón influyen sobre las intenciones conductuales de usarlo. Resultados similares reportan Díaz Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos (1994), al aplicar el modelo propuesto por la Teoría de Acción Razonada en una población de empleados de gobierno. Mencionan que a pesar de que se ha incrementado más el uso del condón, los adolescentes y adultos tienden a usarlo en forma irregular, tanto con sus parejas habituales como con desconocidos, y que la mayoría tiende a usarlo como un anticonceptivo y no como un preventivo ante el contagio del VIH. Por lo anterior, señalan la importancia de estudiar los antecedentes y consecuentes de las conductas relacionadas al contagio del mismo, además de reconocer que el uso del condón es una conducta que depende tanto del sujeto que lo usa, como de la petición del uso por parte de la pareja.

En un estudio con estudiantes universitarios, realizado por Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks (1990), citado por Díaz Loving y Alfaro Martínez (1995), se encontraron cuatro dimensiones actitudinales que pudieran estar influyendo en la intención de no usar condón. Indican que los perciben como inhibidores del placer sexual y físico y precursores de situaciones embarazosas como la compra y uso. A su vez, Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1992c), al referirse a este mismo estudio, señalan otras dimensiones que pudieran considerarse posibles facilitadores o barreras para las intenciones de usarlos: ofensivos, atractivos y efectivos; se encontraron además diferencias debidas al género, mientras las mujeres los consideraron más ofensivos, en los hombres la frecuencia de uso parecía estar asociada más con la atracción que con la ofensa. Por su parte, Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1992c), indican que al parecer, es mucho más compleja la decisión del uso del condón con la pareja sexual regular que con la ocasional, mientras con la pareja sexual regular se involucran factores de interacción de pareja, de hedonismo, económicos, morales, de género y de experiencia sexual; los predictores del uso del condón con la pareja sexual ocasional, se relacionan más con hedonismo y la respuesta sexual. En otro estudio realizado por Díaz Loving y Alfaro Martínez (1995),

encontraron que la mayoría de los estudiantes tienen actitudes favorables hacia el condón, lo cual concuerda con los resultados obtenidos por Villagrán (1993), en su estudio con jóvenes universitarios. Mencionan además que los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, tienen creencias y actitudes más favorables hacia el condón que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, quienes consideran que los condones son difíciles de obtener, van en contra de su religión, hacen las relaciones sexuales menos placenteras, impiden el romance y no siempre se deben de usar al tener relaciones sexuales. Este mismo patrón de resultados es encontrado por Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1992a), quienes indican que en los estudiantes que no han tenido relaciones sexuales se manifiestan actitudes negativas que podrían considerarse como barreras para la intención de usarlo en un futuro. Por otra parte, Twnsen, Mondragón, Izazola y Valdespino (1989), citado por Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992), encontraron que en estudiantes universitarios que tienen actividad sexual, la mayoría utilizan el condón y tienen una actitud favorable hacia el sexo seguro. Señalan que quizá los jóvenes que no han tenido relaciones sexuales no se ven en la posibilidad de contagiarse con el VIH, por lo cual tienen una actitud menos favorable hacia el sexo seguro y por consecuencia hacia los cambios en la conducta sexual para evitar el SIDA.

Indican además, que entre los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, los de mayor edad (18 a 20 años) tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro y hacia el cambio de sus patrones de conducta sexual que los jóvenes de menor edad (15 a 17 años), quienes muestran menores conocimientos de sexualidad y paralelamente no se sienten en riesgo de contraer el VIH. También se encontró en este estudio que entre más temor al contagio del VIH tengan los adolescentes, existe una actitud más favorable hacia los cambios en la conducta sexual para evitar el SIDA y el sexo seguro, posiblemente por que estos adolescentes se ven en riesgo de adquirir el SIDA. Es importante agregar sobre los resultados de esta investigación, que entre más favorable sea la actitud hacia los anticonceptivos, embarazo y aborto, existe una actitud más favorable hacia el sexo seguro, apoyo a enfermos de SIDA y cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA, manifestando así actitudes más responsables hacia la sexualidad y el SIDA. En el factor de actitudes hacia las relaciones sexuales con personas seropositivas, Díaz Loving y Alfaro Martínez (1993), encontraron en su estudio que los hombres y los estudiantes que han tenido relaciones sexuales, muestran actitudes más favorables hacia las relaciones sexuales con personas seropositivas, lo cual está indicando una mayor inclinación al riesgo, a diferencia de las mujeres y de

los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales. Mencionan además, que es probable que detrás de estas actitudes se presenten rasgos de personalidad como la búsqueda de la aventura y toma de riesgos, entre otros, encontrados en estudiantes universitarios inclinados a mezclar actividades de aventura y riesgo con actividades sexuales.

La importancia del estudio de las actitudes como un factor relacionado con el contagio del VIH, a motivado a investigar otros fenómenos asociados con las mismas. Al respecto, Reyes Lagunes (1990), en un estudio cuyo propósito fue conocer las actitudes que algunos grupos de estudiantes universitarios presentan hacia el SIDA y algunos fenómenos asociados, encontró que el SIDA se asocia significativamente con cáncer, prostitución, homosexualidad femenina, homosexualidad masculina y promiscuidad sexual; pero sorprendentemente no tiene ninguna relación con muerte, condón, drogadicción, ni con relaciones sexuales. Indica que estos resultados hacen pensar que los elementos aparentemente involucrados y publicitados a través de las campañas informativas, no han sido a la fecha integradas adecuadamente por el público en general; Así también, a que el estudiante universitario considera que esta pandemia es algo que sucede a otros y no a ellos. Por su parte, Florez Galaz y

Díaz Loving (1991), señalan que este síndrome evoca asociación con el sexo, sangre, drogas y muerte, y que son miedos básicos e inhibitorios en el ser humano. En un estudio con estudiantes universitarios en lo referente a las actitudes hacia la vida, muerte y SIDA, estos investigadores encontraron que la vida es evaluada de manera positiva, que la muerte se considera negativa, pero aceptable y segura. En cambio, el SIDA es conceptualizado todavía más negativamente. A su vez, el SIDA correlaciona significativamente con la muerte y no así con la vida. Señalan que esto hace pensar que el morir para algunas personas no es agradable pero sin embargo la aceptan; ésta tiene una connotación negativa pero aún mayor la tiene el SIDA. En otro estudio similar (Flores Galaz y Díaz Loving, 1992), estos mismos investigadores analizaron la actitud que se tiene hacia la salud, enfermedad y SIDA, encontrando igual que en su estudio anterior, que a la salud se le percibe de manera positiva, que a la enfermedad se le evalúa de manera negativa y al SIDA aún más. Por otra parte, las correlaciones confirman la percepción estigmatizada que se tiene sobre el SIDA ya que éste correlacionó significativamente con la enfermedad y no así con la salud.

Dentro de las variables que se encuentran directamente asociadas al riesgo de contagio y a las actitudes hacia el uso

del condón, se destacan los conocimientos sobre aspectos de sexualidad y SIDA. Al respecto, Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1992c.), citando diversos investigadores, indican que informes acerca de la influencia del conocimiento de las formas de transmisión y prevención del SIDA sobre las conductas preventivas, resultan contradictorios, ya que mientras algunos autores opinan que el conocer la enfermedad y sus formas de prevención y transmisión (especialmente la transmisión sexual) promueve cambios hacia conductas preventivas, otros han encontrado que a pesar de tal conocimiento, los individuos optan por no realizarlas. Al referirse a un estudio realizado por Montgomery, Emmons, Krischt, Kessler, Ostrow, Wortman, Obrien, Eshleman (1987) con hombres homosexuales, relacionando el conocimiento sobre SIDA y la percepción de riesgo, encontraron que los sujetos no asociaban el conocimiento con el riesgo de desarrollar SIDA. Por otra parte, Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992), reportan en una investigación realizada con estudiantes de preparatoria, que en general el promedio de los conocimientos de sexualidad fue malo. Alvarez Lozano (1983), citado por estos mismos investigadores, demostró que los adolescentes de preparatoria no poseen los conocimientos que la Secretaría de Educación Pública establece en el área de educación sexual. Anotan que los resultados anteriores se deben probablemente a que los

aspectos de sexualidad que se ven en secundaria, sólo son una parte del programa de biología o de ciencias naturales, y que en ocasiones no son vistos o vistos de manera muy general, por lo que es difícil que los adolescentes tengan los conocimientos básicos de sexualidad. Sin embargo, también se encontró en el estudio de Alfaro y cols., que los adolescentes tienen una percepción adecuada de la magnitud del problema del SIDA, observándose que poseen conocimientos medianamente adecuados de la enfermedad, sobre todo en sus formas de transmisión y prevención. Agregan también al relacionar variables, que entre más conocimientos de sexualidad tengan los adolescentes, existe un mayor conocimiento sobre SIDA y una actitud más favorable para la libertad en las relaciones sexuales, prácticas sexuales, anticonceptivos y embarazo, mostrando así actitudes más responsables hacia la sexualidad. Asimismo, mientras más conocimientos tengan los jóvenes del SIDA, existen menos mitos y estigmatizaciones de la enfermedad, puesto que existe una actitud más favorable para el apoyo a los enfermos de SIDA, además de que se crean actitudes más favorables hacia el sexo seguro, lo cual se justifica por las intervenciones educativas de las campañas de prevención.

Por otra parte, con el propósito de encontrar variables vinculadas a las conductas de riesgo de adquirir el VIH, diversos estudios han centrado su interés en asociar

ciertos rasgos de personalidad con la propensión a realizar conductas que conlleven alto riesgo de contagio, o por lo contrario, los rasgos y características que inducen a las personas a realizar prácticas y comportamientos que reducen su probabilidad de ser contagiados. Al respecto, Flores Galaz y Díaz Loving (1994), realizaron una investigación con estudiantes adolescentes de nivel medio superior, donde estudiaron rasgos de personalidad como la asertividad, locus de control y comunicación sexual, considerados indicadores importantes que permiten entender e intervenir en el comportamiento sexual de los adolescentes. Entre los resultados se encontró que las mujeres tienen mayor control en su vida sexual y son más asertivas con sus parejas que los hombres. Asimismo, tienen mayor comunicación sexual con su pareja, y la comunicación con los padres se da de una manera tradicional, es decir, existe una mayor comunicación entre hijo y padre del mismo sexo. Por otra parte, los sujetos que ya tuvieron su debut sexual son personas más asertivas y presentan mayor comunicación sexual con su pareja. Díaz Loving (1994), citado por estos mismos investigadores, señala que el control interno de la salud y la evaluación que otros hacen de uno incrementa las conductas de prevención como son el tener menos parejas y usar condón con parejas ocasionales, mientras que las personas con control externo que creen en la suerte, tienen una visión

mágica de la vida que implica un menor temor a contagiarse y por consiguiente más conductas de riesgo como son el tener más parejas sexuales, no usar el condón con la pareja regular y mezclar sexo con alcohol. En cuanto a la asertividad, indica que se ha encontrado que aquellos sujetos que son abiertos y asertivos en sus relaciones sexuales y de pareja usan condón con su pareja regular en forma consistente. Por otra parte, Prohaska, Albrech, Levy, Suqrue y Kim (1990), citados por Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1992c.), agregan al respecto, que desde un punto de vista congnoctivo, el conocimiento acerca de la vida sexual pasada de sus parejas sexuales, la vergüenza y el miedo de tener SIDA y la preocupación de la propia salud se encuentran asociados con la percepción de riesgo.

Por otra parte, otros estudios de personalidad se han enfocado a investigar los aspectos de la comunicación sobre temas de sexualidad y SIDA entre padres-hijos y su relación con el contagio del VIH. Al respecto, Andrade Palos, Camacho Valladares y Díaz Loving (1992), señalan que los resultados principales de estudios llevados a cabo en México indican que las adolescentes que han tenido más comunicación con sus madres sobre sexualidad son las que menos probabilidad tienen de haber tenido relaciones sexuales, y en caso de tenerlas son las que

mayor probabilidad tienen de usar anticonceptivos; Asimismo, que los jóvenes que tienen menor probabilidad de embarazar a una chica son los que tienen mayor comunicación con la madre. Con relación a lo anterior, estos investigadores realizaron una investigación con una muestra de estudiantes de licenciatura, corroborando la influencia de la comunicación padres-hijos sobre temas de sexualidad en la conducta sexual de los hijos, ya que los hijos que han tenido vida sexual son los que menos comunicación han tenido con sus padres. Agregan que este dato es contrario a lo que muchos padres piensan respecto a que hablar con sus hijos sobre sexo podría generar mayor número de conductas sexuales. Indican en cuanto a la baja comunicación padres-hijos sobre sexualidad, que es necesario seguir investigando para conocer las razones por las que esto se da, entre otras posibles, la incapacidad de los padres para establecer discusiones sobre el tema, las variables religiosas y quizás creencias erróneas. Anotan finalmente, que poder determinar cuales factores limitan dicha comunicación, permitiría eliminar las barreras que de alguna manera obstaculizan la apertura al diálogo padres-hijos sobre temas sexuales. Concluye dicho estudio, destacando el hecho de que los hombres que han tenido vida sexual son los que más comunicación han tenido con su padre y el patrón inverso se presenta en las mujeres. Señalan (retomando las premisas

histórico-social estudiadas por Díaz-Guerrero, 1996), que esto podría explicarse desde el punto de vista cultural, dado que en la cultura mexicana, el hombre que ha tenido vida sexual es "más hombre"; de ahí que el padre fomente de alguna manera esta conducta en los hijos varones.

A partir de los numerosos estudios realizados para comprender y explicar los diversos factores y variables relacionados con el SIDA, han surgido también propuestas y recomendaciones educativas para ser incluidas en campañas y otras formas de intervención en diferentes poblaciones de riesgo. Al respecto, Díaz Loving y Alfaro Martínez (1995), indican que factores como la autopercepción de riesgo, creencias hacia grupos de riesgo y su probabilidad de contagio de VIH, así como los factores de creencias y actitudes hacia el condón y su uso en las relaciones sexuales, deben ser incluidas en campañas de salud dentro de la política educativa dirigida a estudiantes. Asimismo, mencionan que es importante que en otros estudios se tomen en cuenta variables motivacionales, emocionales, atribucionales, así como de personalidad, para poder desarrollar programas educativos más efectivos e integrales, que tengan como base factores psicosociales que sean predictores de conductas preventivas y así reducir la propagación del virus del SIDA. Por otra parte, Villagrán

Vázquez y Díaz Loving (1992c), señalan la necesidad de crear programas de educación sexual, en los que se destaquen los aspectos hedónicos del condón y se entrene a las mujeres para ser asertivas al solicitar a sus parejas su uso. Informan también que es importante concientizar a los estudiantes para reconocer que mientras más parejas sexuales tengan o hayan tenido aumenta la probabilidad de contagio. La recomendación anterior obedece a que observan que las parejas sexuales de mujeres universitarias son las que con menor frecuencia usan el condón, y que esto podría deberse a que culturalmente las mujeres presentan un menor número de experiencias sexuales en la vida. A su vez, López Muñoz y Rivera Aragón (1992), añaden que los programas educativos deben tomar en cuenta los mecanismos de evitación-negación, para que lo que se desea comunicar llegue al público. Por su parte, Andrade Palos, Camacho Valladares y Díaz Loving (1992), al observar el hecho de que a los jóvenes que más les preocupa contraer SIDA y aquellos que han cambiado alguna de sus conductas para protegerse del contagio son los que más comunicación tienen con sus padres, hacen patente la necesidad de diseñar programas de prevención y educación sexual, tanto para padres como para hijos, que fomenten la comunicación sobre temas de sexualidad.

De los resultados encontrados por Flores Galaz y Díaz Loving (1994), en su estudio sobre locus de control y asertividad, estos autores sugieren que las intervenciones de prevención para las personas de control interno deberían enfocarse a incrementar sus conocimientos sobre las formas de contagio; en cambio, para las personas que creen en la suerte, las campañas deben atacar los procesos cognitivos involucrados en la toma de decisiones. En cuanto a los sujetos que son abiertos y asertivos en sus relaciones sexuales y de pareja, las campañas deben ir encaminadas a reiterar las ventajas y utilidad de su uso. Concluyen que es importante considerar la forma en que la personalidad interviene en el comportamiento sexual de los adolescentes, para la creación de futuras campañas de prevención de SIDA. Por su parte, Fishbein (1990), al referirse a las aplicaciones de la Teoría de la Acción Razonada, indica que con el fin de cambiar o mantener una conducta determinada en una población dada, uno debe entender primero las determinantes de esa conducta en esa población, y que entre más se conozca acerca de los factores que influyen la propia decisión de llevar a cabo, o no llevar a cabo una conducta, mayor es la posibilidad de que uno pueda desarrollar intervenciones educativas exitosas para influir en esa conducta. Con relación a lo anterior, Díaz Loving, Rivera Aragón y Andrade Palos (1994), advierten que las

acciones y programas deberán dirigirse al aspecto preventivo y educativo, y que tomando en cuenta de si se trata de hombres o mujeres, y de relaciones con parejas regulares u ocasionales, estos programas de influencia social deben ser diferentes para cada género y para cada situación social. Por su parte, Sheran, Abraham, Abrams, Spears y Marks (1990), citado por Florez Galaz y Diaz Loving (1991), proponen que deben tomarse en cuenta en los programas de prevención, aspectos como lo ofensivo, atractivo y efectivo del condón. A su vez, Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992), indican que para poder diseñar programas educativos que tienen como objetivo la prevención de la enfermedad en estudiantes de preparatoria, es importante saber cuáles son los conocimientos, actitudes y comportamiento sexual, ya que esto juega un papel relevante en la actitud que tomen hacia el SIDA, los cuales deben afectar los patrones de conducta sexual. Con relación a lo mismo, Villagrán Vázquez (1993), al advertir en su estudio que el patrón sexual de la población universitaria indica que cerca del 50% se ha iniciado sexualmente aproximadamente al final de la educación media superior o al ingresar a la universidad, señala la importancia de crear programas de educación sexual que den inicio durante la educación media o antes.

Con relación a algunos resultados de las intervenciones educativas de las campañas de prevención del SIDA, Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992), comentan que estas han logrado disminuir mitos y estigmatizaciones de la enfermedad; agregan que de esta forma la mayoría de los adolescentes, en especial las mujeres y los jóvenes que han tenido relaciones sexuales, tienen una actitud más favorable para dar apoyo a los enfermos de SIDA; observan que también se ha logrado modificar algunas actitudes sexuales para evitar el contagio del VIH, puesto que la mayoría de los jóvenes, sobre todo los adolescentes, que han tenido relaciones sexuales y usan anticonceptivos, muestran una actitud favorable hacia el sexo seguro. Sin embargo, otros investigadores como Rivera Aragón y Díaz Loving (1994), señalan que no obstante que el uso del condón hasta la fecha ha sido ampliamente difundido por los medios de comunicación, muchas personas lo usan en forma irregular o no lo usan, y si lo usan, en muchas ocasiones desconocen la forma correcta en que lo deben de usar. Relacionado con lo anterior, Pick de Weiss, Andrade Palos y Alvarez Izazaga (1990), indican que las farmacias son una de las fuentes más comunes de anticonceptivos; las cifras muestran que más del 50% de los anticonceptivos en México son distribuidos a través de las farmacias. Los autores mencionan que los resultados obtenidos en su investigación con personal

de farmacias se pueden considerar preocupantes. Reportan de que menos de la mitad de los sujetos saben que el contacto sexual es una forma de transmisión del VIH y que sólo un poco más de la tercera parte mencionó que cualquier persona puede ser contagiada. Por otro lado, menos de la mitad del personal entrevistado considera que el uso del condón es una medida preventiva de la transmisión del VIH y enfermedades sexualmente transmisibles. Asimismo, en lo que se refiere a actitudes hacia la enseñanza del uso del condón, se observa que todavía es muy conservadora entre el personal de farmacias. Por lo anterior, estos autores resaltan la necesidad que existe de ofrecer educación sobre SIDA, enfermedades sexualmente transmisibles y uso del condón al personal de farmacias, tanto en lo que se refiere a conocimientos como a cambios de actitudes y prácticas.

CAPITULO V

METODOLOGIA

OBJETIVOS

Evaluar los conocimientos que tienen un grupo de adolescentes sobre anatomía y fisiología sexual; métodos anticonceptivos; enfermedades de transmisión sexual; SIDA; relaciones sexuales y masturbación.

Analizar las actitudes que tienen un grupo de adolescentes sobre relaciones sexuales; diversos tipos de prácticas sexuales; orgasmo; métodos anticonceptivos; aborto; virginidad; menstruación; embarazo; planificación familiar; enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Identificar las fuentes de información sexual utilizadas en el pasado y aquellas que probablemente utilizarían en el futuro un grupo de adolescentes.

Describir los tipos de conductas sexuales que han tenido un grupo de adolescentes, en particular sobre masturbación, relaciones sexuales, preferencias sexuales y métodos anticonceptivos.

METODO

VARIABLES

1.- SEXO:

(Definición conceptual). Definido por el Diccionario Enciclopédico Guillet como el conjunto de individuos de un mismo sexo; asimismo, se define a la sexualidad como el conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo.

(Definición operacional). En nuestro estudio clasificamos a los sujetos en grupos de hombres y mujeres.

2.- EDAD:

(Definición conceptual). Es definida por la misma fuente como cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.

(Definición operacional). La edad es medida por los años de vida. En nuestro trabajo se clasificó a los adolescentes en 10 grupos de edad: 15, 17, 18, 19, 20 (hombres); 15, 17, 18, 19, 20 (mujeres).

3.- CONDUCTA SEXUAL:

(Definición conceptual). Se refiere en nuestro estudio a la medición de dos conductas sexuales específicas: la masturbación y las relaciones sexuales. La masturbación es definida por el Diccionario Larousse como la producción del orgasmo excitando

los órganos sexuales con la mano. Las relaciones sexuales las estamos definiendo en este trabajo como la realización del coito con otra persona, y que puede ser de tipo heterosexual, homosexual o bisexual.

(Definición operacional). La masturbación se midió en términos de haberse masturbado alguna vez, y las relaciones sexuales de si los jóvenes han tenido o no relaciones sexuales. Estas conductas fueron registradas en un cuestionario con reactivos de tipo semiabierto.

4.- UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS:

(Definición conceptual). Se refiere a haber o no haber utilizado anticonceptivos en las relaciones sexuales. Según se menciona en el Diccionario Enciclopédico Guillet, la anticoncepción se refiere al medio, práctica o agente destinado a impedir la fecundación.

(Definición operacional). En nuestro estudio se midió la utilización de métodos anticonceptivos a través de un cuestionario con preguntas semiabiertas.

5.- FUENTES DE INFORMACION SEXUAL:

(Definición conceptual). Se refiere a la identificación de las fuentes sexuales más importantes empleadas en el pasado de los adolescentes; así también, se refiere a la identificación de las fuentes informativas que en el presente o en el futuro pueden ser consultadas por los jóvenes.

(Definición operacional). Se midió en nuestro estudio con dos preguntas con 21 opciones de respuesta cada una.

6.- CONOCIMIENTOS SEXUALES:

(Definición conceptual). Se refiere al grado de información que tienen los adolescentes sobre los siguientes aspectos: anatomía y fisiología sexual; enfermedades de transmisión sexual; masturbación; métodos anticonceptivos y relaciones sexuales.

(Definición operacional). Estos temas fueron medidos en nuestro trabajo a través de un cuestionario de conocimientos, tomando una escala de medición de 0 a 10 puntos.

7.- ACTITUDES SEXUALES:

(Definición conceptual). Retomamos la definición de Kimball Young (1973), que señala que "una actitud es una tendencia a la acción...que una actitud es esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente se complementa". Por otra parte, Reyes Lagunes (1990), indica que al estudiar una actitud se está penetrando en la organización de los procesos motivacionales, afectivos, emocionales y cognitivos del sujeto.

(Definición operacional). En nuestro trabajo nos estamos refiriendo específicamente a las actitudes hacia la sexualidad que se registran en un grupo de jóvenes. Aquí se seleccionaron 18 temas sobre diferentes aspectos de la sexualidad de las personas, y que fueron medidos a través de una escala de actitudes tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que va de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

SUJETOS

En la investigación se utilizó un muestreo no probabilístico por cuota, donde se seleccionaron 190 estudiantes de ambos sexos, 95 hombres y 95 mujeres, los cuales fueron distribuidos en diez grupos, conformados de la siguiente forma:

GRUPO I:	25 HOMBRES DE 15 AÑOS
GRUPO II:	25 MUJERES DE 15 AÑOS
GRUPO III:	25 HOMBRES DE 17 AÑOS
GRUPO IV:	25 MUJERES DE 17 AÑOS
GRUPO V:	15 HOMBRES DE 18 AÑOS
GRUPO VI:	15 MUJERES DE 18 AÑOS
GRUPO VII:	15 HOMBRES DE 19 AÑOS
GRUPO VIII:	15 MUJERES DE 19 AÑOS
GRUPO IX:	15 HOMBRES DE 20 AÑOS
GRUPO X:	15 MUJERES DE 20 AÑOS

Los grupos de 15 a 17 años son estudiantes de preparatoria, y los de 18 a 20 años son estudiantes de las carreras de Derecho y Administración.

Las razones por las que se decidió distribuir la muestra de esta forma, se tomaron considerando que gran parte de los estudios sobre el tema agrupan varios niveles de edad, no diferenciando entre graduaciones más pequeñas, a pesar de que la bibliografía en el área del desarrollo adolescente concuerda en los cambios que hay entre diferentes etapas de la adolescencia. Por otra parte, cabe aclarar que aunque el grupo de 20 años se considera por algunos investigadores como un adulto joven más que como adolescente, se incluyó por encontrarse disponible para este trabajo, así como poder contar con la posibilidad de realizar este estudio con grupos de edad más amplios.

DISEÑO

Este estudio tiene como características importantes el de ser una investigación de tipo descriptivo, de campo, no experimental y transversal. Aquí se pretendió medir de manera más bien independiente algunas áreas de la sexualidad en un grupo de adolescentes y posteriormente poder describirlas.

Aunque no es el propósito de este estudio establecer correlaciones entre variables, si se buscó analizar, a nivel de mediciones en porcentajes, algunas posibles diferencias en los grupos, tomadas de los datos que se registraron en los resultados, tomando siempre en cuenta las limitaciones metodológicas del estudio.

Por otra parte, este estudio fue de campo porque se realizó en las instalaciones de dos colegios particulares de nivel medio superior y superior localizados en el Estado de México. Asimismo, se considera no experimental y de tipo transversal, porque en el desarrollo del mismo no se pretendió manipular deliberadamente ninguna variable, solo se buscó realizar mediciones en un momento dado.

INSTRUMENTOS

Para la realización de este estudio se conformaron los siguientes instrumentos (ver anexo 1):

I.-UNA FICHA DE IDENTIFICACION, que tuvo como propósito recabar información sobre aspectos de caracter general, lo cual

premitió conocer características importantes de los sujetos del estudio, como al grupo socioeconómico al que pertenecen, el nivel educativo de sus familias y la zona geográfica de procedencia. Esta parte quedó integrada por 12 preguntas, y para su elaboración se revisaron los instrumentos utilizados en otros estudios, integrándose al final una ficha de identificación original.

II.-UN CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SEXUALES, conformado por 99 preguntas, de opción múltiple (25) y falso-verdadero (74). Con este instrumento se pretende evaluar cinco áreas importantes de la sexualidad, quedando integrado de la siguiente manera: Anatomía y fisiología sexual (31); Enfermedades transmitidas sexualmente, en particular el SIDA (36); Masturbación (5); Métodos anticonceptivos (19); Relaciones sexuales (8). Para la construcción del cuestionario se seleccionaron 53 reactivos del instrumento validado y aplicado por (Alfaro Martínez, 1991; Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving, 1992). Las 43 preguntas restantes fueron elegidas a partir de la revisión bibliográfica en el área de la sexualidad.

La distribución de temas y preguntas del cuestionario de conocimientos, quedó integrado de la siguiente forma:

TEMAS

PREGUNTAS

- | | |
|--|-------------------|
| 1.-Anatomía y fisiología sexual----- | 1-29,43,44 |
| 2.-Enfermedades de transmisión sexual-----
(en particular, el SIDA) | 64-99 |
| 3.-Masturbación----- | 30-33,59 |
| 4.-Métodos anticonceptivos----- | 34-42,53-58,60-63 |
| 5.-Relaciones sexuales----- | 45-52 |

La forma de calificar cada reactivo de este cuestionario, fue a través de las siguientes opciones de respuesta: 0-5 malos; 6-7 regulares; 8-9 buenos; 10 excelentes.

III.-UNA ESCALA DE ACTITUDES TIPO LIKERT, que incluye 77 afirmaciones sobre las siguientes áreas de la sexualidad: Relaciones sexuales (14); Tipo de prácticas sexuales (4); Orgasmo (3); Homosexualidad (3); Masturbación (7); Métodos anticonceptivos (8); Aborto (3); Virginidad (3); Menstruación (3); Embarazo (2); Planificación familiar (2); Enfermedades de transmisión sexual (3); SIDA (22). Para la construcción de la escala se seleccionaron 51 reactivos del instrumento validado y aplicado por (Alfaro Martínez, 1991; Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving, 1992). Las 26 preguntas restantes fueron elegidas a partir de la revisión bibliográfica en el área de la sexualidad.

La distribución de temas y afirmaciones de la escala de actitudes quedó integrada de la siguiente forma:

TEMAS

PREGUNTAS

1.-Relaciones sexuales---2,4,8,11,13,14,17,22,24,27,28,33,38,53

2.-Tipo de prácticas sexuales (oral, anal, bisexual)16,19,20,23

3.-Orgasmo-----	31,42,46
4.-Homosexualidad-----	44,50,54
5.-Masturbación-----	7,15,18,21,32,37,41
6.-Métodos anticonceptivos-----	6,9,25,40,49,51,52,68
7.-Aborto-----	5,26,45
8.-Virginidad-----	1,10,35
9.-Menstruación-----	34,43,47
10.-Embarazo-----	3,12
11.-Planificación familiar-----	30,48
12.-Enfermedades de transmisión sexual-----	29,36,39
13.-Información para prevenir el SIDA-----	56,61,66,71,75
14.-Prostitución, homosexualidad y bisexualidad como causas de SIDA-----	60,65,70,72

- 15.-Las pruebas de detección de SIDA-----57,69,77
- 16.-Apoyo a los enfermos de SIDA-----58,62,64,67,73,74
- 17.-Temor y riesgo al contagio de SIDA-----55,59
- 18.-Sexo seguro-----63,76

La forma de calificar cada afirmación de esta escala, fue a través de las siguientes opciones de respuesta: TA: totalmente de acuerdo; A: acuerdo; I: indeciso; D: desacuerdo; TD: totalmente en desacuerdo.

IV.-UN CUESTIONARIO SOBRE FUENTES DE INFORMACION SEXUAL, cuyo propósito fue evaluar las fuentes de información sexual que han sido utilizadas en el pasado, así como aquellas que pueden ser utilizadas en el futuro. Parte de esta sección se obtuvo del texto de Reinisch y Beasley (1992), acerca del informe Kinsey sobre sexualidad.

V.-UN CUESTIONARIO SOBRE CONDUCTA SEXUAL Y ANTICONCEPTIVA (13 preguntas), que tuvo como objetivo conocer algunos aspectos

de su experiencia sexual, como actividad masturbatoria, orientación sexual, relaciones sexuales, anticoncepción y enfermedades venéreas, y que fueron seleccionados a partir de la revisión de otros instrumentos.

VI.-UN CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO. En la parte final se agregó una sección que tuvo como finalidad evaluar de manera general la totalidad del instrumento, como por ejemplo, si las preguntas fueron de interés, difíciles de contestar o si hubo preguntas a las que no se quiso contestar.

Es importante señalar que en el presente estudio no se aplicaron los procedimientos estadísticos necesarios para determinar la validez y confiabilidad de los instrumentos antes descritos, por lo que los resultados por ellos obtenidos deben ser considerados como preliminares. Por lo anterior, el alcance de sus conclusiones y generalizaciones tienen que ser limitados y parciales, y el empleo de las técnicas estadísticas deben ser de tipo descriptivo.

PROCEDIMIENTO

En una primera etapa se elaboraron los instrumentos de evaluación con las características antes mencionadas, para posteriormente pilotearse con un grupo de estudiantes de preparatoria (25 hombres y 25 mujeres) de uno de los colegios antes mencionados. Cabe señalar que se seleccionaron estas instituciones por contar con la autorización de los directivos y por el apoyo de sus departamentos de psicopedagogía para la aplicación de los cuestionarios. Para este estudio piloto se elaboró y aplicó un cuestionario que tuvo como propósito registrar las opiniones de los estudiantes acerca de los instrumentos. El tiempo promedio de la aplicación fue de 1.30 hrs.

Como resultado de la aplicación piloto se corrigieron los instrumentos, aunque como se mencionó anteriormente, no se determinó su validez y confiabilidad. En esta segunda etapa, se identificaron los grupos de investigación, se eligieron las instalaciones y aulas de ambos planteles que serán utilizadas, se revizaron los instrumentos y sus instrucciones con los equipos de psicopedagogía de ambos colegios, y se acordaron las fechas y horas de aplicación.

En la tercera etapa de la investigación, se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos.

En la cuarta etapa, se analiza y procesa la información. Tomando en cuenta que este estudio es de tipo descriptivo y preliminar, y que los instrumentos que se conformaron deberán ser validados previamente para poder ser utilizados con otros grupos de adolescentes, los datos que se arrojen serán analizados empleando algunas técnicas estadísticas descriptivas y sus resultados se presentarán en tablas de frecuencia y cuadros de distribución.

CAPITULO VI

RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

El total de sujetos del estudio fue de 190. 50% hombres y 50% mujeres. Casi la totalidad de los estudiantes tienen su domicilio en ocho municipios del noroeste del Estado de México y viven en casa propia (ver anexo 2).

En cuanto a la participación económica de estos adolescentes al ingreso familiar, el 86% del total no trabaja. Respecto a los ingresos globales de la familia, el 69% se incluye en un rango de mil a seis mil pesos mensuales, aunque también se observa que un gran número desconoce estos datos.

Con relación a las actividades que realizan los padres de estos, se observa que el 66% de sus papás son empleados y el 21% tienen actividades independientes; A diferencia de estos,

las actividades de sus madres se concentran en el hogar con 76%, y donde sólo el 23% trabaja fuera de su hogar.

Por último, con respecto a la escolaridad máxima de sus padres, se informa acerca del papá que el 25% tiene primaria, el 26% secundaria, 17% preparatoria y 23% profesional. Con relación a los estudios de la madre, se menciona que el 33% terminó la primaria, el 39% la secundaria, el 16% preparatoria y 7% profesional.

RESULTADOS AL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SEXUALES

Entre los resultados encontrados de la aplicación del cuestionario sobre conocimientos de sexualidad, se puede mencionar que en general, los promedios de las calificaciones de todos los grupos son apenas regulares, entre seis y siete, excepto el grupo de mujeres de 15 años que obtuvo resultados reprobatorios y que junto con los varones de la misma edad, representan los puntajes más bajos, de acuerdo a la forma acordada para evaluar a los estudiantes (ver tabla 1).

Por otra parte, se observa una ligera tendencia que indica que a mayor edad de los adolescentes, presentan en promedio un mejor nivel de conocimientos sobre sexualidad, aunque en esta muestra esto no parece ser significativo. Por ejemplo, el promedio de calificaciones obtenidas en los jóvenes de ambos sexos de 15, 17 y 18 años fue menor que los de 19 y 20 años; los puntajes de los de 15 de ambos sexos fue de 59, superado por los de 20 años con 69 puntos. Asimismo, es importante mencionar que no se observan diferencias en el rendimiento

entre hombres y mujeres, en ambos grupos el promedio es cercano a 67 puntos.

Buscando diferencias por temas específicos, se puede señalar que los conocimientos más altos que tienen estos adolescentes son los relacionados sobre aspectos de masturbación, con una calificación promedio de 80, considerada como buena, seguido por E.T.S y SIDA, con 73 puntos. En los demás temas evaluados, el rendimiento observado fue en promedio de 63. De forma más específica y tomando en cuenta la edad y sexo de los sujetos, se observa que el grupo de 15H tiene calificaciones reprobatorias en las áreas de anatomía y fisiología sexual, anticoncepción y relaciones sexuales; por su parte, el grupo de 15M presenta dificultades en los temas de anatomía y fisiología sexual y anticoncepción. Finalmente, es importante señalar que el tema que mayor dificultad ocasionó fue el de métodos anticonceptivos, donde cuatro de los diez grupos obtuvo resultados reprobatorios y dos más apenas pasaron con seis.

TABLA 1

RESULTADOS PROMEDIOS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SEXUALES, DISTRIBUIDOS POR GRUPOS DE EDAD, SEXO Y TEMAS

GPO (15H)	GPO (15M)	GPO (17H)	GPO (17M)	GPO (18H)	GPO (18M)	GPO (19H)	GPO (19M)	GPO (20H)	GPO (20M)
PROMEDIO GENERAL									
60	58	70	63	64	71	75	67	65	73
ANATOMIA Y FISIOLOGIA SEXUAL									
54	52	66	65	61	63	72	65	64	72
(E.T.S) (SIDA)									
66	64	76	70	70	79	78	76	76	79
MASTURBACION									
70	66	89	68	81	87	89	79	85	89
ANTICONCEPCION									
57	54	64	55	57	70	73	60	60	66
RELACIONES SEXUALES									
58	61	70	57	62	63	73	60	56	67

H: hombres M: mujeres

Nota: Los resultados se basan en el sistema de calificación numérica del 0 al 10, donde puntuaciones de 0-5 se consideran malos; 6-7 regulares; 8-9 buenos y 10 excelentes. Los resultados se presentan en puntuaciones promedio, de acuerdo a los resultados individuales de cada sujeto en cada grupo.

**RESULTADOS EN LA ESCALA DE ACTITUDES
SOBRE SEXUALIDAD**

**ACTITUDES SOBRE LAS
RELACIONES SEXUALES**

Analizando las actitudes que tienen estos adolescentes sobre las relaciones sexuales, se encuentra que sobre afirmaciones relacionadas con lo agradables y placenteras que pueden ser las relaciones sexuales, los resultados que se observan en los siguientes cuadros, indican de manera general, que la mayoría de sus actitudes son positivas y de aceptación, sin embargo, un porcentaje considerablemente alto de jóvenes de ambos sexos y de todas las edades, principalmente en los más jóvenes, tiene dudas o están en desacuerdo al respecto.

4. Las relaciones sexuales son para obtener placer.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	9	12	12	20	20	7	20	7	0	0
A	32	24	44	12	33	33	20	33	47	29
I	32	24	8	20	20	7	7	0	13	21
D	9	12	20	28	13	27	40	33	20	21
TD	18	28	16	20	13	27	13	27	20	29

8. Obtener placer de las relaciones sexuales es algo que debe evitarse.

OPCION/GPD.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	36	4	12	0	0	7	7	7	7
A	9	4	0	12	13	0	0	14	0	13
I	18	28	4	4	13	20	0	14	7	20
D	23	20	32	32	40	33	27	36	33	13
TD	50	12	60	40	33	47	67	29	53	47

11. Divertirse durante las relaciones sexuales es algo inadmisibile.

OPCION/GPD.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	5	0	4	0	7	0	7	0	0
A	10	23	14	17	23	7	0	7	20	7
I	45	41	17	21	31	36	33	27	14	27
D	20	14	43	29	46	14	27	47	60	27
TD	25	18	26	29	0	36	40	14	7	40

Acerca de las actitudes sobre las relaciones sexuales prematrimoniales, los resultados indican que la mayoría de los jóvenes de ambos sexos y de todas las edades las aceptan, aunque también se registra un alto porcentaje que no las acepta o no tiene respuesta al respecto, como se demuestra en los siguientes cuadros.

14.Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	14	4	17	8	7	14	33	14	7	14
A	41	44	54	16	47	47	47	36	60	27
I	18	28	13	36	7	20	7	21	7	40
D	23	8	13	24	33	14	14	29	27	7
TD	5	16	0	16	7	7	0	0	0	14

27.Una pareja debe casarse para poder tener relaciones sexuales.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	9	8	0	8	7	0	0	7	7	7
A	14	5	0	8	7	7	13	0	0	20
I	5	29	8	8	7	7	0	20	13	7
D	36	29	56	44	40	20	53	47	27	40
TD	36	29	36	32	40	67	33	27	53	27

28.Las relaciones sexuales antes del matrimonio es una actitud vergonzosa.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	0	0	7	0	0	0	7	0	0
A	0	8	0	7	7	7	0	7	0	0
I	14	32	0	7	7	13	7	7	7	20
D	45	36	64	40	40	27	53	47	47	47
TD	41	24	36	40	47	53	40	33	47	33

Los resultados que se muestran en los siguientes cuadros acerca de las actitudes sobre las relaciones sexuales en la adolescencia, indican que un 66% de estos jóvenes de ambos sexos y de todas las edades considera que las relaciones

sexuales en los adolescentes no son perjudiciales y que estas no se deben evitar (59%); No obstante, por otro lado, en afirmaciones que indican que las relaciones sexuales entre adolescentes son buenas y que estos deben actuar libremente al respecto, se observa una actitud ambivalente y dividida sobre este punto, existiendo porcentajes similares entre quienes opinan favorablemente de quienes están en desacuerdo o indecisos.

2. Es bueno que el adolescente tenga relaciones sexuales.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	14	4	4	0	7	7	13	0	7	0
A	18	28	60	20	47	40	53	40	60	13
I	45	40	20	48	33	40	33	27	13	33
D	9	4	8	20	13	7	0	20	20	33
TD	14	24	8	12	0	7	0	13	0	20

13. Los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que deseen sexualmente.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	23	4	8	24	13	13	27	7	13	27
A	9	20	56	20	20	40	20	27	27	20
I	32	28	8	12	20	20	20	20	0	27
D	32	12	24	28	40	7	27	33	33	13
TD	5	36	4	16	7	20	7	13	27	13

17. Es perjudicial para los adolescentes tener relaciones sexuales.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	5	13	0	8	7	0	0	0	0	0
A	27	13	0	28	7	13	13	13	13	20
I	27	33	4	24	7	0	0	13	13	33
D	14	42	56	24	60	40	13	53	40	13
TD	27	0	40	16	20	47	73	20	33	33

22. Los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	21	0	16	0	0	0	0	0	13
A	18	8	4	16	20	13	7	29	20	20
I	41	38	24	24	20	13	0	14	7	27
D	18	33	56	28	33	27	40	43	53	33
TD	23	0	16	16	27	47	53	14	20	7

24. Los jóvenes deben tener libertad en sus relaciones sexuales.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	14	16	8	20	7	20	20	13	7	14
A	24	32	67	36	67	40	47	47	36	21
I	52	16	21	16	13	13	27	27	21	14
D	5	20	5	20	7	13	7	7	36	50
TD	0	16	0	8	7	13	0	7	0	0

Cuando se les presentan afirmaciones más personales y directas, como por ejemplo, acerca de la importancia que para él o para ella representa el tener relaciones sexuales, se observa de manera general una actitud dividida, ya que un porcentaje alto (41%) está de acuerdo con esta afirmación,

principalmente en los grupos de hombres; también se muestra que un 59% tiene dudas o está en desacuerdo, principalmente en el caso de las mujeres. Por otra parte, también se observa que un número alto de jóvenes de ambos sexos opina favorablemente acerca del compartir y disfrutar sexualmente con su pareja, principalmente en los grupos de hombres; las mujeres muestran más indecisión al respecto. Estos resultados pueden explicarse tal vez porque un alto número de ellos aún no tienen experiencia sexual. Finalmente, se les presentó una afirmación que pretendió conocer sus actitudes acerca de las relaciones sexuales en etapas maduras de la vida, como la vejez; al respecto, se encontró que si bien un 48% de todos los grupos las aceptaba, también se observa que otro tanto opina lo contrario o se encuentra indeciso, como se muestra en los siguientes cuadros.

33. Para mi el tener relaciones sexuales es importante.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	27	12	16	12	20	13	20	0	7	0
A	9	16	36	20	40	0	27	47	67	21
I	36	36	24	16	27	40	47	20	13	21
D	18	16	20	32	0	33	0	27	7	42
TD	9	20	4	20	13	13	7	7	7	14

38. Lo más importante en una relación sexual es lograr la excitación de mi pareja y mi propia satisfacción.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	32	8	24	33	47	40	27	27	0	33
A	41	29	52	21	27	7	60	40	40	33
I	9	42	8	25	7	33	13	20	20	0
D	9	8	16	13	7	7	0	13	20	7
TD	9	13	0	8	13	13	0	0	20	27

53. Me parece positivo que las personas que se encuentran en la vejez tengan relaciones sexuales.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	14	16	8	13	7	13	20	20	7	13
A	18	32	44	26	13	53	33	40	53	40
I	50	24	28	43	53	20	13	27	40	27
D	18	16	16	13	13	7	20	7	0	7
TD	0	12	4	4	13	7	13	7	0	13

ACTITUDES SOBRE EL TIPO DE PRACTICAS SEXUALES (ORAL, ANAL, BISEXUAL)

Estudiando algunas de las preferencias sexuales observadas por estos adolescentes, se puede mencionar que con respecto a las actitudes sobre las relaciones sexuales orales, la mayoría de los jóvenes de ambos sexos y de todas las edades manifiesta

su aceptación; sin embargo, también se observa en muchos de ellos una postura de indecisión, principalmente en el grupo de adolescentes de 15 años de ambos sexos. Por otra parte, se observa en la mayoría de estos jóvenes una aceptación por las relaciones anales en la pareja, no así por las preferencias sexuales por ambos sexos, donde se mantiene una posición dividida.

16. Si la pareja está de acuerdo puede tener relaciones sexuales orales.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	37	4	40	48	13	40	33	21	7	13
A	26	44	52	22	60	33	53	43	67	60
I	32	32	0	22	0	7	7	14	13	13
D	5	12	4	0	20	13	7	0	0	13
TD	0	8	4	9	7	7	0	21	13	0

19. Es inaceptable que un individuo sostenga relaciones sexuales con personas de ambos sexos.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	30	29	16	32	33	27	40	14	47	20
A	15	13	24	16	20	13	13	21	7	13
I	30	21	20	16	33	40	20	29	13	27
D	10	8	28	8	13	0	27	7	13	20
TD	15	29	12	28	0	20	0	29	20	20

20. La pareja debe evitar las relaciones sexuales orales.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	16	0	4	20	0	7	0	13	7
A	10	12	16	13	0	7	7	14	0	7
I	67	52	20	43	20	33	33	21	40	33
D	19	8	44	13	47	13	33	64	33	40
TD	5	12	20	26	13	47	20	0	13	13

23. Una pareja puede tener relaciones sexuales anales si así lo decide.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	36	12	24	26	27	53	27	8	27	33
A	41	52	52	43	40	27	60	62	47	33
I	14	24	12	22	13	13	0	15	13	13
D	0	8	12	4	13	7	13	0	13	7
TD	10	4	0	4	7	0	0	15	0	13

ACTITUDES HACIA EL ORGASMO

En este punto, se observa que en general, la mayoría del total de la muestra tiene una actitud de igualdad sexual entre ambos sexos, al opinar que no sólo el hombre alcanza el orgasmo, sino que también la mujer lo logra. Sin embargo, un porcentaje considerable de jóvenes, principalmente los grupos de las mujeres y los adolescentes de ambos sexos de 15 años presentan una actitud de indecisión y duda.

31.No únicamente el hombre alcanza el orgasmo.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	33	18	46	33	33	47	53	7	33	40
A	11	18	25	21	33	13	7	33	27	7
I	44	64	13	29	33	13	13	40	27	40
D	11	0	13	4	0	27	20	20	7	7
TD	0	0	4	13	0	0	7	0	7	7

42.La mujer también alcanza el orgasmo.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	35	17	44	41	20	53	47	27	33	40
A	20	17	44	27	53	27	27	60	40	27
I	45	65	8	32	27	13	27	13	27	20
D	0	0	4	0	0	7	0	0	0	7
TD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7

46.Sólo el hombre alcanza el orgasmo.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0
A	0	5	12	5	0	7	0	0	0	7
I	40	59	20	32	29	7	20	20	27	20
D	15	9	28	9	29	33	20	53	40	13
TD	45	18	40	55	43	53	60	27	33	60

ACTITUDES HACIA LA HOMOSEXUALIDAD

Sobre esta temática, se observa en casi el 50% de todos grupos estudiados, que estos adolescentes consideran que la

homosexualidad no se manifiesta tan frecuentemente entre los jóvenes; asimismo, están en desacuerdo en cuanto a que los homosexuales no son dignos de confianza, y opinan que es difícil reconocerlos sólo por su apariencia. No obstante, también se puede apreciar que un alto porcentaje de los mismos presenta dudas o está en desacuerdo con las opiniones anteriores.

44. La homosexualidad es frecuente entre los jóvenes.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	43	4	13	8	13	0	7	13	7
A	14	35	12	26	8	13	27	13	27	20
I	33	13	32	30	23	33	27	7	20	33
D	14	35	28	13	23	20	27	60	27	20
TD	38	13	24	17	38	20	20	13	13	20

50. Considero que los homosexuales no son dignos de confianza.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	14	4	4	4	13	7	7	0	13	0
A	5	12	21	17	13	0	20	13	7	7
I	45	40	17	27	33	13	27	20	33	20
D	27	16	38	17	33	40	27	33	40	13
TD	9	28	21	38	7	40	20	33	7	60

54. Por lo general es difícil decir si las personas son o no homosexuales ateniéndose sólo al aspecto o a los gestos.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	9	26	17	22	13	27	13	21	13	21
A	32	17	38	9	47	27	60	36	33	21
I	32	43	21	35	27	20	20	29	20	36
D	27	9	17	22	7	20	7	14	33	14
TD	0	4	8	13	7	7	0	0	0	7

ACTITUDES HACIA LA MASTURBACION

Entre las actitudes que se encontraron en este grupo de adolescentes y que se muestran en los siguientes cuadros, se puede mencionar que la mayoría de ambos sexos y de todas las edades, cree que la masturbación entre los jóvenes es algo normal, que es practicada frecuentemente por ellos y que no debe ser considerada como un pecado; sin embargo, también existen dudas y ambivalencias en muchos de ellos, quienes no aceptan o no tienen respuesta acerca de si esta práctica se deba de evitar y de si es saludable o perjudicial para ellos.

7. Masturbarse es algo natural entre los jóvenes.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	27	16	32	13	33	40	27	20	33	20
A	23	16	44	21	33	47	47	27	47	53
I	32	32	12	29	13	7	13	33	13	13
D	5	16	12	21	20	0	13	0	7	13
TD	14	20	0	17	0	7	0	3	0	0

15. Los jóvenes deben evitar la masturbación.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	24	4	0	28	0	7	7	0	13	0
A	14	21	20	16	21	7	20	13	0	20
I	29	25	20	32	21	33	13	33	33	27
D	10	38	44	12	42	33	40	33	40	33
TD	24	19	16	12	21	20	20	20	13	20

18. Masturbarse es perjudicial para los adolescentes.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	5	17	0	16	0	7	13	0	0	7
A	19	13	0	36	7	7	20	13	7	7
I	33	38	24	20	27	13	7	27	13	20
D	24	21	56	16	53	27	33	33	60	33
TD	19	13	20	12	13	47	27	27	20	33

21. Es saludable que los adolescentes se masturben.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	5	4	0	4	0	13	13	0	0	0
A	18	8	16	16	13	13	20	14	7	13
I	45	42	32	36	60	53	40	64	53	60
D	23	17	52	32	20	13	13	21	40	13
TD	9	29	0	12	7	7	13	0	0	13

32. Considero que la masturbación es un pecado.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	5	9	4	4	13	0	0	7	7	0
A	0	4	0	9	0	7	0	7	7	0
I	24	3	8	13	7	7	15	13	13	20
D	29	30	52	43	47	20	15	20	40	47
TD	43	26	36	30	33	67	69	53	33	33

37. La masturbación es parte normal del crecimiento de las personas.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	29	9	8	8	13	20	20	7	14	20
A	29	35	64	21	60	40	53	60	64	40
I	29	35	24	33	27	27	13	27	7	33
D	10	9	0	29	0	13	13	7	14	7
TD	5	13	4	8	0	0	0	0	0	0

41. La masturbación es algo frecuente entre los jóvenes.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	18	4	16	29	20	13	33	27	7	7
A	68	48	64	42	67	47	60	60	87	60
I	5	44	12	17	13	27	7	13	7	20
D	5	4	8	4	0	7	0	0	0	13
TD	5	0	0	8	0	7	0	0	0	0

ACTITUDES HACIA LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

La mayoría de los jóvenes de este estudio, de ambos sexos y de todas las edades, consideran que es importante usar anticonceptivos en las actividades sexuales, incluyendo al grupo de jóvenes y adolescentes; asimismo, opinan que hay que apoyar a la pareja para que ésta lo use, y que el grupo de los hombres también deben participar y utilizarlo. No obstante lo anterior, existe un porcentaje alto de jóvenes de ambos sexos y de todas las edades, que está de acuerdo o tiene dudas, acerca de que el uso de anticonceptivos puede propiciar comportamientos de libertinaje en los jóvenes; asimismo, se observa que más del 70% de todos tiene dudas o está en desacuerdo en que el uso de anticonceptivos provoca el mismo placer en las relaciones sexuales que cuando no se utilizan.

6.El uso de anticonceptivos propicia el libertinaje en los jóvenes.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	24	4	25	0	0	13	43	13	0
A	14	24	20	21	43	7	13	7	43	33
I	45	8	16	17	13	7	27	0	13	7
D	23	32	40	17	43	33	27	33	13	33
TD	18	12	20	21	7	53	20	20	20	27

9.Se debe evitar usar anticonceptivos en la rutina sexual.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	5	8	8	4	7	7	0	0	0	7
A	9	12	12	8	7	7	20	7	7	7
I	14	8	0	16	13	13	27	0	0	7
D	27	36	28	20	47	27	20	33	53	27
TD	45	36	52	52	27	47	33	60	40	53

25.Se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usan anticonceptivos.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	14	13	12	4	7	7	14	0	14	14
A	14	17	22	17	14	7	29	36	20	20
I	32	42	16	56	36	40	0	36	20	29
D	27	17	44	21	40	20	46	21	47	7
TD	14	13	8	0	7	29	20	7	0	29

40. Yo apoyaría a mi pareja para que tomara anticonceptivos.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	50	20	36	33	40	60	20	27	20	40
A	18	40	56	46	40	27	33	67	60	33
I	27	20	8	13	0	0	13	7	7	13
D	0	4	0	8	13	13	13	0	7	7
TD	5	16	0	0	7	0	0	0	7	7

49. Los jóvenes no deben usar anticonceptivos.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	0	17	4	4	0	0	20	0	0	7
I	14	17	0	13	13	7	20	20	13	7
D	36	13	44	29	40	13	27	27	27	7
TD	50	54	52	54	47	80	33	53	60	80

51. Yo no permitiría que mi pareja tomara anticonceptivos.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	8	0	0	0	0	7	0	0	7
A	0	4	0	43	0	0	7	13	0	0
I	27	24	4	26	20	7	20	27	20	0
D	14	24	56	13	47	20	33	27	40	27
TD	59	40	40	57	33	73	33	33	40	67

52. Los hombres deben usar anticonceptivos.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	45	27	44	35	33	53	27	40	40	33
A	27	29	56	39	40	27	40	33	40	60
I	14	8	0	13	13	0	13	20	7	0
D	14	17	0	4	13	13	20	7	7	7
TD	0	21	0	9	0	7	0	0	7	0

68. Todos los adolescentes deberían utilizar preservativos y espermaticidas en sus relaciones sexuales.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	41	24	40	40	27	53	20	33	33	47
A	18	24	44	28	47	13	47	47	33	33
I	32	20	8	20	13	20	20	13	27	13
D	9	20	8	12	13	13	7	0	7	7
TD	0	12	0	0	0	0	7	7	0	0

ACTITUDES HACIA EL ABORTO

Como se puede observar en las respuestas de estos jóvenes, las actitudes hacia el aborto son polémicas y están divididas. ya que por una parte un poco más de la mitad de todos los grupos de ambos sexos y de todas las edades, muestra una actitud conservadora al considerar que el aborto es un crimen y que no debe ser permitida su legalización; por otro lado, más del 40% opina en contra de lo anterior, o no tiene una opinión definida al respecto. También se puede notar que la mayoría de los jóvenes está en contra de que el aborto deba usarse como método anticonceptivo.

5. El aborto se debe legalizar.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	19	16	16	20	7	7	27	7	0	13
A	5	4	20	20	13	13	7	13	20	27
I	24	16	16	16	13	13	20	27	27	7
D	5	8	24	16	27	20	13	7	13	13
TD	48	56	24	28	40	47	33	47	40	40

26.El aborto es un crimen.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	23	42	24	40	40	47	40	36	40	67
A	18	13	32	16	27	20	0	29	13	7
I	32	17	20	20	13	13	20	14	33	13
D	9	8	16	12	13	13	27	7	13	7
TD	18	21	8	12	7	7	13	14	0	7

45.El aborto puede usarse como método anticonceptivo.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
A	0	8	0	8	0	7	7	13	14	7
I	23	17	12	16	13	0	33	20	21	20
D	32	4	32	4	33	7	13	7	14	7
TD	45	71	56	68	53	87	47	60	50	67

ACTITUDES HACIA LA VIRGINIDAD

La virginidad es otro tema que genera opiniones contrarias en los sujetos de nuestro estudio. Al respecto, se puede observar que al preguntarles sobre la importancia que para nuestra sociedad tiene la virginidad, el 44% de todos los adolescentes afirma que sí es un valor importante, mientras que otro 41% considera que no lo es, y el 15% restante se encuentra indeciso. Por otra parte, se indica que un porcentaje elevado

tanto de hombres como de mujeres, opina de manera dividida acerca de si las mujeres o las novias deben mantenerse vírgenes antes de casarse.

1.La virginidad es un valor muy importante en nuestra sociedad.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	23	24	16	36	0	27	0	27	13	13
A	14	24	32	16	27	20	33	27	20	47
I	9	24	4	16	47	7	20	13	7	7
D	41	20	28	24	20	33	27	20	40	20
TD	14	8	20	8	7	13	20	13	20	13

10.Las mujeres deben permanecer vírgenes hasta el matrimonio.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	9	24	8	8	7	13	0	13	7	7
A	23	24	0	28	20	7	7	7	33	20
I	32	24	27	20	33	13	40	27	20	13
D	14	20	38	12	20	27	7	27	20	20
TD	23	8	29	32	20	40	47	27	20	40

35.Mi novia debe llegar necesariamente virgen al matrimonio.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	9	0	8	0	13	0	13	7	0	7
A	5	18	8	12	27	15	20	0	20	7
I	27	27	16	12	0	23	7	20	20	0
D	36	23	48	29	40	31	27	40	47	13
TD	23	32	20	47	20	31	33	33	13	73

ACTITUDES HACIA LA MENTRUACION

Existe una tendencia generalizada en la población de nuestro estudio a valorar de manera positiva a la menstruación, al opinar que es algo normal y natural en las mujeres, y que no debe considerarsele como un castigo.

34.La menstruación no es parte normal del crecimiento de las personas.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	15	9	0	9	14	14	7	0	7	13
A	10	17	16	22	14	14	7	7	20	7
I	10	13	0	9	7	7	20	0	7	0
D	25	13	52	9	43	29	40	53	33	20
TD	40	48	32	52	21	36	27	40	33	60

43.La menstruación es algo natural en las mujeres.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	50	72	60	67	53	60	47	47	53	67
A	18	16	32	21	47	33	33	27	33	20
I	27	0	4	8	0	7	20	27	13	0
D	0	12	4	0	0	0	0	0	0	7
TD	5	0	0	4	0	0	0	0	0	7

47.La menstruación es un castigo para las mujeres.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	4	4	4	0	0	7	0	0	7
A	0	8	0	0	7	0	0	13	7	0
I	14	16	4	8	20	7	20	7	13	7
D	27	12	33	17	20	13	20	20	20	20
TD	59	60	58	71	53	80	53	60	60	67

ACTITUDES HACIA EL EMBARAZO

Sobre este tema, se reflejan en estos jóvenes actitudes de apertura y de libre albedrío para que las mujeres decidan por si mismas acerca de sus preferencias sexuales, observándose en sus respuestas aceptación para que estas decidan embarazarse estando solteras sin sentirse avergonzadas por ello.

3. Una mujer si lo desea puede quedar embarazada aún siendo soltera.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	59	32	50	44	60	40	53	53	60	53
A	27	40	42	32	13	60	33	40	40	27
I	9	0	0	0	0	0	7	0	0	7
D	0	12	0	12	27	0	7	0	0	7
TD	5	16	8	12	0	0	0	7	0	7

12. Quedar embarazada siendo soltera es algo vergonzoso.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	4	0	8	0	0	7	7	0	0
A	18	4	4	8	29	0	7	7	7	0
I	27	24	4	20	7	7	7	7	13	13
D	27	40	64	16	14	33	53	27	40	33
TD	27	28	28	48	50	60	27	53	40	53

ACTITUDES HACIA LA PLANIFICACION FAMILIAR

De igual manera que en el caso anterior, las actitudes sobre este tema indican, de manera generalizada, que la mayoría de estos adolescentes cree que la pareja debe planificar el número de hijos que desea tener.

30. Es importante que la pareja planifique el número de hijos que quiera tener, de acuerdo a sus posibilidades.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	82	72	80	80	73	80	73	87	87	60
A	18	20	20	12	20	0	13	13	13	27
I	0	0	0	0	0	7	13	0	0	0
D	0	0	0	8	7	7	0	0	0	7
TD	0	8	0	0	0	7	0	0	0	7

48. Considero que la pareja debe decidir tener un número limitado de hijos.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	68	76	64	84	60	67	73	80	73	80
A	18	16	28	12	20	20	20	20	27	7
I	9	4	8	4	13	7	0	0	0	0
D	5	4	0	0	0	0	7	0	0	7
TD	0	0	0	0	7	7	0	0	0	7

**ACTITUDES HACIA LAS
ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL**

Las actitudes sobre este tema indican que si bien la mayoría de estos jóvenes consideran que ambos sexos corren peligro de contraer alguna enfermedad venérea, también se observan dudas y actitudes divididas con relación a lo vergonzoso que puede ser socialmente el contraer una enfermedad de este tipo; asimismo, se observan actitudes diferentes entre ellos relacionadas con los riesgos que están dispuestos a tomar de contraer alguna enfermedad sexual. Al respecto, un 40% del total están dispuestos a correr mayor riesgo, principalmente los grupos de varones de todas las edades, mientras que el 60% restante muestra dudas o tomaría más precauciones.

29. Es vergonzoso contraer una enfermedad venérea.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	9	20	8	8	20	0	13	13	7	7
A	5	16	20	36	27	20	27	7	33	20
I	36	16	20	16	27	20	40	33	20	33
D	27	28	32	20	27	27	20	33	27	40
TD	23	20	20	20	0	33	0	13	13	0

36. Yo no evitaría el tener relaciones sexuales, aún cuando alguno de mis amigos hubiese contraído una enfermedad venérea por tener relaciones sexuales.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	9	8	12	4	13	13	13	7	13	0
A	27	8	48	33	27	20	47	40	27	33
I	18	33	12	21	33	47	20	20	27	20
D	27	13	24	21	27	20	13	20	20	27
TD	18	38	4	21	0	0	7	13	13	20

39. No sólo las mujeres pueden contraer una enfermedad venérea.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	48	50	40	50	40	60	60	40	73	53
A	19	25	44	25	40	20	20	33	20	20
I	10	0	0	0	13	7	13	13	0	0
D	5	8	12	8	0	7	0	0	7	20
TD	19	17	4	17	7	7	7	13	0	7

ACTITUDES HACIA LA INFORMACION PARA PREVENIR EL SIDA

De manera general se puede mencionar, por una parte, que la mayoría de los jóvenes de todas las edades y de ambos sexos opina que la información que tienen sobre el SIDA ha cambiado su conducta sexual y que ésta ha sido benéfica para ellos,

también consideran que se requiere realizar mayores campañas de información sobre el tema, para poder prevenir más efectivamente la enfermedad.

56. Una persona puede aprender a protegerse de la infección del VIH con la información proporcionada por la TV.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	23	12	16	0	20	20	20	7	7	0
A	32	36	28	20	33	33	13	40	40	33
I	18	12	8	20	13	7	27	13	20	7
D	27	24	28	28	27	20	27	7	27	40
TD	0	16	20	32	7	20	13	33	7	20

61. Es necesario que se realicen más campañas de información sobre SIDA para prevenir la enfermedad.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	77	92	52	80	57	80	67	73	80	80
A	23	4	44	12	43	13	27	20	20	20
I	0	0	0	8	0	7	0	0	0	0
D	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0
TD	0	4	4	0	0	0	0	7	0	0

66. La información que tengo sobre SIDA ha cambiado mi conducta sexual.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	18	22	20	28	27	20	13	14	43	20
A	36	43	48	36	40	20	67	43	47	53
I	23	26	12	24	20	20	7	36	7	13
D	18	0	20	8	7	27	13	0	0	13
TD	5	9	0	4	7	13	0	7	7	0

71.Me interesa buscar información sobre el SIDA.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	50	72	36	52	33	47	60	40	67	60
A	36	20	52	36	53	40	27	40	33	33
I	14	4	4	12	0	7	7	20	0	0
D	0	0	8	0	7	7	7	0	0	7
TD	0	4	0	0	7	0	0	0	0	0

75.De nada sirven las campañas de información sobre el SIDA.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	4	0	4	0	0	0	13	0	0
A	9	4	4	8	0	7	0	0	0	0
I	9	24	12	16	7	27	33	20	7	13
D	32	20	44	28	47	13	27	27	33	33
TD	50	48	40	44	47	53	40	40	60	53

**ACTITUDES HACIA LA
PROSTITUCION, HOMOSEXUALIDAD Y
BISEXUALIDAD COMO CAUSAS DEL
SIDA**

Aunque se registra un 50% de todos los sujetos que asocia a la prostitución como causa del SIDA y considera que esta práctica debe desaparecer, también existe un porcentaje alto que no comparte esta posición o que tiene dudas al respecto. El mismo resultado se encuentra cuando se analiza la homosexualidad y bisexualidad como causas importantes de la transmisión del SIDA.

60.La prostitución debe desaparecer para evitar que se difunda el VIH

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	48	60	21	36	13	53	13	20	33	13
A	10	4	29	28	13	7	20	27	27	53
I	19	12	21	24	67	0	33	20	13	13
D	14	16	21	4	7	20	27	27	20	20
TD	10	8	8	8	0	20	7	7	7	0

65.La homosexualidad es una conducta irresponsable que ayuda a que se transmita el SIDA.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	23	32	20	28	20	20	20	27	40	20
A	14	28	32	16	47	47	27	47	47	33
I	32	24	32	44	20	27	27	13	0	33
D	27	12	12	4	13	7	20	7	0	7
TD	5	4	4	8	0	0	7	7	13	7

70.Los homosexuales deben desaparecer para evitar que se difunda el SIDA.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	18	28	8	32	20	13	7	7	20	0
A	5	16	36	16	20	20	33	27	40	13
I	55	32	16	24	33	27	40	20	27	27
D	9	12	28	20	27	27	13	33	7	47
TD	14	12	12	8	0	13	7	13	7	13

72. La bisexualidad es una práctica sexual que si se lleva con responsabilidad evita que se difunda el SIDA.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	5	9	22	52	0	13	13	7	7	7
A	19	14	35	0	15	27	27	33	27	27
I	38	41	13	38	23	27	13	20	27	47
D	14	18	22	0	31	7	13	33	20	13
TD	24	18	9	10	31	27	33	7	20	7

ACTITUDES ACERCA DE LAS PRUEBAS DE DETECCION DE SIDA

Las actitudes al respecto indican que la mayoría de estos jóvenes se realizaría la prueba de detección del SIDA, aunque gran parte de ellos muestra temor de someterse a ellas y piensa que la mayoría de los jóvenes no se han practicado ninguna prueba de este tipo.

57. Si tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	36	42	29	39	33	60	40	53	29	47
A	36	33	63	39	53	13	53	33	64	47
I	18	17	0	9	13	13	7	7	7	7
D	0	8	4	9	0	13	0	7	0	0
TD	9	0	4	4	0	0	0	0	0	0

69.La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH.

OPCION/GPD.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	10	21	17	29	7	20	20	13	20	27
A	33	33	38	29	40	33	47	47	73	40
I	38	33	8	29	33	20	13	27	7	20
D	14	8	38	13	7	27	0	13	0	7
TD	5	4	0	0	13	0	20	0	0	7

77.La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del VIH.

OPCION/GPD.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	4	4	5	0	0	7	0	0	0
A	0	21	13	5	7	0	0	7	20	7
I	48	42	42	32	47	27	13	40	27	20
D	33	25	33	36	33	33	73	47	47	53
TD	19	8	8	23	13	40	7	7	7	20

ACTITUDES DE APOYO A LOS ENFERMOS DE SIDA

Al valorar las actitudes de apoyo a los enfermos de SIDA en nuestros sujetos, se puede observar que la mayoría, tanto de hombres como de mujeres de todas las edades, muestran actitudes de solidaridad y apoyo a los afectados por esta enfermedad, incluyendo a personas cercanas como parejas y amigos que pudieran estar infectadas. Consideran que las personas

afectadas por este mal no deben ser mantenidas aisladas, como un recurso para evitar que se difunda esta enfermedad. Cuando se les pregunta si mantendrían relaciones sexuales con su pareja infectada, aún tomando precauciones, las posiciones se dividen, ya que un porcentaje considerable de estos jóvenes no están dispuestos a correr riesgos, prefiriendo mantener una sana distancia con su pareja.

38. Si supiera que mi novio(a) está infectado(a) por el VIH lo apoyaría.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	36	48	56	48	20	67	60	53	40	33
A	32	36	32	20	73	20	40	20	53	53
I	27	4	8	32	7	7	0	20	0	13
D	5	13	4	0	0	7	0	0	7	0
TD	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0

62. Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo de contraer la enfermedad.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	5	4	0	8	7	0	20	13	0	13
A	9	8	5	0	27	0	20	20	13	13
I	36	4	17	24	13	20	13	7	27	0
D	27	40	54	28	40	20	27	33	53	40
TD	23	44	25	40	13	60	13	27	7	33

64.Si mi pareja sexual estuviera contagiada con el VIH la apoyaria sin temor de contraer la enfermedad.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	32	28	24	25	27	33	47	33	20	27
A	32	40	56	21	47	40	33	33	53	40
I	32	20	8	29	20	27	20	27	20	20
D	5	12	8	13	7	0	0	7	7	0
TD	0	0	4	13	0	0	0	0	0	13

67.Si me enterara que un amigo mio tuviera SIDA lo rechazaria.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	4	0	4	0	0	0	0	0	7
A	5	0	4	0	0	0	20	0	0	0
I	14	13	12	24	0	13	7	13	7	13
D	36	29	44	24	40	20	47	20	53	27
TD	45	54	40	48	60	67	27	67	40	53

73.Si mi novio(a) estuviera infectado(a) con el VIH, tendria relaciones sexuales con él (ella), con las precauciones necesarias.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	5	4	12	17	7	7	20	7	7	0
A	9	8	24	4	13	20	33	20	20	0
I	32	24	48	22	27	13	27	20	33	53
D	18	36	4	4	40	20	7	47	20	13
TD	36	28	12	52	13	40	13	7	20	33

74. Se deben mantener aislados a los enfermos de SIDA para evitar que se difunda la enfermedad.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	9	4	20	21	7	0	0	7	0	0
A	5	26	8	4	20	13	27	13	7	0
I	18	13	32	21	20	20	20	13	27	7
D	41	35	36	17	40	33	27	60	53	60
TD	27	22	12	38	13	33	27	7	13	33

**ACTITUDES RELACIONADAS CON
TEMOR Y RIESGO AL CONTAGIO DE
SIDA**

Como se puede observar en los siguientes cuadros, los resultados indican que si bien el 60% del total de estos jóvenes muestra temor a contagiarse de SIDA, el 40% restante no tiene temor o tiene dudas al respecto. Por otra parte, cuando se analiza el grado de riesgo de contraer el SIDA que presentan estos jóvenes, se observan nuevamente posiciones divididas, ya que por un lado, el 46% no se considera en riesgo de contraer la enfermedad, mientras que el resto muestra dudas o si se percibe en situación de riesgo.

55. Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin temer al contagio del SIDA.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	0	0	13	4	13	20	13	7	7	13
A	14	20	21	20	27	0	13	13	13	20
I	27	16	13	8	20	13	13	20	13	0
D	41	40	17	44	33	33	33	40	40	33
TD	18	24	38	24	7	33	27	20	27	33

59. Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	5	13	13	17	13	20	20	20	33	13
A	23	4	13	29	33	20	20	27	27	20
I	27	17	13	4	13	20	13	7	20	20
D	14	8	22	21	13	13	13	0	7	7
TD	32	58	39	29	27	27	33	47	13	40

ACTITUDES HACIA EL SEXO SEGURO

Los resultados observados acerca de las actitudes que los sujetos del estudio tienen sobre este tema, indican que la mayoría de ellos asocian de manera importante el uso del condón en la prevención del SIDA, aunque por otra parte, también se

observa que muchos de ellos consideran al condón como un tipo de anticonceptivo, más que como una forma de protección del SIDA.

63. Se debe evitar correr el riesgo de infectarse con el VIH usando siempre condón en las relaciones sexuales.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	41	20	28	44	27	47	47	20	40	40
A	23	28	48	35	60	20	33	60	47	40
I	27	24	8	13	7	13	13	13	0	13
D	0	20	8	9	7	13	7	0	7	0
TD	9	8	8	0	0	7	0	7	7	7

76. Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se quiere prevenir del contagio del SIDA.

OPCION/GPO.	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M
TA (%)	14	17	8	23	7	7	40	7	13	7
A	32	21	48	27	47	40	33	40	60	20
I	18	25	12	0	20	7	13	20	7	13
D	9	17	24	36	20	27	7	27	20	20
TD	27	21	8	14	7	20	7	7	0	40

RESULTADOS SOBRE FUENTES DE INFORMACION SEXUAL

En esta sección se les pidió a los estudiantes que eligieran hasta tres opciones, sin embargo, la mayoría de ellos marcó un mayor número de opciones. Por lo anterior, se decidió que para el análisis de los resultados presentados en los siguientes cuadros de distribución de frecuencias se incluyeran todas las respuestas que dieron los sujetos. (ver página 197).

Entre los resultados que se pueden comentar acerca de las fuentes de información sexual que estos jóvenes reconocen como importantes en su formación, se encuentran aquellas que registraron los puntajes más altos, como la escuela, los profesores y los libros. Este resultado muestra la importancia que la educación formal tiene en nuestra cultura como fuente de adquisición de conocimientos, incluyendo los relacionados con la sexualidad. Por otra parte, también se observa que la familia juega un papel importante en la educación de estos adolescentes, principalmente la madre y el padre.

Con una frecuencia un poco menor a las anteriores, se observa que las fuentes de tipo informal también son valoradas de manera significativa por estos jóvenes, principalmente las

revistas y la televisión. Por último, incluimos en esta lista de preferencias a los amigos, que son reconocidos como una influencia importante en sus vidas.

Los puntajes más bajos, que reflejan lo poco significativas que algunas fuentes fueron para ellos, se pueden mencionar a los abuelos, los consejeros, la iglesia, el cine y la prensa.

Pregunta:

Dónde obtuviste la información sexual que tienes hasta este momento de tu desarrollo?

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M	T
Madre	9	14	8	17	2	8	4	9	6	8	85
Padre	10	5	11	7	5	3	10	6	9	6	72
Abuelo/a	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	5
Hermano/a	2	3	2	6	2	2	2	2	5	2	28
Otro pariente	2	3	3	6	3	2	1	0	4	1	25
Amigo/a	5	5	1	8	3	1	3	5	6	7	44
Novio/a	0	0	5	3	1	5	2	5	2	4	27
Médico o enfermera	3	4	5	4	1	2	5	2	3	5	34
Centro de salud o Clínica de Planificación Familiar.	4	1	6	1	4	1	2	2	2	3	26
Terapeuta/consejero	0	0	1	2	0	0	1	0	1	1	6
Cursos de educación sexual.	5	2	6	1	4	4	2	3	4	6	37
Escuela/maestro	14	15	9	19	8	7	3	5	6	10	96
Miembro del clero	1	0	4	0	0	1	0	0	1	1	8
Libros	10	7	11	14	3	5	7	12	7	6	82
Revistas	5	5	5	10	4	6	5	5	7	4	56
Artículos de prensa	1	0	1	0	0	0	1	2	3	1	9
Televisión	5	6	11	7	5	2	4	2	4	9	55
Cine	0	1	0	2	0	1	1	1	0	2	8
Radio	3	0	0	4	1	2	1	2	4	5	22
No utilicé ninguna fuente.	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	4
No recuerdo	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3

Analizando la segunda parte de esta sección, a continuación se les formuló la misma pregunta pero ya no identificando las fuentes del pasado, sino las que ahora son o pueden ser importantes para ellos. Los resultados se presentan en el siguiente cuadro.

Pregunta:

Adónde acudirías ahora en busca de información?

DISTRIBUCION POR GRUPOS EDAD Y SEXO											
	13H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M	T
Madre	5	4	0	3	0	3	1	4	2	1	23
Padre	3	2	1	1	2	2	3	1	5	1	21
Abuelo/a	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	3
Hermano/a	1	0	0	2	0	0	0	0	3	0	6
Otro pariente	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Amigo/a	0	1	0	1	0	0	1	0	2	0	5
Novio/a	0	0	0	1	0	1	5	0	1	0	8
Médico o enfermera	7	8	8	3	4	2	5	4	5	6	52
Centro de salud o Clínica de Planificación Familiar.	11	12	18	10	10	9	4	9	11	8	102
Terapeuta/consejero	4	3	2	3	1	2	3	3	3	1	25
Cursos de educación sexual.	13	12	12	12	6	8	5	5	8	5	86
Escuela/maestro	4	2	1	3	2	0	1	2	1	2	18
Miembro del clero	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	5
Libros	5	6	5	5	7	9	5	8	4	5	59
Revistas	0	2	0	2	1	1	1	3	3	2	15
Artículos de prensa	0	1	1	2	0	1	0	0	2	0	7
Televisión	1	0	0	1	0	0	1	1	2	0	6
Cine	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3
Radio	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	4
No usaría ninguna fuente.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
No sé	2	5	3	5	1	1	2	1	1	2	23

Como se puede deducir de estos resultados, las preferencias han cambiado a través del tiempo en estos jóvenes. Antes identificaban como fuentes de información importantes a la familia, la escuela y los amigos. Ahora consideran como fuentes a consultar, en primer lugar, a los centros de salud o clínicas de planificación familiar. En segundo lugar, resaltan la importancia de los cursos de educación sexual. En un tercer lugar, mencionan a los libros y a los médicos o enfermeras.

Es interesante mencionar que entre los puntajes más bajos en las preferencias de estos jóvenes, se incluyen algunos miembros de la familia como los abuelos y hermanos y también a los amigos. De igual forma, se mencionan a la iglesia y algunos medios de comunicación importantes como cine, radio, televisión y prensa. Finalmente, llama la atención que un número no pequeño de elecciones indican a jóvenes que confiesan no saber a qué fuente acudir.

RESULTADOS AL CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS SEXUALES

Entre algunos de los resultados importantes que se pueden mencionar sobre esta sección, se encuentran los relacionados con la experiencia masturbatoria de estos adolescentes. Al respecto, se puede observar a continuación, que sus respuestas a tres preguntas específicas sobre masturbación, indican que el 81% de los hombres y sólo el 29% de las mujeres mencionan haberse masturbado alguna vez.

Otros resultados sobre el mismo tema, resaltan que la edad en que empiezan a masturbarse estos jóvenes es a los 12 años, donde los hombres inician a una menor edad que las mujeres, y que su máxima frecuencia a los 15 años; asimismo, se observa que el 92% de los que han realizado esta actividad, reportan hacerlo sólo de manera ocasional.

1.-Te has masturbado alguna vez?

15H	(19) SI	(6) NO	15M	(3) SI	(22) NO
17H	(17) SI	(8) NO	17M	(8) SI	(17) NO
18H	(15) SI	(0) NO	18M	(5) SI	(10) NO
19H	(12) SI	(3) NO	19M	(5) SI	(10) NO
20H	(12) SI	(3) NO	20M	(5) SI	(10) NO
T%	81	19	29	71	

2.-A qué edad comenzaste a masturbarte?

EDAD	12	13	14	15	16	17	18	NC
15H	3	4	4	6				2
15M		1	1					1
17H		5	4	4	4			
17M		1	2	1		1		3
18H			3	5	1	2		4
18M		1		1	2	1		
19H	1		1	2	6	1	1	
19M	1	1	2					1
20H				5	2	1		4
20M					1	1	2	1
T%	5	13	17	24	16	7	3	16

3.-Con qué frecuencia lo haces?

	Diario	Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	NC
15H	2			1	16
15M					3
17H		1			16
17M					8
18H		1			14
18M					5
19H	2	1			9
19M					5
20H					12
20M					5
T%	4	3		1	92

Las siguientes preguntas están relacionadas con las experiencias sexuales que hasta el momento han tenido estos adolescentes. Como se puede notar, una mayoría de hombres (63%) y una minoría de mujeres (28%) reportan haber tenido relaciones sexuales, incrementándose su número a mayor edad de los sujetos. También se puede observar que los adolescentes se inician sexualmente a partir de los 13 años, registrándose las frecuencias más altas entre los 15 a 17 años.

Por otra parte, los resultados también indican que la mayoría de los sujetos de nuestra muestra (75%) tienen relaciones sexuales sólo de manera ocasional y con una sólo pareja (79%), aunque estas son reportadas como placenteras por la mayoría de ellos (95%); además, ninguno de estos adolescentes reconoce haber tenido alguna relación de tipo homosexual o bisexual.

4.-Has tenido relaciones sexuales?

15H	(6) SI	(19)NO	15M	(1)SI	(24)NO
17H	(14)SI	(11)NO	17M	(6)SI	(19)NO
18H	(10)SI	(5) NO	18M	(6)SI	(9) NO
19H	(14)SI	(1) NO	19M	(6)SI	(9) NO
20H	(11)SI	(4) NO	20M	(5)SI	(10)NO
T%	63	37	28	72	

5.-A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

EDAD	13	14	15	16	17	18	NC
15H	1	1	4				
15M			1				
17H		3	2	4	3		2
17M			1	5			
18H		1	4	3	2		
18M		1	1	1	2	1	
19H			2	5	7		
19M			1		2	3	
20H			1	1	3	4	1
20M			1		1	3	
T%	1	8	23	24	26	14	4

6.-Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?

	Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	NC
15H			5	1
15M	1			
17H		1	10	3
17M		1	5	
18H		2	8	
18M	1	2	3	
19H	2	2	10	
19M	1	2	3	
20H			10	1
20M			5	
Tx	6	13	75	6

7.-Cuántas parejas sexuales has tenido?

	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M	Tx
Una	4	1	5	5	3	3	7	5	4	4	55
Dos	1		1	1	4	2	1		1		13
Tres						1	3		2		7
Cuatro								1	2		4
Cinco o más			5		3		2		1	1	14
NC	1		3				1		1		7

8.-Han sido placenteras tus relaciones sexuales?

	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M	Tx
SI	6	1	14	5	10	5	13	6	11	4	95
NO				1		1	1			1	5

9.-Has tenido experiencias homosexuales? ()SI (190)NO ()NC

10.-Has tenido experiencias bisexuales? ()SI (190)NO ()NC

A preguntas relacionadas al uso de anticonceptivos, un 54% del total reportó que sí había utilizado algún método

anticonceptivo; el 25% respondió que a pesar de haber tenido relaciones sexuales nunca ha utilizado anticonceptivos; el 20% indicó que sólo algunas veces lo ha empleado. Con relación al tipo de anticonceptivo usado con mayor frecuencia, el 73% reportó al condón como el más utilizado; entre el uso de espermaticidas, píldoras y el ritmo sólo el 8% los prefirió. Finalmente, la totalidad de estos chicos de ambos sexos y de todas las edades, informó no haber padecido alguna enfermedad venérea.

11.-En las relaciones sexuales que has tenido, utilizaste anticonceptivos?

	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M	T%
SI	6		6	4	4	4	9	3	4	3	54
NO			2		3	2	3	3	5	2	25
A veces		1	6	2	3		2		2		20

12.-Qué método anticonceptivo has utilizado con mayor frecuencia?

	15H	15M	17H	17M	18H	18M	19H	19M	20H	20M	T%		
Preservativos			4	1	9	6	7	3	11	2	5	3	73
Espermaticidas					1			1					3
Píldora					1								1
Ritmo							1		1	1			4
Ninguno				1		3	2	3					13
NC			2		2								6

13.-Has padecido de alguna enfermedad venérea?

()SI (190)NO ()NC

CONCLUSIONES

CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

El presente trabajo tuvo cuatro objetivos principales, en el primero de ellos se evaluaron los conocimientos que tienen un grupo de adolescentes sobre los siguientes aspectos: anatomía y fisiología sexual, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, relaciones sexuales y masturbación.

Los resultados muestran que los conocimientos de estos jóvenes sobre aspectos sexuales van de malos a regulares, y donde se observa que los puntajes más bajos se registran en los grupos de adolescentes de 15 años, y las calificaciones regulares se presentan en los demás grupos de mayor edad; Estos datos coinciden con otros estudios (Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving, 1992), que afirman que los conocimientos sobre sexualidad que tienen los estudiantes de preparatoria son malos, debido entre otras cosas, a la forma en que estos cursos están estructurados y son transmitidos en las escuelas de nivel de secundaria y preparatoria de nuestro país. Por otra parte, estos resultados pueden ser comprendidos si consideramos la influencia de varios factores que pueden estar incidiendo de

manera importante. En primer lugar, podemos explicar las diferencias de conocimientos entre estos adolescentes de diferentes edades, si tomamos en cuenta que los chicos reciben en sus preparatorias cursos formales en diferentes niveles del plan de estudios, que abordan temas relacionados con aspectos de sexualidad; de lo anterior se deduce que los grupos de jóvenes de mayor edad y que están en semestres más avanzados, dominan mejor estos aspectos. Por otra parte, es muy probable que en estos resultados estén influyedo de manera importante aspectos de educación informal que son transmitidos a través de diferentes medios sociales, como la familia, la televisión, la radio, los medios escritos y otros. Otra variable que hay que tomar en cuenta al analizar estos resultados, es la propia experiencia sexual que muchos ya tienen y el grado de desarrollo psicosexual de estos jóvenes, que les permite asimilar de mejor manera estos aspectos a su vida.

Otros resultados importantes indican que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. Asimismo, se informa, con cierta preocupación, que el tema sobre aspectos de anticoncepción es el que les representó mayor grado de dificultad. Resultados como estos, indican, como se ilustra en diversas investigaciones, que muchos de nuestros sujetos pueden ser considerados como personas de alto riesgo para presentar

algún tipo de problema como los que se describen a continuación.

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, son numerosos los estudios relacionados con embarazo, maternidad, aborto y SIDA en poblaciones de jóvenes. Estos han buscado identificar y comprender los diversos factores y variables que intervienen de manera importante en la etiología y dinámica de estos problemas, y que reconocen en los niveles de escolaridad en general y el grado de conocimientos sobre sexualidad en particular, variables psicosociales importantes que están incidiendo favorable o negativamente para que estos grupos de jóvenes, presenten o no, conductas de riesgo. Asimismo, diversos investigadores resaltan la importancia que tiene el promover conocimientos sobre diversas áreas de la sexualidad a través de eficientes campañas educativas, y que coadyuven en la prevención de estos problemas que ponen en peligro tanto la salud como el futuro de muchos adolescentes.

Con relación a lo anterior, los resultados de nuestro estudio coinciden con muchos otros, que encontraron entre las características de sus sujetos de investigación, bajos niveles de conocimientos sobre aspectos de sexualidad; por ejemplo, al abordar el estudio sobre embarazo y maternidad en la adolescencia, se encontraron diversos trabajos realizados tanto en nuestro país como en otras partes del mundo, que indican que

las jóvenes embarazadas tenían pocos conocimientos sobre sexualidad humana y falta de información sobre anticonceptivos y su uso (Ibañez Brambila, 1984; Faure Olguín, 1993). Asimismo, se menciona en algunas fuentes (INEGI, 1996), que el nivel de escolaridad incide de manera favorable en la reducción de la fecundidad, al permitir un mayor acceso a información sobre planeación familiar y cuidados materno infantiles. También se señala que las adolescentes sexualmente activas que han tomado cursos de educación sexual tienen menos embarazos que las muchachas sin conocimientos sobre el tema, y que es más probable que quienes han tomado clases de educación sexual utilicen anticonceptivos (Fielding y Williams, 1991; en Craig, 1997) (Zelnik y Kim, 1982; en Masters y cols., 1987).

Por otra parte, al estudiar el problema del aborto en la adolescencia, también se encontraron investigaciones que confirman los resultados anteriores; Por ejemplo, Pick de Weiss y David (1988), observaron en mujeres que han tenido abortos provocados, que un alto porcentaje de las mismas, no contaban con conocimientos suficientes sobre métodos anticonceptivos, su uso y los lugares donde se pueden obtener, además de contar con pocos conocimientos sobre el aborto y los procedimientos que les fueron practicados.

Diversos estudios señalan a los adolescentes como un grupo de alto riesgo de contraer la infección del VIH, debido entre otras cosas, a que inician una vida sexual activa sin mucha información sobre aspectos de sexualidad y SIDA. Por otro lado, investigaciones reportadas por Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1992c), indican resultados contradictorios acerca de la influencia del conocimiento de las formas de transmisión y prevención del SIDA sobre las conductas preventivas, ya que muchos reportes indican que grupos como los estudiantes universitarios, a pesar de contar con adecuados conocimientos, no promueven cambios hacia conductas preventivas. En la investigación realizada por Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992), se reporta que los estudiantes de preparatoria mostraron resultados medianamente adecuados de SIDA, sobre todo en sus formas de transmisión y prevención; en nuestro estudio, el promedio general en todos los grupos sobre conocimientos de SIDA fue de 73, apenas regular. Mencionan además estos autores, que entre más conocimientos de sexualidad tienen los adolescentes, existe un mayor conocimiento sobre SIDA; en nuestro estudio, los promedios obtenidos en las distintas áreas de conocimiento sexual no mostraron diferencias importantes.

ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD

Otro objetivo que se formuló en nuestro trabajo, buscó analizar las actitudes que tienen los adolescentes sobre temas como los siguientes: relaciones sexuales; prácticas sexuales; orgasmo; anticoncepción; aborto; virginidad; masturbación; embarazo; homosexualidad y SIDA. Sobre estas temáticas se obtuvieron las siguientes conclusiones:

RELACIONES SEXUALES

Los resultados que se observan acerca de las actitudes que tienen estos jóvenes sobre el tema de las relaciones sexuales, indican de manera general que la mayoría de ellos las aceptan y las perciben como placenteras y agradables; sin embargo, un considerable número de ellos reflejan indecisiones y actitudes poco favorables acerca de que los adolescentes tengan relaciones sexuales, principalmente antes del matrimonio. Lo anterior puede estar indicando que muchos de estos jóvenes responden a premisas tradicionales que culturalmente rechazan las relaciones sexuales prematrimoniales entre los

adolescentes, principalmente en las mujeres (Díaz-Guerrero, 1996).

Por otra parte, las actitudes favorables de la mayoría coinciden con los datos encontrados en un alto número de estudios realizados en diferentes poblaciones juveniles, tanto de nuestro país como del extranjero, que informan del creciente interés de los jóvenes por las actividades sexuales y que la edad de inicio para las mismas desciende gradualmente, comparativamente con lo observado en décadas pasadas (Rivera Aragón, Díaz Loving y Cubas Carlin, 1994). Asimismo, es importante señalar que en nuestro estudio no se observaron diferencias significativas en las actitudes entre hombres y mujeres, lo cual puede estar sugiriendo un cambio importante en el grupo de las jóvenes con relación a las formas de pensar y comportarse que eran comunes en el pasado, donde se permitía a las mujeres tener relaciones sexuales hasta el momento en que estas se casaban. En la actualidad, diversos estudios reportan que los cambios más notables son los de las mujeres, quienes presentan incrementos sustanciales en su actividad sexual (Masters y cols., 1987).

VIRGINIDAD

Como ha sido mencionado anteriormente, el estudio de la sexualidad en la adolescencia ha venido demostrando que los patrones de comportamiento sexual en esta población se han ido modificando a través del tiempo. Ahora los jóvenes parecen presentar actitudes y comportamientos hacia la sexualidad más liberales y desprejuiciados que en el pasado, principalmente en sociedades como la norteamericana, donde en investigaciones relacionadas sobre este tema, indican que un mayor número de jóvenes acepta de mejor manera el que las mujeres no lleguen vírgenes al matrimonio (Hunt, 1974; Sorensen, 1973; en Papalia, 1992; Hass, 1979; en Masters y cols., 1987). No obstante lo anterior, estudios como los de Furstenberg (1972), citado por Papalia (1992), mencionan que muchos de estos jóvenes de ambos sexos manejan una doble moralidad sexual, ya que por un lado afirman que para una mujer es muy importante esperar hasta el matrimonio para tener actividad sexual, y por otra parte, su comportamiento sexual evidencia lo contrario, al grado de presentar conductas de riesgo ante posibles embarazos y enfermedades como el SIDA.

Como se ha podido observar en estudios con poblaciones mexicanas, las actitudes ambivalentes al respecto, reflejan la

prevalencia de influencias tradicionales que desapruaban la actividad prematrimonial en los adolescentes y resaltan y favorecen el valor cultural de la virginidad en las mujeres (Díaz-Guerrero, 1996; Álvarez Izazaga, Andrade Palos y Pick de Weiss, 1990). Con relación a nuestro estudio, los resultados coinciden con los datos anteriores, al encontrar actitudes divididas y ambivalentes en estos adolescentes, acerca del valor que la virginidad tiene en nuestra sociedad y de si las mujeres o las novias deben mantenerse vírgenes antes de casarse. Lo anterior demuestra cómo muchos jóvenes en nuestro país mantienen actitudes conservadoras, donde parecen estar a favor de este tipo de diferencias de roles sexuales.

TIPO DE PRACTICAS SEXUALES

Parece ser que en los últimos años se viene manifestando un mayor grado de experimentación sexual con relación al pasado; por ejemplo, algunos estudios mencionan que prácticas sexuales como las relaciones bucogenitales han cobrado gran popularidad entre los jóvenes (Hunt, 1975; en Masters y cols., 1987). Al respecto, los resultados de nuestro estudio coinciden con estas observaciones; encontrándose en la mayoría de los adolescentes

de ambos sexos y de todas las edades actitudes de aceptación, aunque en no pocos casos, sobre todo en los más jóvenes, se refleja indecisión y duda.

Por otra parte, dentro del tipo de prácticas y posiciones sexuales que los jóvenes están dispuestos a probar y que también son de su preferencia, se mencionan a las relaciones anales (Hunt, 1975; Levin, 1975; Hite, 1977; Sarrel y Sarrel, 1979), citados por Masters y cols., (1987). Los resultados de nuestro estudio también coinciden al respecto, observando que la mayoría de los sujetos acepta este tipo de prácticas.

ORGASMO

Otros cambios en el tipo de prácticas sexuales que algunos investigadores como Masters y cols., (1987) reportan, se relacionan con el incremento en la experimentación de orgasmos observadas en el grupo de mujeres que mantienen relaciones prematrimoniales. En nuestro estudio, las mayoría de nuestros sujetos muestra actitudes de aceptación y reconocimiento, valorando positivamente esta experiencia para ambos sexos; sin embargo, también se observan en los resultados un número considerable de adolescentes de 15 años de ambos

sexos y de mujeres de todas las edades, que muestran actitudes ambivalentes y de duda al respecto. Lo anterior puede estar relacionado a que culturalmente en países como el nuestro todavía a las mujeres no se permite abiertamente el ejercicio de su sexualidad, y que su práctica prematrimonial y el disfrute del coito, en muchos casos puede estar limitado por sentimientos de culpa, temor y vergüenza. Por otro lado, las actitudes de los más jóvenes puede estar reflejando una aceptación mayor a las normas tradicionales, donde culturalmente no son bien vistas las relaciones sexuales entre adolescentes (Díaz-Guerrero, 1996).

MASTURBACION

Diversos estudios realizados en otros países acerca de este tema, indican que la práctica de la masturbación en los adolescentes se ha venido incrementando con el paso del tiempo, principalmente en el grupo de las mujeres (Sorensen, 1973; en Papalia y Wendkos, 1992). También se menciona que las actitudes que diversos sectores de la sociedad ante esta actividad han ido cambiando favorablemente (Olds, 1985; Reis, 1986; Sarrel y Sarrel, 1984), citados por la misma fuente; sin embargo, siguen

existiendo grupos conservadores que presionan y desaprueban este tipo de prácticas, generando en muchos jóvenes sentimientos de culpa y actitudes ambivalentes (Conger, 1980).

Con relación a lo anterior, los resultados de nuestro estudio reflejan situaciones similares. Por una parte, la mayoría de nuestros sujetos considera que la masturbación entre los jóvenes es algo normal, que es practicada frecuentemente por ellos, y que no debe ser considerada como un pecado. No obstante, las respuestas también reflejan dudas y ambivalencias en muchos de ellos, sobre todo acerca de si los jóvenes la deben seguir practicando y si esta actividad es perjudicial o no para ellos. Es importante comentar al observar los resultados, que estos adolescentes tuvieron calificaciones promedio de ocho, en esta área de conocimientos. Estos resultados parecen estar indicando que una parte importante de jóvenes están siguiendo normas culturales tradicionales, las cuales no aprueban que los jóvenes tengan este tipo de manifestaciones sexuales (Díaz-Guerrero, 1996).

EMBARAZO

Los resultados de nuestros jóvenes indican que las actitudes hacia el embarazo en las relaciones prematrimoniales son

mayoritariamente aceptables, donde se le reconoce a la mujer su derecho a decidir al respecto; lo anterior puede estar sugiriendo que este grupo mantiene una actitud diferente a lo que se esperaría siguiendo premisas culturalmente tradicionales, donde el embarazo en mujeres solteras no es aceptado socialmente. Por otra parte, como lo han mencionado un gran número de investigadores, la toma de decisiones para aceptar embarazarse en poblaciones juveniles implica muchas veces padecer diversas situaciones de riesgo para su salud y la de su hijo, así como enfrentarse a presiones sociales donde finalmente el pronóstico puede ser negativo, afectando de manera irreversible el futuro de muchas de estas adolescentes. El análisis de los resultados de nuestro estudio, también nos muestra que muchos de estos jóvenes pueden estar presentando contradicciones en algunas de sus respuestas, ya que por una parte, expresan apertura y libertad para manejar sus relaciones sexuales, pero por otro lado, sus patrones de conducta sexual, como por ejemplo, el poco conocimiento y el mal uso de métodos anticonceptivos, indican que muchas de estas personas pueden no estar preparadas para asumir con responsabilidad su sexualidad, presentando un comportamiento de alto riesgo para padecer SIDA, embarazos, abortos y maternidad no deseadas.

ABORTO

Como ha sido mencionado al estudiar este tema, las actitudes hacia el aborto son diversas y polémicas, generando en muchos sectores de la sociedad fuertes conflictos difíciles de conciliar. La penalización del aborto en nuestro país ha incidido para que muchas mujeres, principalmente jóvenes, recurran para abortar a métodos poco seguros que ponen en riesgo su vida. Con relación a estos aspectos, las actitudes de nuestros sujetos coinciden con lo expresado por otros grupos sociales; es decir, sus opiniones son divididas. Por un lado, un poco más de la mitad opina de manera conservadora, considerando que el aborto es un crimen y que no se debe legalizar. Estas actitudes reflejan una posición tradicionalista, en las que se acepta las premisas socioculturales impuestas culturalmente. Otro grupo de estudiantes cree que el aborto se debe legalizar, identificándose con posturas más liberales que promueven la libertad en el ejercicio de los derechos humanos para decidir acerca de su vida sexual. Finalmente, parece haber coincidencia en estos sujetos al considerar que el aborto no se debe practicar como un método anticonceptivo, a diferencia de algunos jóvenes en otros países que no descartan este método en su actividad sexual.

ANTICONCEPCION

Como ha sido mencionado en diversos estudios a lo largo de este trabajo, la anticoncepción, principalmente el uso del condón, es considerada una variable importante que ha sido analizada en diferentes problemas relacionados con el comportamiento sexual de los adolescentes, como son embarazo, aborto, maternidad y SIDA. Al respecto, al estudiar las variables que pueden estar influyendo en las conductas de los adolescentes para embarazarse, encontramos en diversos estudios que muchas jóvenes embarazadas usaban poco los anticonceptivos y tenían limitados conocimientos sobre métodos anticonceptivos (Faure Olguín, 1993; Ibañez Brambila, 1984). Resultados similares se reportaron en estudios relacionados con el aborto en mujeres adolescentes (Pick de Weiss y David, 1988). Asimismo, al estudiar diversas variables psicosociales relacionadas con el SIDA, algunos estudios asociados con el uso del condón, reportan con muestras de estudiantes universitarios, que la mayoría tiene actitudes favorables hacia el condón, aunque un alto número de ellos no lo usa con regularidad. Uno de los resultados de estos estudios, indica que muchos de estos jóvenes los perciben como inhibidores del placer sexual y precursores de situaciones embarazosas como la compra y uso (Díaz Loving y Alfaro Martínez, 1993). En otras

investigaciones se menciona que muchos de ellos no lo usaban porque disfrutaban más del sexo sin él, mostrando algunos otros sentimientos de vergüenza por usar anticonceptivos o temor de que sus padres se dieran cuenta de que eran sexualmente activos (Papalia y Wendkos, 1992). Otras actitudes negativas observadas en muchos adolescentes indican que algunos sienten aversión a intervenir con la espontaneidad del acto sexual porque parecerían estar muy bien preparadas. Otros creen que usar anticonceptivos es muy problemático y olvidan tomar las medidas adecuadas. Otras piensan que es responsabilidad del hombre, y algunas más piensan que existen otras alternativas como el aborto. Entre otras causas para el no uso de anticonceptivos se menciona el no saber que en ese momento se tendrían relaciones sexuales.

Con relación a los resultados de nuestro estudio, la mayoría de los jóvenes muestra actitudes positivas al considerar importante usar anticonceptivos en las relaciones sexuales, lo cual coincide con los reportes de otras investigaciones ya citadas. Al analizar estos resultados encontramos algunas contradicciones importantes; por ejemplo, se consideran partidarios del uso de anticonceptivos, presuponiendo que lo usan con frecuencia en sus relaciones sexuales, sin embargo, podemos observar que la mitad de los que reportan tener

actividad sexual hacen poco uso de los anticonceptivos y tienen malos conocimientos sobre el tema. Por otra parte, también se indica que un alto porcentaje de nuestros sujetos cree que el uso de anticonceptivos disminuye el placer sexual. Lo anterior coincide con otros estudios, donde muchos jóvenes limitan su uso al considerar al condón como un elemento inhibitorio.

SIDA

En un primer momento, abordaremos el problema de la prostitución como causa de SIDA. Al respecto, diversos estudios realizados en México y en otros países como los Estados Unidos, mencionan que la práctica sexual con prostitutas entre los jóvenes varones ha disminuido significativamente con relación a las costumbres del pasado (Hunt, 1975; Sarrel y Sarrel, 1979; en Masters y cols., 1987; Monroy de Velasco y cols., 1986). Estos datos son importantes, si consideramos que actitudes como las mostradas por nuestros sujetos y registradas en numerosos estudios, indican altos índices de rechazo y prejuicio hacia estos grupos de población, señalándolos como causa importante de la transmisión del SIDA. Por ejemplo, en nuestro estudio se observa que un 50% de todos los sujetos asocia la prostitución con esta enfermedad y opina que esta práctica debe desaparecer.

A continuación se tratará la homosexualidad, principalmente en su relación con el SIDA. Como ha sido mencionado en capítulos anteriores, la homosexualidad es vista en diversas sociedades como un tema que genera emociones y reacciones encontradas. Si bien diversos autores consideran que el porcentaje de casos no ha aumentado en las últimas décadas y que un número cada vez más elevado de personas tiene opiniones favorables hacia éstos, también se informa que existen diversos grupos sociales que muestran actitudes negativas e intolerantes hacia los homosexuales, considerándolos en muchos casos como enfermos o degenerados sexuales a los que hay que evitar y/o atacar. En diversas encuestas se ha encontrado que una mayoría de adolescentes consideran que la homosexualidad es anormal y desagradable y pocos dicen que participarían en ella. La mayor parte de estos estereotipos hacia los homosexuales no se corresponden en su mayor parte con la realidad, ya que por lo general, los homosexuales no pueden reconocerse por su aspecto, modales o las actividades que realizan (Masters y cols., 1987; Papalia, 1992; Papalia y Wendkos, 1992; VanOss, 1994). Los resultados observados por los sujetos de nuestro estudio son similares con los encontrados en otras investigaciones; por ejemplo, en nuestra muestra casi la mitad de los sujetos de todas las edades y de ambos sexos cree o tiene dudas e indecisiones con relación a la afirmación de que si es posible reconocer a los homosexuales basándose únicamente en los rasgos

y aspecto de las personas; asimismo, estos estudiantes muestran actitudes similares al preguntarles si los homosexuales son dignos de confianza o no. Estas respuestas de nuestros sujetos pueden estar indicando que una gran parte de ellos tienen actitudes negativas o ambivalentes hacia estos sujetos, lo cual puede estar reflejando creencias y valores prejuiciados, basados en supuestos equivocados y sin fundamentos reales.

Con relación al mismo tema, al analizar las actitudes de nuestros sujetos acerca de si los homosexuales y bisexuales son causa importante en la transmisión del SIDA, nuevamente las opiniones se dividen, encontrándose que cerca de la mitad opina negativamente o tiene fuertes dudas para definir su posición. Lo anterior refleja que muchos de los estudiantes de nuestro estudio presentan bajos niveles de percepción de riesgo de contagiarse del VIH, asumiendo que otros grupos como los homosexuales y bisexuales son los únicos responsables de la propagación de este mal. Los resultados anteriores coinciden con otras investigaciones que advierten que los grupos de adolescentes deben ser considerados como de alto riesgo para adquirir esta enfermedad, debido principalmente a la poca información que tienen sobre aspectos de sexualidad, a los patrones de actividad sexual que presentan y al irregular uso

del condón en su rutina sexual (Alfaro Martínez y Díaz Loving, 1994; Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving, 1992; Sepúlveda, 1989; Villagrán Vázquez, 1993).

Continuando el análisis sobre las actitudes hacia el SIDA, en esta parte de nuestro estudio se buscó conocer las actitudes que estos adolescentes tenían acerca de las campañas de información emprendidas para la prevención del SIDA. La mayoría opina favorablemente al considerarlas una fuente importante de conocimientos, que han favorecido cambios en su conducta sexual y que deberían seguir realizándose en el combate de este mal. Al respecto, se observan algunas contradicciones importantes en las respuestas de estos sujetos, ya por una parte reconocen el valor que tiene este tipo de campañas en sus vidas, y por otro lado, la realidad de muchos de ellos, indica que la influencia de esta información no ha cambiado significativamente algunos de sus patrones de conducta sexual, que los sigue señalando como grupo de alto riesgo para adquirir esta enfermedad; por ejemplo, la mayoría de ellos no cuenta con los conocimientos necesarios sobre sexualidad y SIDA, principalmente sobre aspectos de anticoncepción; asimismo, se observa que un alto porcentaje de estos estudiantes reporta un uso irregular del condón en sus relaciones sexuales. Los resultados anteriores

indican que existen actitudes favorables hacia este tipo de campañas, situación que hay que aprovechar diseñando programas más eficientes, que tomen en cuenta diversas variables psicosociales, y que como se ha demostrado en diversas investigaciones, están directamente relacionadas con muchas conductas de riesgo.

Con relación a lo anterior, otras actitudes observadas en estos jóvenes indican que la mayoría de los mismos muestra opiniones favorables y de apoyo hacia los enfermos del SIDA, lo cual puede estar reflejando un cambio hacia actitudes más maduras y menos estigmatizadas hacia estas personas. Por otra parte, también se puede notar que un alto porcentaje de estos estudiantes tiene dudas e indecisiones acerca de cuál sería su comportamiento sexual con parejas infectadas. Este resultado puede estar indicando una mayor inclinación al riesgo, como se reporta en el estudio de Díaz Loving y Alfaro Martínez (1995).

Diversos investigadores informan que si las personas se sienten en riesgo de enfermar de SIDA, podrían llevar a cabo prácticas sexuales de bajo riesgo, y que si existiera una percepción de alto riesgo de contraer SIDA, podría influir en la motivación al cambio. No obstante lo anterior, diversos estudios indican que aun cuando muchos jóvenes muestran temor

de contraer esta enfermedad, no presentan cambios en su conducta sexual, asumiendo que otros y no ellos son mejores candidatos para adquirir este mal. En nuestro estudio, un número considerable de adolescentes reporta temor y sienten encontrarse en riesgo de adquirir esta enfermedad, pero como en otros casos reportados, muchos de estos jóvenes no promueven cambios reales en su conducta sexual.

Las actitudes hacia el sexo seguro son importantes predictores en la presentación de conductas de riesgo de adquirir SIDA; en nuestro estudio, la mayoría de jóvenes muestra actitudes favorables hacia el uso del condón; asimismo, consideran el uso del mismo como un medio de prevención de esta enfermedad; sin embargo, también se observa que muchos consideran el condón más como un método anticonceptivo, lo cual puede indicar una baja percepción de riesgo de contraer SIDA.

FUENTES DE INFORMACION SEXUAL

El tercer objetivo importante que se planteó en este trabajo, pretendió identificar aquellas fuentes de información

sexual que fueron consideradas significativas en el pasado de nuestros sujetos; así también aquellas otras que ahora o en el futuro pueden ser elegidas para solucionar algún tipo de necesidad de orientación y apoyo relacionado con aspectos sexuales.

Con relación a lo anterior, los resultados de estos adolescentes señalan mayoritariamente a la familia y la escuela como las dos fuentes más importantes en que se apoyaron en el pasado para la adquisición de conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales. Al respecto, estos representantes de nuestra sociedad son reconocidos por casi todos los investigadores sociales por la función relevante que tienen en la formación de los individuos, principalmente en las etapas de la niñez, y que son reconocidos por nuestros sujetos como influencias educativas importantes en su pasado. Asimismo, diversos estudios realizados con poblaciones de jóvenes, identifican a la familia y a la escuela, entre las variables psicosociales que más influyen en la sexualidad de los adolescentes, y que están presentes e inciden de manera significativa, ya sea favorable o negativamente, para que se presenten o no, conductas preventivas o de alto riesgo en situaciones como embarazos, maternidad no deseada, aborto y SIDA.

Lo anterior coincide con los informes de Díaz-Guerrero, al señalar la importancia que para los mexicanos tiene la institución de la familia en la formación de su carácter.

Por otra parte, al preguntarles a los sujetos a qué fuentes acudirían ahora para adquirir información relacionada con aspectos de sexualidad, señalan en primer lugar los centros de salud o clínicas de planificación familiar; en segundo lugar, mencionan a los cursos de educación sexual, y en tercer lugar, marcaron a los libros, médicos y enfermeras. De lo anterior, podemos observar cambios importantes en las preferencias de estos jóvenes, dejando a un lado fuentes que fueron significativas en su niñez, como la escuela y la familia, por otras que ahora son consideradas de mayor utilidad para sus necesidades de información y atención de problemas, como pudieran ser los servicios de planificación familiar, que incluyen aspectos como uso y distribución de anticonceptivos, apoyo a la pareja en embarazos y partos, atención infantil y otros relacionados con aspectos de educación sexual. Los resultados anteriores pueden ser comprendidos si consideramos que ahora muchos de estos jóvenes tienen ya una vida sexual activa o están cerca de tenerla, y por lo cual requieren apoyo y asesoría por parte de este tipo de instituciones de salud; además, también pueden estar indicando cierto éxito de las

campañas de planificación familiar que invitan a los jóvenes a consultar sus servicios.

EXPERIENCIAS SEXUALES

Un cuarto objetivo que se buscó en nuestro estudio, tuvo como finalidad conocer algunos aspectos del comportamiento sexual de nuestros adolescentes, principalmente aquellos relacionados con su experiencia masturbatoria, relaciones sexuales y métodos anticonceptivos utilizados.

Al respecto, los resultados indican que la mayoría de los hombres y menos de una tercera parte de las mujeres mencionaron haberse masturbado alguna vez. Los datos registrados en los grupos de varones coinciden con los hallazgos de diversas investigaciones que observan gran actividad masturbatoria en los hombres adolescentes. Por otra parte, los resultados encontrados en las jóvenes de nuestro estudio pueden ser considerados bajos en comparación con otros estudios que informan que las adolescentes han incrementado su práctica masturbatoria con relación al pasado, aunque también se menciona que las mujeres parecen masturbarse, o confiesan

hacerlo, sólo la mitad de las veces de los hombres (Papalia y Wendkos, 1992; Masters y cols., 1987). Otros resultados reportados en nuestro estudio, señalan que los grupos de hombres inician estas experiencias a menor edad que las mujeres, y que coinciden ambos grupos al indicar que sólo la practican de manera ocasional, es decir, algo más a una vez cada mes. Este dato puede ser un poco conservador, comparativamente a otros, que reportan una mayor actividad y frecuencia en diversos tipos de actividad sexual manifestada por los jóvenes.

Los resultados anteriores, pueden estar reflejando en el grupo de mujeres, a diferencia de los hombres, rechazo para contestar con honestidad al cuestionario; mecanismos defensivos para negarse a si mismas este tipo de comportamiento sexual; o tal vez, conflictos e inhibiciones por presiones culturales, donde a las mujeres en nuestra sociedad no se les permite abiertamente expresar su sexualidad, en comparación con los hombres, a quienes en diversos medios culturales se les impulsa directamente para que esto suceda. Estas observaciones se manifiestan también en otras respuestas a este cuestionario.

Al evaluar estos resultados en nuestro sujetos, es importante considerar algunos otros encontrados en este estudio

sobre el tema de la masturbación, como por ejemplo, en el cuestionario sobre conocimientos se registraron los puntajes más elevados, precisamente en este tema, con calificaciones de ocho. Por otra parte, los resultados encontrados acerca de las actitudes hacia la masturbación, parecen estar reflejando coincidencias con algunas de las conductas manifestadas; por ejemplo, las ambivalentes encontradas en muchos jóvenes, parecen estar presentes en las respuestas de las mujeres, que a pesar de considerar la masturbación como normal y frecuente entre los jóvenes, sólo una pequeña parte de las mismas acepta haberlas tenido.

Con relación a las experiencias sexuales que han tenido estos jóvenes, los resultados indican que un mayor número de hombres han tenido relaciones sexuales, en comparación con las mujeres, donde menos de una tercera parte menciona haber tenido relaciones sexuales. Estos resultados coinciden con los encontrados en otras investigaciones, los cuales registran los mismos patrones de conducta sexual en adolescentes (Villagrán Vázquez y Díaz Loving, 1994). Otros resultados importantes señalan que la edad en que con mayor frecuencia inician relaciones sexuales (15 a 17 años) es similar a la encontrada en otros estudios (Díaz Loving y Alfaro Martínez, 1995). Asimismo, nuestros sujetos reportan en su mayoría haber tenido

relaciones sexuales de manera ocasional, coincidiendo con otros datos como los de Alfaro Martínez, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992). Además, mencionan en su mayoría, que sus actividades sexuales las han tenido con una sola pareja; estos resultados difieren con lo encontrado en otros estudios, que señalan que los hombres presentan un mayor número de parejas sexuales en su vida (Odrizola Urbina e Ibañez Brambila, 1992). Es posible encontrar que a mayor edad y experiencia en la vida, muchos de estos jóvenes, sobre todo los hombres, tengan más parejas sexuales. Estos resultados que se informan en el estudio parecen estar determinados culturalmente, donde algunas premisas socioculturales prevalecientes en nuestra sociedad, señalan que las actividades sexuales en los varones son aceptadas, y algunas veces se les fomenta un comportamiento sexual a edad más temprana; las mujeres, por su parte, deben esperar vírgenes hasta el matrimonio (Díaz-Guerrero, 1996).

Al explorar antecedentes de relaciones de tipo homosexual o bisexual en nuestros jóvenes, ninguno de ellos aceptó haber tenido experiencias de este tipo. Estos resultados pueden indicar que algunos de estos adolescentes se hayan negado a contestar honestamente a las preguntas, o que estén operando mecanismos de negación para aceptar estos impulsos. Por otra parte, estos resultados difieren con lo reportado en diversas

investigaciones, que indican que en poblaciones de jóvenes la actividad homosexual y/o bisexual se presenta con cierta frecuencia (Papalia y Wendkos, 1992; Masters y cols., 1987).

Estos resultados deben analizarse incluyendo otros datos importantes encontrados en nuestros sujetos, como por ejemplo, el nivel de conocimientos en el área de relaciones sexuales es apenas aprobatorio. Asimismo, con relación a las actitudes hacia las relaciones sexuales, se observaron en muchos adolescentes, ambivalencias y opiniones poco favorables acerca de que los adolescentes tengan relaciones sexuales antes del matrimonio. Lo anterior, se ve reflejado en las pocas o nulas experiencias sexuales de muchas de las chicas.

Finalmente, al evaluar el uso y tipo de métodos anticonceptivos en estos adolescentes, los resultados indican que cerca de la mitad de las personas que tienen relaciones sexuales no usa o sólo lo hacen ocasionalmente. Estos resultados, junto con otros relacionados, como por ejemplo, con las bajas calificaciones mostradas en esta área del conocimiento, y observar en los sujetos algunas contradicciones importantes entre en lo que se piensa y lo que se hace, indica finalmente, que muchos de estos jóvenes están mostrando conductas de alto riesgo, con altas probabilidades de sufrir y

padece enfermedades de transmisión sexual o SIDA, así como vivir situaciones de embarazos, maternidad y abortos no deseados que afecten de manera irreversible su futuro.

A manera de reflexión final, podemos mencionar que de acuerdo a los datos sociodemográficos y a los resultados encontrados en muchas investigaciones relacionadas con el comportamiento sexual en poblaciones de jóvenes, principalmente en grupos de estudiantes, incluyendo los resultados de este trabajo, resaltamos como un gran problema, la falta de conocimientos que en muchas áreas de la sexualidad se manifiesta en diversos sectores de nuestra sociedad. Creemos que los cambios que se requieren realizar en muchas actitudes y formas de comportamiento sexual, sólo se lograrán a través de acciones educativas, que planeadas eficientemente, sean ofrecidas a diversos sectores de nuestra población (anexo 3).

SUGERENCIAS

A poco tiempo de empezar un nuevo siglo, nuestro país, al igual que muchos otros, vive desde hace varias décadas en una verdadera crisis, tanto económica, política y social, y que amenaza permanentemente con romper los acuerdos de sociabilidad y convivencia sustentadas por nuestras instituciones sociales. Datos reportados por diferentes fuentes, indican que en México más de la mitad de la población viven en condiciones de pobreza, y que no alcanzan a cubrir con los mínimos de bienestar, como vivienda, alimentación y educación. Los pronósticos que muchos analistas hacen acerca del desarrollo de nuestro país en los siguientes años no es muy optimista, más bien, se vislumbra un futuro incierto que es visto con expectionismo.

Por otro lado, también se menciona que un antídoto importante para contrarrestar la pobreza y el subdesarrollo, es fortaleciendo el sector educativo e incrementando los recursos hacia la investigación. Al respecto, diversas fuentes oficiales reconocen que el nivel educativo promedio en nuestro país es de quinto grado, por lo que las metas por alcanzar requieren de grandes esfuerzos. De manera particular, la educación en el área de la sexualidad requiere también ser fortalecida en

diversos sectores de la población, ya que como hemos visto a lo largo de este trabajo, los niveles de conocimientos mostrados por diferentes grupos de estudio son limitados, y sólo a través de apoyos educativos específicos se mantendrán controlados los índices de natalidad, y podrán disminuir las cifras de casos de embarazos, maternidad, abortos y SIDA registrados en grupos de jóvenes.

Por otra parte, pensamos que nuestro país es un gran mosaico pluricultural y étnico, donde confluyen una diversidad de valores, creencias, normas, actitudes y formas de comportamiento que es importante conocer, particularmente aquellas asociadas con la sexualidad de los individuos. Como menciona Díaz-Guerrero, es necesario descubrir y evaluar las premisas socioculturales que sustentan las formas de pensar y actuar, y modificar aquellos valores que sean un obstáculo al desarrollo de los diferentes grupos de población, así como reforzar aquellos otros que favorezcan su crecimiento. Al respecto, coincidimos con este autor al resaltar la importancia de generar investigaciones que conduzcan al mejor conocimiento de los rasgos de personalidad de los mexicanos, y que sean de tipo interdisciplinario, con metodologías e instrumentos validados en diversas poblaciones de nuestro país, y que además, aborden valores sociales importantes como el machismo,

la virginidad, las diferencias en los roles sexuales y su influencia en el comportamiento sexual de las personas, tomando en cuenta variables como género, edad, familia, zona geográfica, nivel socioeconómico y educativo. Los resultados de dichos estudios deberán traducirse en intervenciones educativas que incidan favorablemente, principalmente en los grupos sociales más desprotegidos.

Como ya ha sido mencionado, los recursos con que cuenta nuestro país son limitados y mal administrados, por lo que se requiere una gran cantidad de imaginación y creatividad en la realización de proyectos; en este sentido, pensamos que instituciones educativas como las universidades, que cuentan con recursos humanos de alto nivel, deberían jugar un papel más activo en el desarrollo de investigaciones que requiere nuestro país, que vinculados con sectores como las Secretarías de Educación y de Salud, instrumenten por ejemplo, programas y campañas educativas destinadas a diferentes grupos de población, como las escuelas, la familia y los centros de salud. Creemos que para que estas iniciativas tengan un verdadero impacto en la población, se deberían capacitar previamente al personal involucrado en su conducción; esto responde a la preocupación por los resultados que arrojan algunos estudios que mencionan que los profesores que imparten materias con temas de

sexualidad, y que ahora las autoridades educativas deciden incluir en el quinto grado de primaria, no cuentan con las suficientes bases para conducir eficientemente estos cursos.

La familia es la unidad social básica desde donde el ser humano aprende a relacionarse con el mundo; es ahí donde el sujeto introyecta valores y formas de pensar y actuar. Su influencia en la psicología de los individuos está debidamente registrada en muchas investigaciones, por lo que su estudio es considerado como prioritario, y debe conducir a reforzar o modificar conductas importantes en la familia mexicana.

Por último, es importante recordar que estamos en la época del internet y de los satélites, donde los medios de comunicación masiva se vuelven cada vez más importante por la influencia que tienen en la opinión pública. Al respecto, algunas personas piensan que en México existen tres secretarios de educación, uno en la SEP, y los otros dos en las cadenas televisivas más importantes de nuestro país. Creemos que difícilmente se podrán lograr cambios significativos en la forma de pensar de nuestra población sin la colaboración conjunta de estos tres sectores; por lo anterior se requieren revizar profundamente sus formas de transmisión, contenidos e impacto hacia los distintos auditorios. Por ejemplo, algunos

estudios realizados en los Estados Unidos, reportan con preocupación el alto número de mensajes con contenido sexual que se transmite diariamente en los programas de televisión de aquel país, así como su asociación con el uso de alcohol y al no uso del condón en las relaciones sexuales. Pensamos que la utilización más eficiente y responsable de estos recursos y el incremento de programas y campañas sobre educación sexual redundará en grandes beneficios para nuestra población.

LIMITACIONES Y APORTACIONES

Como ha sido mencionado anteriormente, nuestro estudio fue de tipo descriptivo, por lo que sus pretenciones son limitadas, planteando en sus objetivos el estudio independiente de sus variables, más que la forma de interacción de las mismas; no obstante lo anterior, la importancia de este estudio radica en que sienta las bases y el camino para futuras investigaciones, que busquen establecer posibles interrelaciones entre algunas variables específicas; asimismo, es importante mencionar que en este estudio se utilizaron para el análisis de los datos, técnicas de distribución de frecuencias y el manejo de la información en porcentajes, limitando así las posibilidades de interpretación de los resultados y la riqueza de la discusión.

Por otro lado, hay que señalar que para la construcción del instrumento se consultaron los elaborados en otras investigaciones, que siguieron para su construcción las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y el CONASIDA, y que previamente fueron validados en poblaciones similares a la nuestra y determinadas las consistencias internas de los mismos. Cabe aclarar que nuestro instrumento no fue sometido a los tratamientos antes mencionados, por lo que sus resultados son considerados como preeliminares. No obstante

lo anterior, el instrumento elaborado mantiene algunas características que lo hacen interesante, como puede ser que en el mismo se incluyen una amplia diversidad de reactivos, con los que se pretende evaluar un gran número de aspectos de la vida sexual de los sujetos de la muestra, y que de ser validado y determinada su confiabilidad en futuras investigaciones podría arrojar una mayor información que la registrada en este estudio; asimismo, al utilizar otras técnicas estadísticas, sus resultados podrían generalizarse a otras situaciones. Una aportación importante de este estudio, se refiere al interés mostrado por encontrar diferencias importantes en estos adolescentes, tomando en cuenta variables como edad y sexo. El conformar diez grupos para su estudio, con pocas diferencias de edad entre ellos, permitió encontrar resultados importantes que fueron analizados en su momento y que confirman los resultados de otras investigaciones y sugieren posibilidades futuras para la realización de otros estudios.

Finalmente, queremos mencionar que en este trabajo se pretendió desde un principio evaluar los conocimientos, actitudes y conducta sexual que presentaban un grupo de estudiantes, pero analizados desde un marco específico, ante el cual se pudiera resaltar la verdadera importancia de su

estudio; pensamos que estudiando estos aspectos ante situaciones problemáticas reales y de gran preocupación social, estábamos cumpliendo así con uno de los objetivos del trabajo, al resaltar algunas aportaciones del mismo que pudieran sensibilizar a diversos sectores de la sociedad e involucrarlos en la toma de responsabilidades y en la búsqueda de decisiones.

BIBLIOGRAFIA

ALDAZ, Evelyn y Pick Susan (1996) "El impacto del SIDA en las creencias y conductas". *La Psicología Social en México*, 6, México: AMEPSO.

ALFARO MARTINEZ, Lilia Bertha (1991). *Sexualidad y SIDA en el adolescente*. Tesis de licenciatura, UNAM, Facultad de psicología.

ALFARO MARTINEZ, Rivera Aragón y Díaz Loving (1991) "Actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes". *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 4, 2.

ALFARO MARTINEZ, Rivera Aragón y Díaz Loving (1992) "Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria". *La Psicología Social en México*, 4, México: AMEPSO.

ALFARO MARTINEZ y Díaz Loving (1994) "Factores psicosociales y conductas sexuales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos". *La Psicología Social en México*, 5, México: AMEPSO.

ALFARO MARTINEZ y Díaz Loving (1996) "Análisis de conductas sexuales de riesgo ante el VIH, a través del modelo de acción razonada en adolescentes". *La Psicología Social en México*, 6, México: AMEPSO.

ALVAREZ IZAZAGA, Andrade Palos y Pick de Weiss (1990) "Estudio comparativo de varones que han y que no han embarazado a una adolescente". *La Psicología Social en México*, 3, México: AMEPSO.

ALVAREZ IZAZAGA (1993). *Influencia de la relación padres-hijos en la actitud hacia la sexualidad de los hijos adolescentes*. Tesis de licenciatura, UNAM, Facultad de psicología.

ANDRADE PALOS, Pick de Weiss y Alvarez Izazaga (1990) "Percepción que los hijos tienen de las actitudes de sus padres hacia su sexualidad y autoconcepto de adolescentes que han y no han tenido relaciones sexuales". *La Psicología Social en México*, 3, México: AMEPSO.

ANDRADE PALOS, Camacho Valladares y Díaz Loving (1992) "Comunicación con los padres y su relación con conducta sexual y percepción de riesgo de contraer SIDA". *La Psicología Social en México*, 4, México: AMEPSO.

CARRASCO CORONA y cols. (1994) "Ambiente familiar, actividad sexual y embarazo en la adolescencia". *La Psicología Social en México*, 5, México: AMEPSO.

CONGER, John (1980). *Adolescencia: Generación presionada*. México, Harper & Row Latinoamericana, S. A de C. V.

COLLADO MIRANDA, Pick de Weiss y Givaudan Moreno (1994) "Materiales para la educación sexual en niños escolares". *La Psicología Social en México*, 5, México: AMEPSO.

CRAIG, Grace (1997). *Desarrollo psicológico*. Ed. Prentice Hall.

DAVID Henry P. (1988) "Conducta sexual y anticonceptiva en adolescentes. Aspectos psicosociales e investigación sobre servicios de orientación". *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 4, núm. 1.

DIAZ-GUERRERO, Rogelio (1974) "La mujer y las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 6, núm. 1.

DIAZ-GUERRERO, Rogelio (1991) "El problema de la definición operante de la identidad mexicana". *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7, núm. 2.

DIAZ-GUERRERO, Rogelio (1993) "Un factor cardinal en la personalidad de los mexicanos". *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9, núm. 2.

DIAZ-GUERRERO, Rogelio (1996). *Psicología del Mexicano*. México. Ed. Trillas.

DIAZ LOVING, Pick de Weiss y Andrade Palos (1988a) "Relación de control, conducta sexual, anticonceptiva y embarazo en adolescentes". *La Psicología Social en México*, 2, México: AMEPSO.

DIAZ LOVING, Pick de Weiss y Andrade Palos (1988b) "Obediencia, asertividad y planeación al futuro como precursores de comportamiento sexual y anticonceptivo en adolescentes". *La Psicología Social en México*, 2, México: AMEPSO.

DIAZ LOVING y Cubas Carlin (1991) "Sexualidad, género y premisas socioculturales". *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7, núm. 2.

DIAZ LOVING, Rivera Aragón y Andrade Palos (1994) "La teoría de la acción razonada en la predicción de uso y petición de uso de condón". *La Psicología Social en México*, 3, México: AMEPSO.

DIAZ LOVING y Alfaro Martínez (1995) "Factores psicosociales relacionados con el contagio del VIH en estudiantes de preparatoria". *Revista Interamericana de Psicología*, 29, núm.2.

DICCIONARIO ENCICLOPEDICO GUILLET (1987). Editorial Cumbre.

DICCIONARIO LAROUSSE (1992). Ediciones Larousse.

ESKALA, Atkin, Valdez, Fernández (1990) "La adolescente embarazada y su relación de pareja". *La Psicología Social en México*, 3, México: AMEPSO.

ESTEVEZ G., Atkin L. C. (1990) "El significado del abandono escolar para la adolescente embarazada". *La Psicología Social en México*, 3, México: AMEPSO.

FAURE OLGUIN, Flor (1993) "Factores psicosociales del embarazo en la adolescencia: revisión de algunos estudios latinoamericanos". *Revista Mexicana de Psicología*, 10, núm. 1.

FERNANDEZ MCGREGOR, Arcelus de Diego, Atkin C. y Pineda (1988) "Adolescente embarazada: Relación de pareja y apoyos familiares". *La Psicología Social en México*, 2, México: AMEPSO.

FISHBEIN Martin (1990) "Factores que influyen en la intención de los estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón". *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6, núm. 1 y 2.

FLORES GALAZ y Diaz Loving (1991) "Actitudes hacia la vida, muerte y SIDA". *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7, núm. 2.

FLORES GALAZ y Diaz Loving (1992) "Actitudes hacia la salud, enfermedad y SIDA". *La Psicología Social en México*, 4, México: AMEPSO.

FLORES GALAZ y Diaz Loving (1994) "Locus de control, asertividad y comunicación en la prevención del SIDA". *La Psicología Social en México*, 5, México: AMEPSO.

GIVAUDAN MARTINEZ y Pick de Weiss (1992a) "Encuesta de opinión sobre el aborto inducido y su despenalización en el estado de Chiapas". *La Psicología Social en México*, 4, México: AMEPSO.

GIVAUDAN MARTINEZ y Pick de Weiss (1992b) "Encuesta de opinión sobre el aborto inducido y su despenalización en la ciudad de México". *La Psicología Social en México*, 4, México: AMEPSO.

GIVAUDAN MARTINEZ, Villagrán y Díaz Loving (1992) "Medios de comunicación masiva y conocimientos sobre SIDA". *La Psicología Social en México*, 4, México: AMEPSO.

GIVAUDAN MARTINEZ y Pick de Weiss (1994) "Curso de educación sexual para padres". *La Psicología Social en México*, 5, México: AMEPSO.

GIVAUDAN, Pick, Aldaz y Saldivar (1996) "Creencias y normas que influyen en las conductas sexuales de las mujeres respecto a la prevención del SIDA". *La Psicología Social en México*, 6, México: AMEPSO.

HERNANDEZ ROBLEDD, Camacho Valladares y Moreno Camacho (1994) "Atribuciones de contagio del VIH en seropositivos y personas con SIDA". *La Psicología Social en México*, 5, México: AMEPSO.

HERNANDEZ SAMPIERI, Fernández Collado y Baptista Lucio (1991). *Metodología de la investigación*. Ed. McGraw Hill.

HORROCKS, John (1986). *Psicología del desarrollo*. México, Ed. Trillas.

HURLOCK, Elizabeth (1987). *Psicología de la adolescencia*. México, Ediciones Paidós.

IBAÑEZ BRAMBILA, Berenice (1984) "Factores psicosociales y familiares del embarazo en adolescentes solteras". *Revista Mexicana de Psicología*, 1, núm. 1.

IBAÑEZ BRAMBILA, Odriozola Urbina (1992) "Educación sexual en estudiantes universitarios". *La Psicología Social en México*, 4, México: AMEPSO.

IBAÑEZ BRAMBILA, Berenice (1994) "Actitud hacia el aborto en estudiantes universitarios". *Revista Mexicana de Psicología*, 11, núm. 1.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (1993a). *Los jóvenes en México*.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (1993b). *Los niños en México*.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (1996). *Estadísticas de nacimientos*. Año I. Núm. 1.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (1997). **Censo de población y vivienda 1995.**

KERLINGER, Fred (1977). **Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología.** Editorial Interamericana.

KIMBALL, Young (1973). **Psicología de las actitudes.** Argentina. Ed. Paidós.

LARA TAPIA, Gómez Alegría y Fuentes (1992) "Cambios socioculturales en los conceptos de obediencia y respeto en la familia mexicana: Un estudio en relación con el cambio social". **Revista Mexicana de Psicología**, 9, núm. 1.

LARA TAPIA, Gómez Alegría y Fuentes (1993) "Cambios socioculturales en los conceptos de abnegación en la familia mexicana: Un estudio en relación con el cambio social". **Revista Mexicana de Psicología**, 10, núm. 1.

LOPEZ MUÑOZ y Rivera Aragón (1992) "Mecanismo de negación y su relación con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana". **La Psicología Social en México**, 4, México: AMEPSO.

LOPEZ MUÑOZ, Villagrán Vázquez y Díaz Loving (1994) "Percepción de riesgo, atribución del contagio y aspectos emocionales en relación con el SIDA". **La Psicología Social en México**, 3, México: AMEPSO.

MASTERS, William y cols. (1987). **La sexualidad humana.** Barcelona, Ed. Grijalbo.

MONROY, Nuñez, Morris, Bailey, Cárdenas y Wattley (1986) "Experiencia sexual en jóvenes de dos delegaciones de la ciudad de México". **La Psicología Social en México**, 1, México: AMEPSO.

ODRIOZOLA URBINA, Ibáñez Brambila (1992) "Actitudes y conducta sexual en estudiantes universitarios". **La Psicología Social en México**, 4, México: AMEPSO.

PAPALIA D. (1992). **Desarrollo humano.** México. Ed. McGraw Hill.

PAPALIA y Wendkos (1992). **Psicología del desarrollo. "De la infancia a la adolescencia"**. Editorial McGraw Hill.

PAZ, Octavio (1987). **El laberinto de la soledad.** México. Ed. Fondo de Cultura Económica.

PICK DE WEISS, Andrade Palos y Medina Mora (1986) "Estudio descriptivo de las normas y conductas sexuales y anticonceptivas en los medios rural y urbano de Michoacán, México". **La Psicología Social en México**, 1, México: AMEPSO.

PICK DE WEISS, Díaz Loving, Rivera Aragón, Flores Galaz y Andrade Palos (1987) "Que papel juega la familia en la conducta sexual y anticonceptiva de la adolescente en la ciudad de México". *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 3, núm. 1.

PICK DE WEISS, Díaz Loving y Andrade Palos (1988) "Estudio comparativo de adolescentes que han y no han tenido relaciones sexuales". *La Psicología Social en México*, 2, México: AMEPSO.

PICK DE WEISS, Andrade Palos y Díaz Loving (1988) "Características psicosociales de las adolescentes de 16-17 años, que han y no han tenido su debut sexual". *La Psicología Social en México*, 2, México: AMEPSO.

PICK DE WEISS y David H.P. (1988) "Un estudio del aborto ilegal en México". *La Psicología Social en México*, 2, México: AMEPSO.

PICK DE WEISS, Andrade Palos y Alvarez Izazaga (1990) "Estudio preliminar sobre SIDA y enfermedades sexualmente transmisibles en farmacias de la ciudad de México". *La Psicología Social en México*, 3, México: AMEPSO.

PICK DE WEISS, Díaz Loving y Andrade Palos (1990) "Actitud y norma subjetiva con respecto a sexo, anticoncepción y aborto en las adolescentes de la ciudad de México". *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3, núm. 1, 2.

PICK DE WEISS y Alvarez M. A. (1992a) "Conocimientos y actitudes de farmacéutas hacia el aborto y la anticoncepción". *La Psicología Social en México*, 4, México: AMEPSO.

PICK DE WEISS y Alvarez M. A. (1992b) "Conocimientos y actitudes de hierberos hacia el aborto y la anticoncepción". *La Psicología Social en México*, 4, México: AMEPSO.

PICK DE WEISS, Reyes Jeanette, Ramírez Hilda y Vernon Ricardo (1994) "El personal docente como agente de educación sexual: Programa de capacitación a nivel nacional". *La Psicología Social en México*, 5, México: AMEPSO.

PICK DE WEISS y Givaudan Martha (1994) "Las opiniones de la población como apoyo a la educación sexual". *La Psicología Social en México*, 5, México: AMEPSO.

PICK DE WEISS y Vargas Trujillo (1995). *Yo adolescente*. Ariel Escolar.

PICK DE WEISS y cols. (1995). *Planeando tu vida*. Editorial Planeta.

PICK, Saldivar y Guivaudan (1996) "Normas y valores que influyen en las conductas sexuales de varones adultos". *La Psicología Social en México*, 6, México: AMEPSO.

PICK, Susan y Alvarez Marcela (1996) "El impacto del SIDA en las creencias y las conductas sexuales de los varones adolescentes". *La Psicología Social en México*, 6, México: AMEPSO.

PICK, Susan y Guivaudan Martha (1998). *El arte de convivir con adolescentes*. México. Editorial IDEAME?

PICK, Susan y Guivaudan Martha (1998). *Deja volar a tu adolescente y será un gran adulto*. México. Editorial IDEAME?

RAMOS, Samuel (1938). *El perfil del hombre y la cultura en México*. México. Ed. Ediciones Pedro Robredo.

REINISCH, June y Beasley Ruth (1992). *Nuevo informe Kinsey sobre sexualidad*. Ed. Paidós.

REYES LAGUNES, Isabel (1990) "Actitudes hacia el SIDA en jóvenes universitarios". *La Psicología Social en México*, 3, México: AMEPSO.

RIVERA ARAGON y Díaz Loving (1994) "Actitudes, norma subjetiva y creencias en relación al uso del condón". *La Psicología Social en México*, 5, México: AMEPSO.

RIVERA ARAGON, Díaz Loving y Cubas Carlin (1994) "Patrones de conducta sexual y anticonceptiva en empleados de gobierno de la ciudad de México". *La Psicología Social en México*, 5, México: AMEPSO.

SEPULVEDA AMOR, Jaime (1989). *SIDA. Ciencia y Sociedad en México*. México. FCE.

SHLOSSER STAVCHANSKY (1988) "Proyecto sobre relación de pareja y planificación familiar en jóvenes mexicanos. Embarazos no esperados y el uso de la anticoncepción". *La Psicología Social en México*, 2, México: AMEPSO.

SHRADER COX (1988) "Proyecto sobre relación de pareja y planificación familiar en jóvenes mexicanos: Concordancia y congruencia de la comunicación". *La Psicología Social en México*, 2, México: AMEPSO.

SIDA-ETS/1995; Vol 1, Núm. 1.

SIDA-ETS/1995; Vol 1, Núm. 2.

SIDA-ETS/1996; Vol 1, Núm. 3.

SIDA-ETS/1996; Vol 2, Núm. 2.

SIDA-ETS/1996; Vol 2, Núm. 3.

SIDA-ETS/1996; Vol 2, Núm. 4.

SIDA-ETS/1997; Vol 3, Núm. 1.

SIDA-ETS/1997; Vol 3, Núm. 2.

SIDA-ETS/1997; Vol 3, Núm. 3.

SILVA ARCINIEGA, Díaz-Guerrero (1992) "Premisas histórico socioculturales de Díaz-Guerrero aplicadas a estudiantes preparatorianos de la ciudad de México en 1991". *La Psicología Social en México*, 4, México: AMEPSO.

TORRES MALDONADO, Alfaro Martínez, Díaz Loving y Villagrán Vázquez (1994) "La atribución del origen del SIDA, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio del VIH". *La Psicología Social en México*, 5, México: AMEPSO.

TRIANDIS, Harry C. (1994) "Cultura: el nuevo énfasis en psicología". *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 10, núm. 1.

VALDES BLASQUEZ y Atkin L. C. (1988) "Actitudes maternas, prácticas sobre crianza y expectativas de desarrollo infantil en un grupo de adolescentes embarazadas". *La Psicología Social en México*, 2, México: AMEPSO.

VAN'OSS MARIN, Barbara (1994) "La Cultura Latina y la Sexualidad: implicaciones para la prevención del VIH/SIDA". *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 10, núm. 2.

VILLAGRAN VAZQUEZ, Cubas Carlin, Díaz Loving y Camacho Valladares (1990) "Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes". *La Psicología Social en México*, 3, México: AMEPSO.

VILLAGRAN VAZQUEZ y Díaz Loving (1992a) "Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios". *Revista Mexicana de Psicología*, 9, núm. 1.

VILLAGRAN VAZQUEZ y Díaz Loving (1992b) "Patrones de conducta sexual, autopercepción de riesgo y uso del condón en estudiantes". *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 8, núm. 1 y 2.

VILLAGRAN VAZQUEZ y Díaz Loving (1992c) "Hacia un modelo explicativo del uso del condón en estudiantes universitarios". *La Psicología Social en México*, 4, México: AMEPSO.

VILLAGRAN VAZQUEZ, Gabina (1993) "autopercepción de riesgo y uso del condón en estudiantes universitarios mexicanos". *Revista Interamericana de Psicología*, 28, núm. 1.

VILLAGRAN VAZQUEZ y Díaz Loving (1994) "Control percibido sobre las relaciones interpersonales, valores e inicio a la vida sexual". *La Psicología Social en México*, 5, México: AMEPSO.

VILLAGRAN VAZQUEZ y Díaz Loving (1996) "El impacto de la información sobre los valores y la intención de usar el condón". *La Psicología Social en México*, 6, México: AMEPSO.

ANEXO 1

EL INSTRUMENTO QUE SE TE PRESENTA A CONTINUACION TIENE COMO PRINCIPAL PROPOSITO RECABAR IMPORTANTE INFORMACION ACERCA DE LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES, MISMA QUE SERA UTILIZADA PARA FINES DE INVESTIGACION. POR LO ANTERIOR, ES IMPORTANTE QUE CUANDO LO RESUELVAS SEAS LO MAS SINCERO QUE PUEDES. LOS DATOS QUE DEL INSTRUMENTO SE OBTENGAN SERAN UTILIZADOS EN FORMA CONFIDENCIAL Y ANONIMA, POR LO QUE NO SE TE PIDE QUE ANOTES TU NOMBRE. EL TIEMPO PARA QUE LO RESUELVAS NO ES IMPORTANTE.

GRACIAS POR TU COLABORACION

Edad _____ Sexo Masculino Femenino

Semestre que cursas _____

Municipio o localidad en que vives _____

Cuántas personas viven en tu casa? _____

Tu casa es propia rentada

Si trabajas, cuánto ganas mensualmente? _____

Cuál es el total de ingresos mensuales de toda tu familia junta?

\$1,000 a \$3,000 \$4,000 a \$6,000 \$7,000 o más.

Actividades que realiza tu papá _____

Actividades que realiza tu mamá _____

Estudios máximos realizados por tu papá _____

Estudios máximos realizados por tu mamá _____

A continuación se te presenta un listado de preguntas con opciones de respuesta para cada una. Marca con una "X" únicamente la opción que consideres más correcta.

1.-Las glándulas especiales que producen las células reproductoras tanto en el hombre como en la mujer se denominan gónadas.

Cierto Falso

2.-Las hormonas sexuales femeninas son:

Los andrógenos y progesterona

La progestina y tetosterona

Los estrógenos y progesterona

La progestina y andrógenos

3.-Las hormonas sexuales masculinas son:

Los andrógenos y tetosterona

La progestina y tetosterona

Los estrógenos y progesterona

Los estrógenos y tetosterona

- 4.-El útero es el órgano sexual que produce hormonas femeninas.
 Cierto Falso
- 5.-Los ovarios se encuentran en el interior de la matriz y contienen células óvulo.
 Cierto Falso
- 6.-Los espermatozoides son pequeñísimas células nadadoras con largas colas que se producen en los tubos seminíferos.
 Cierto Falso
- 7.-Los testículos están formados por cientos de canales espermáticos en cuyo interior se producen los espermatozoides.
 Cierto Falso
- 8.-La producción de espermatozoides se inicia a los 16 años y se continúa durante toda la vida del hombre.
 Cierto Falso
- 9.-La función de los testículos es:
 Producir espermatozoides
 Provocar eyaculación
 Producir líquido seminal
 Controlar el impulso sexual
- 10.-Los ovarios tienen como función: la producción de hormonas femeninas y la maduración y expulsión de los óvulos.
 Cierto Falso
- 11.-El semen eyaculado normalmente contiene:
 Espermatozoides, óvulos y agua
 Líquido seminal y prostático
 Espermatozoides, líquido seminal y prostático
 Espermatozoides, orina y líquido seminal
- 12.-La evolución de un óvulo hasta su desprendimiento que dura 28 días se conoce como ciclo reproductor.
 Cierto Falso
- 13.-La etapa de ovulación es en el 14o. día donde el folículo crece al máximo, se rompe liberando al óvulo que cae por la cavidad peritoneal y es recogido por los pabellones de las trompas por las cuales desciende.
 Cierto Falso
- 14.-El óvulo tarda en llegar al útero más o menos 15 días, conociéndose esta fase como período de receptividad, ya que durante él, puede efectuarse la fecundación.
 Cierto falso
- 15.-La fecundación es:
 La fusión entre el espermatozoide y el óvulo
 El tener relaciones sexuales
 La salida del óvulo
 El desprendimiento del endometrio
- 16.-El propósito de cada ciclo reproductor de la mujer es hacer madurar un óvulo en los ovarios y preparar el cuerpo de una mujer para el embarazo si se produce la concepción.
 Cierto Falso
- 17.-La glándulas de Cowper, los conductos deferentes y el cérvix son partes del sistema reproductor masculino.
 Cierto Falso

- 18.-Los hombres, a medida que envejecen, sus niveles hormonales permanecen relativamente estables y sus testículos continúan produciendo espermatozoides como lo han hecho desde la pubertad.
 Cierto Falso
- 19.-El volúmen total de semen en cada eyaculación contiene de ciento veinte a seiscientos millones de espermatozoides.
 Cierto Falso
- 20.-La función de las trompas de Falopio es:
 Liberar óvulos inmaduros
 Servir de conducto a los óvulos
 Servir de paso al flujo menstrual
 Servir de paso a la orina
- 21.-Se dice que una mujer ha quedado embarazada cuando:
 Ha madurado un óvulo
 El óvulo es fecundado
 Hay flujo menstrual
 Hay inflamación del vientre
- 22.-Durante el embarazo no debe hacerse ningún ejercicio.
 Cierto Falso
- 23.-La duración del ciclo menstrual normalmente es de:
 9 meses
 15 días
 28 días
 5 días
- 24.-La circuncisión se recomienda como medida de higiene.
 Cierto Falso
- 25.-Las funciones del pene son:
 Producir espermatozoides y semen
 Regular la temperatura de los testículos
 Producir líquido seminal y fructuosa
 Eyacular y servir de paso a la orina
- 26.-La cesárea es utilizada en ocasiones, cuando la madre es estrecha de caderas.
 Cierto Falso
- 27.-Durante la menopausia puede haber irritabilidad y depresión.
 Cierto Falso
- 28.-El clitoris es transmisor y receptor de estímulos sexuales.
 Cierto Falso
- 29.-La expulsión de la placenta ocurre después del parto.
 Cierto Falso
- 30.-La masturbación se da sólo en el hombre.
 Cierto Falso
- 31.-Los hombres que se masturban, disminuyen la erección de su pene.
 Cierto Falso
- 32.-La masturbación afecta la capacidad de convertirse en madre o padre.
 Cierto Falso

33.-La práctica de la masturbación durante la adolescencia reduce la capacidad de reaccionar sexualmente con un compañero más adelante.

Cierto Falso

34.-Cuando el hombre eyacula fuera de la vagina de la mujer para evitar embarazarla, se le denomina a este método anticonceptivo como:

Eyaculación precoz

D.I.U

Coitos interrumpidos

Eyaculación prolongada

35.-El método anticonceptivo que puede utilizar el hombre durante una relación sexual, se le conoce como:

D.I.U

Diafragma

Preservativo

Espermaticidas

36.-El condón es una delgada vaina de goma que se pone sobre el pene erecto y una vez que la pareja ha terminado el acto sexual, el hombre debe retirarse cuando su pene aún está erecto.

Cierto Falso

37.-Un aparato de goma que tiene la forma de la piel de media naranja, que se introduce en la vagina antes del acto sexual y cubre la entrada del útero, es otro método anticonceptivo denominado:

Ritmo

Preservativo

Diafragma

D.I.U

38.-Otro método anticonceptivo, que es un pequeño artefacto de plástico recubierto de cobre que se coloca en el útero e impide que el óvulo se implante y se desarrolle, se llama:

Ritmo

Preservativo

Diafragma

D.I.U

39.-El Ritmo es el método anticonceptivo más seguro que se conoce, donde la mujer debe evitar tener relaciones sexuales durante su período de ovulación.

Cierto Falso

40.-La píldora es otro método anticonceptivo, la cual debe tomarse con exactitud y bajo la supervisión médica para que la mujer quede incapacitada para ovular, siendo así un anticonceptivo efectivo.

Cierto Falso

- 41.-Un método anticonceptivo definitivo en la mujer, en donde ésta se hace unir los conductos que llevan a los óvulos, se le llama:
 Vasectomía
 D.I.U
 Diafragma
 Ligazón de trompas
- 42.-Un método anticonceptivo definitivo para el hombre, en donde éste se hace unir los conductos que transportan el esperma, se le denomina:
 Vasectomía
 D.I.U
 Diafragma
 Ligazón de trompas
- 43.-A menos que tengan relación sexual, las mujeres no necesitan someterse a exámenes ginecológicos regulares.
 Cierto Falso
- 44.-Los varones adolescentes deberían examinar sus testículos con regularidad del mismo modo que las mujeres examinan sus pechos para detectar algún bulto.
 Cierto Falso
- 45.-La menopausia, o cambio de vida como a menudo se le denomina, en la mayoría de las mujeres causa la pérdida de interés en el contacto sexual.
 Cierto Falso
- 46.-El tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo se le llama:
 Homosexualidad
 Bisexualidad
 Autoerotismo
 Heterosexualidad
- 47.-A las actividades sexuales entre mujeres se les llama:
 Hermafroditismo
 Lesbianismo
 Bisexualismo
 Heterosexualismo
- 48.-Cuando un individuo sostiene relaciones sexuales con personas de ambos sexos, es una relación:
 Bisexual
 Heterosexual
 Homosexual
 Autosexual
- 49.-Las emisiones nocturnas (más comúnmente llamadas "sueños húmedos") se refieren a los signos físicos de las pesadillas en ciertos periodos del sueño.
 Cierto Falso
- 50.-La estimulación de los genitales de la mujer con la boca o la lengua del hombre se denomina fellatio.
 Cierto Falso

- 51.-La estimulación de los genitales del hombre con la boca o la lengua de la mujer se llama cunnilingus.
()Cierto ()Falso
- 52.-El sexo anal se refiere a las actividades sexuales que incluyen la estimulación de la zona anorectal.
()Cierto ()Falso
- 53.-Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales.
()Cierto ()Falso
- 54.-Una adolescente puede quedar embarazada durante la menopausia.
()Cierto ()Falso
- 55.-Una adolescente puede quedar embarazada aun cuando el hombre retire su pene antes de eyacular (antes de que él termine).
()Cierto ()Falso
- 56.-Una mujer puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales durante el flujo menstrual.
()Cierto ()Falso
- 57.-Una adolescente puede quedar embarazada antes de tener la primera menstruación.
()Cierto ()Falso
- 58.-Una mujer puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales durante sólo unos pocos segundos.
()Cierto ()Falso
- 59.-La masturbación puede causar esterilidad.
()Cierto ()Falso
- 60.-Una mujer puede quedar embarazada si el hombre eyacula sobre los genitales femeninos, pero no dentro de ellos.
()Cierto ()Falso
- 61.-Una mujer puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales en una bañera, piscina o lago.
()Cierto ()Falso
- 62.-Una mujer puede quedar embarazada si se lava inmediatamente después del coito.
()Cierto ()Falso
- 63.-Las espumas, cremas, gelatinas, tabletas solubles y supositorios son diversas formas de espermicidas.
()Cierto ()Falso
- 64.-El virus del papiloma humano (VPH) que produce las verrugas genitales, parece constituir el primer escalón en el desarrollo del SIDA.
()Cierto ()Falso
- 65.-La sífilis puede conducir, después de muy poco tiempo, a la parálisis, a la enfermedad mental grave y, por último, a la muerte.
()Cierto ()Falso

- 66.-La gonorrea es una de las enfermedades venéreas más antiguas conocidas. Los síntomas más notables son: micción difícil o dolorosa, seguida por la formación de una secreción por el orificio urinario.
 Cierto Falso
- 67.-Las enfermedades venéreas son relativamente fácil de curar con:
 Anticonceptivos
 Antidepresivos
 Antibióticos
 Antihistaminicos
- 68.-El agente causal del SIDA es:
 ADN Virus
 VIH Virus
 Retrovirus(HTLV-1)
 Retrovirus(VIH)
- 69.-El virus de la inmunodeficiencia humana tiene especial predilección para invadir:
 Glóbulos rojos
 Glóbulos blancos
 Macrófagos
 Células del Sistema Nervioso Central
- 70.-El SIDA comienza desde el momento en que se contrae la infección por el VIH.
 Cierto Falso
- 71.-El SIDA constituye sólo la etapa final de la infección con el VIH.
 Cierto Falso
- 72.-El SIDA se caracteriza por el gran ataque al estado general del individuo, presentando diversas infecciones oportunistas y variadas que ponen en peligro la vida.
 Cierto Falso
- 73.-Los llamados "seropositivos" son los portadores sanos del VIH y son permanentemente infectantes.
 Cierto Falso
- 74.-La persona recién infectada con el VIH presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad.
 Cierto Falso
- 75.-El VIH se puede transmitir por el contacto con los fluidos vaginales de mujeres infectadas.
 Cierto Falso
- 76.-Una vía de contagio del VIH es el piquete de insectos.
 Cierto Falso
- 77.-El VIH se puede transmitir por el trasplante de tejido y órganos pertenecientes a personas infectadas.
 Cierto Falso
- 78.-EL virus del SIDA se puede transmitir en las albercas.
 Cierto Falso

- 79.-Un mecanismo importante para la transmisión del VIH es por exposición a sangre contaminada mediante la transfusión o por agujas contaminadas.
 Cierto Falso
- 80.-La infección por el virus del SIDA se puede contraer en baños públicos.
 Cierto Falso
- 81.-Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA.
 Cierto Falso
- 82.-Existen pruebas concluyentes que el VIH se transmite con:
 La sangre y las lágrimas
 La sangre y el semen
 El semen y la orina
 La saliva y las lágrimas
- 83.-La vía de contagio más importante del VIH en relación con el número de casos es:
 Por las transfusiones sanguíneas con sangre contaminada
 A través del contacto casual con personas infectadas
 A través del contacto sexual con personas infectadas
 Mediante el trasplante de órganos infectados
- 84.-La detección del VIH se hace a través de:
 Un análisis de orina
 Una prueba de sangre
 Radiografías
 Ninguna de las anteriores
- 85.-Los grupos que deben someterse a la prueba de detección del VIH, para evitar la diseminación del virus del SIDA son:
 La población en general incluyendo niños, homosexuales y bisexuales
 Las mujeres embarazadas, homosexuales que tengan varios compañeros sexuales y personas que donen sangre
 Homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tengan múltiples compañeros sexuales, prostitutas, drogadictos, quienes hayan recibido transfusiones de sangre e hijos de personas pertenecientes a los grupos anteriores
 Los hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales, así como los ancianos y las personas que donen sangre
- 86.-El SIDA puede afectar a todos los individuos no importando edad o sexo.
 Cierto Falso
- 87.-El VIH es un virus muy resistente a las condiciones externas del medio ambiente.
 Cierto Falso
- 88.-Un síntoma en las personas de SIDA es el aumento de peso.
 Cierto Falso
- 89.-El VIH deteriora el sistema de defensa de la persona que contrae la infección.
 Cierto Falso

- 90.-Las personas que donan sangre corren el riesgo de contraer el VIH, aún con medidas preventivas.
 Cierto Falso
- 91.-Una persona "seropositiva" puede continuar con las mismas actividades que ha venido realizando en su vida, siempre y cuando tome las precauciones necesarias.
 Cierto Falso
- 92.-Los condones son efectivos para prevenir el SIDA.
 Cierto Falso
- 93.-Las jeringas desechables y esterilizadas aumentan las probabilidades de contagio del VIH.
 Cierto Falso
- 94.-Tener relación sexual con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.
 Cierto Falso
- 95.-Limitar el número de compañeros (as) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH.
 Cierto Falso
- 96.-Tener relaciones sexuales con personas que tienen una vida sexual promiscua, aumenta la probabilidad de contagio del VIH.
 Cierto Falso
- 97.-Se debe evitar el coito con prostitutas (os) o con desconocidos para disminuir el riesgo de infectarse con el VIH.
 Cierto Falso
- 98.-Tener relaciones sexuales con parejas ocasionales disminuye la probabilidad de contagio del VIH.
 Cierto Falso
- 99.-Una persona puede enfermar de SIDA por coito anal aun cuando ningún miembro de la pareja esté infectado con el virus del SIDA.
 Cierto Falso

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones acerca de la sexualidad, revízalas cuidadosamente y marca con una "X" sólo una de las opciones.

Las opciones son:

TA: Totalmente de acuerdo

A: Acuerdo

I: Indeciso

D: Desacuerdo

TD: Totalmente en desacuerdo

Ejemplo:

El buen juez por su casa empieza.

TA A I D TD

Si se marca como en el ejemplo la opción "D", quiere decir que se está en desacuerdo con la afirmación.

- 1.-La virginidad es un valor muy importante en nuestra sociedad.
 TA A I D TD
- 2.-Es bueno que el adolescente tenga relaciones sexuales.
 TA A I D TD
- 3.-Una mujer si lo desea puede quedar embarazada aún siendo soltera.
 TA A I D TD
- 4.-Las relaciones sexuales son para obtener placer.
 TA A I D TD
- 5.-El aborto se debe legalizar en México.
 TA A I D TD
- 6.-El uso de anticonceptivos propicia el libertinaje en los jóvenes.
 TA A I D TD
- 7.-Masturbarse es algo natural en los jóvenes.
 TA A I D TD
- 8.-Obtener placer de las relaciones sexuales es algo que debe evitarse.
 TA A I D TD
- 9.-Se debe evitar usar anticonceptivos en la rutina sexual.
 TA A I D TD
- 10.-Las mujeres deben de permanecer vírgenes hasta el matrimonio.
 TA A I D TD
- 11.-Divertirse durante las relaciones sexuales es algo inadmisibile.
 TA A I D TD
- 12.-Quedar embarazada siendo soltera es algo vergonzoso.
 TA A I D TD
- 13.-Los adolescentes deben sentirse libres de hacer lo que deseen sexualmente.
 TA A I D TD
- 14.-Las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptables.
 TA A I D TD
- 15.-Los jóvenes deben evitar la masturbación.
 TA A I D TD
- 16.-Si la pareja está de acuerdo puede tener relaciones sexuales orales.
 TA A I D TD
- 17.-Es perjudicial para los adolescentes tener relaciones sexuales.
 TA A I D TD
- 18.-Masturbarse es perjudicial para los adolescentes.
 TA A I D TD
- 19.-Es inaceptable que un individuo sostenga relaciones sexuales con personas de ambos sexos.
 TA A I D TD
- 20.-La pareja debe evitar las relaciones sexuales orales.
 TA A I D TD

- 21.-Es saludable que los adolescentes se masturben.
 TA A I D TD
- 22.-Los adolescentes deben evitar las relaciones sexuales.
 TA A I D TD
- 23.-Una pareja puede tener relaciones sexuales anales si así lo decide.
 TA A I D TD
- 24.-Los jóvenes deben tener libertad en sus relaciones sexuales premaritales.
 TA A I D TD
- 25.-Se obtiene el mismo placer en las relaciones sexuales cuando se usan anticonceptivos.
 TA A I D TD
- 26.-El aborto es un crimen.
 TA A I D TD
- 27.-Una pareja debe casarse para poder tener relaciones sexuales.
 TA A I D TD
- 28.-Las relaciones sexuales antes del matrimonio es una actitud vergonzosa.
 TA A I D TD
- 29.-Es vergonzoso contraer una enfermedad venérea.
 TA A I D TD
- 30.-Es importante que la pareja planifique el número de hijos que quiera tener, de acuerdo a sus posibilidades.
 TA A I D TD
- 31.-No únicamente el hombre alcanza el orgasmo.
 TA A I D TD
- 32.-Considero que la masturbación es un pecado.
 TA A I D TD
- 33.-Para mí el tener relaciones sexuales es importante.
 TA A I D TD
- 34.-La menstruación no es parte normal del crecimiento de las personas.
 TA A I D TD
- 35.-Mi novia debe llegar necesariamente virgen al matrimonio.
 TA A I D TD
- 36.-Yo no evitaría el tener relaciones sexuales aún cuando alguno de mis amigos hubiese contraído una enfermedad venérea por tener relaciones sexuales.
 TA A I D TD
- 37.-La masturbación es parte normal del crecimiento de las personas.
 TA A I D TD
- 38.-Lo más importante en una relación sexual es lograr la excitación de mi pareja y mi propia satisfacción.
 TA A I D TD
- 39.-No sólo las mujeres pueden contraer una enfermedad venérea.
 TA A I D TD
- 40.-Yo apoyaría a mi pareja para que tomara anticonceptivos.
 TA A I D TD

- 41.-La masturbación es algo frecuente entre los jóvenes.
 TA A I D TD
- 42.-La mujer también alcanza el orgasmo.
 TA A I D TD
- 43.-La menstruación es algo natural en las mujeres.
 TA A I D TD
- 44.-La homosexualidad es frecuente entre los jóvenes.
 TA A I D TD
- 45.-El aborto puede usarse como método anticonceptivo.
 TA A I D TD
- 46.-Sólo el hombre alcanza el orgasmo.
 TA A I D TD
- 47.-La menstruación es un castigo para las mujeres.
 TA A I D TD
- 48.-Considero que la pareja debe decidir tener un número limitado de hijos.
 TA A I D TD
- 49.-Los jóvenes no deben usar anticonceptivos.
 TA A I D TD
- 50.-Considero que los homosexuales no son dignos de confianza.
 TA A I D TD
- 51.-Yo no permitiría que mi pareja tomara anticonceptivos.
 TA A I D TD
- 52.-Los hombres deben usar anticonceptivos.
 TA A I D TD
- 53.-Me parece positivo que las personas que se encuentran en la vejez tengan relaciones sexuales.
 TA A I D TD
- 54.-Por lo general es difícil decir si las personas son o no homosexuales ateniéndose sólo al aspecto o a los gestos.
 TA A I D TD
- 55.-Los jóvenes pueden disfrutar de las relaciones sexuales sin temer al contagio del SIDA.
 TA A I D TD
- 56.-Una persona puede aprender a protegerse de la infección del VIH con la información proporcionada por la TV.
 TA A I D TD
- 57.-Si tuviera la oportunidad me realizaría la prueba de detección del VIH.
 TA A I D TD
- 58.-Si supiera que mi novio (a) está infectado (a) por el VIH lo apoyaría.
 TA A I D TD
- 59.-Soy una persona que está en riesgo de contraer el virus del SIDA.
 TA A I D TD
- 60.-La prostitución debe desaparecer para evitar que se difunda el VIH.
 TA A I D TD

- 61.-Es necesario que se realicen más campañas de información sobre SIDA para prevenir la enfermedad.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 62.-Evitaría tener amigos que estuvieran infectados del SIDA por miedo de contraer la enfermedad.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 63.-Se debe evitar correr el riesgo de infectarse con el VIH usando siempre condón en las relaciones sexuales.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 64.-Si mi pareja sexual estuviera contagiada con el VIH la apoyaría sin temor de contraer la enfermedad.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 65.-La homosexualidad es una conducta irresponsable que ayuda a que se trasmita el SIDA.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 66.-La información que tengo sobre SIDA ha cambiado mi conducta sexual.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 67.-Si me enterara que un amigo mío tuviera SIDA lo rechazaría.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 68.-Todos los adolescentes deberían utilizar preservativos y espermaticidas en sus relaciones sexuales.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 69.-La mayoría de los jóvenes sexualmente activos tienen temor de realizarse la prueba de detección del VIH.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 70.-Los homosexuales deben desaparecer para evitar que se difunda el SIDA.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 71.-Me interesa buscar información sobre el SIDA.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 72.-La bisexualidad es una práctica sexual que si se lleva con responsabilidad evita que se difunda el SIDA.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 73.-Si mi novio (a) estuviera infectado (a) con el VIH,tendría relaciones sexuales con él (ella),con las precauciones necesarias.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 74.-Se deben mantener aislados a los enfermos de SIDA para evitar que se difunda la enfermedad.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 75.-De nada sirven las campañas de información sobre el SIDA.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 76.-Usar condón en las relaciones sexuales hace que la pareja piense que se quiere prevenir del contagio del SIDA.
()TA ()A ()I ()D ()TD
- 77.-La mayoría de los jóvenes sexualmente activos se realizan la prueba de detección del VIH.
()TA ()A ()I ()D ()TD

En el siguiente cuadro podrás elegir para cada una de las dos preguntas hasta tres opciones.

Dónde obtuviste la información sexual que tienes hasta este momento de tu desarrollo.	Adónde acudirías ahora en busca de información.
Madre ()	()
Padre ()	()
Abuelo/a ()	()
Hermano/a ()	()
Otro pariente ()	()
Amigo/a ()	()
Novio/a ()	()
Médico o enfermera ()	()
Centro de salud o Clínica de Planificación Familiar ()	()
Terapeuta o consejero ()	()
Cursos de educación sexual ()	()
Escuela/maestro ()	()
Miembro del clero ()	()
Libros ()	()
Revistas ()	()
Artículos de prensa ()	()
Televisión ()	()
Cine ()	()
Radio ()	()
No utilicé ninguna fuente ()	() No usaría ninguna fuente
No recuerdo ()	() No sé

Las siguientes preguntas están relacionadas con tu propia experiencia sexual que hasta ahora has tenido, recuerda que tu respuesta sincera es importante en esta investigación y que los resultados serán tratados de manera confidencial.

- 1.-Te has masturbado alguna vez? ()SI ()NO
 2.-A qué edad comenzaste a masturbarte?

- 3.-Con qué frecuencia lo haces?
 ()diariamente ()semanalmente
 ()mensualmente ()ocasionalmente ()nunca
 4.-Has tenido relaciones sexuales? ()SI ()NO
 5.-A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

- 6.-Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?
 ()Semanalmente ()Mensualmente ()Ocasionalmente

7.-Cuántas parejas sexuales has tenido?

8.-Han sido placenteras tus relaciones sexuales? ()SI ()NO

9.-Has tenido experiencias homosexuales? ()SI ()NO

10.-Has tenido experiencias bisexuales? ()SI ()NO

11.-En las relaciones sexuales que has tenido, utilizaste anticonceptivos?

()SI ()NO ()A veces

12.-Qué método anticonceptivo has utilizado con mayor frecuencia?

13.-Has padecido de alguna enfermedad venérea? ()SI ()NO

A continuación te presentamos algunas afirmaciones relacionadas con el cuestionario que acabas de contestar. Marca con una "X" todas las opciones que te parezcan correctas.

En general, cuál fue tu impresión del cuestionario?

()Me cansó

()Me pareció muy interesante

()Me Aburrió

()Me gustó

()Fue muy largo

()Me fue indiferente

()Me desagradó

()Fue difícil de contestar

()No le entendí

()Las preguntas tratan sobre temas de actualidad

()Las preguntas fueron claras

()Algunas preguntas me confundieron

()Las instrucciones fueron claras

()Algunas preguntas no las quise contestar

()Le faltó incluir preguntas sobre otros temas

()Lo contesté fácilmente

()Algunas preguntas deberían eliminarse

()Me pareció un buen cuestionario

()Lo que se preguntó me pareció muy importante

()Me dió vergüenza contestar algunas preguntas

Otras observaciones

ANEXO 2

RESULTADOS DE LA FICHA DE IDENTIFICACION

Edad: 15-20 años.

Plantel: Tecnológico Universitario de México, Ateneo Dr. Gustavo Baz y Ateneo Universitario.

Sexo: masculino(95) femenino(95)

Municipio en que vives: Tultitlan(19), Tlalnepantla(80), Atizapan(47), Izcalli(14), Villa Nicolas Romero(13), Ecatepec(1), Naucalpan(2) Tepotzotlan(1), D.F(9), no contestó(4).

Cuántas personas viven en tu casa?

3(22) 4(34) 5(66) 6(41) 7(16) 8(3) 9(5) 15(1)
no contestó(2)

Tu casa es propia(181) rentada(7) no contestó(2)

Trabajas?

no trabajan(164) sí trabajan(25) no contestó(1)

Cuál es el total de ingresos mensuales de toda tu familia junta?

(70)\$1,000 a \$3,000 (61)\$4,000 a \$6,000
(21)\$7,000 o más (38)no contestó

Actividades que realiza tu papá:

(125)empleado
(40) actividad independiente
(4) sin padre
(7) jubilado
(14) no contestó

Actividades que realiza tu mamá:

(145)hogar
(30) empleada
(13) actividad independiente
(2) no contestó

Estudios máximos realizados por tu papá:

(47) primaria
(50) secundaria
(33) preparatoria
(43) profesional
(17) no contestó

Estudios máximos realizados por tu mamá:

(62) primaria
(74) secundaria
(31) preparatoria
(13) profesional
(10) no contestó

ANEXO 3

**RESULTADOS SOBRE LA EVALUACION GENERAL
DEL INSTRUMENTO**

En general, cuál fue tu impresión del cuestionario?

- (34) Me cansó
- (126) Me pareció muy interesante
- (6) Me aburrió
- (58) Me gustó
- (64) Fue muy largo
- (5) Me fue indiferente
- (2) Me desagradó
- (30) Difícil de contestar
- (2) No le entendí
- (104) Las preguntas tratan sobre temas de actualidad
- (50) Las preguntas fueron claras
- (104) Algunas preguntas me confundieron
- (59) Las instrucciones fueron claras
- (21) Algunas preguntas no las quise contestar
- (22) Le faltó incluir preguntas sobre otros temas
- (22) Lo contesté fácilmente
- (20) Algunas preguntas deberían eliminarse
- (78) Me pareció un buen cuestionario
- (100) Lo que se preguntó me pareció muy importante
- (16) Me dió vergüenza contestar algunas preguntas

Otras observaciones:

Gran parte de los comentarios que hicieron los estudiantes en esta parte, estuvieron relacionados con la necesidad de recibir conferencias, cursos, materiales escritos y audiovisuales que les pudieran servir de apoyo para la comprensión de estos temas, de los cuales, confiesan tener muchas dudas y lagunas. Al respecto, varios estudiantes opinaron que los adultos también deberían recibir esta información, en particular los padres.

Sobre los temas que más desearían recibir información, señalaron en primer lugar a los métodos anticonceptivos y luego al SIDA.