



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS INDIVIDUAL

DIAGNOSTICO ENFERMERO: CONFLICTO EN LA TOMA DE DECISIONES Y SUS FACTORES RELACIONADOS PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES DE LA ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA 8 "MIGUEL E. SCHULTZ".

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

RAFAEL CALVILLO MARTINEZ

No. CUENTA: 9435770-1 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

[Firma manuscrita]



DIRECTORA DE TRABAJO: M.S.P. SOFIA DEL CARMEN SANCHEZ PINA SECRETARIA DE ASUNTOS PERSONALES



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DEL 2004



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.

A mis Padres,
A mis hermanos, Marisol, Carmen, Gloria, José Manuel.
A una persona excepcional, Francisco León,
A mis amigos Lic. Celia Baltazar, C.P Olivia Galindo, René Gallardo,
Esteban Patolzin, L.E.O Martha Rodríguez, L.E.O Ernesto Rodríguez,
Eduardo Sánchez, M^a Socorro Valádez.

Un agradecimiento especial a la M.S.P. Sofia Sánchez Piña,
por haber fungido como directora de Tesis y que sin sus aportaciones
y recomendaciones no hubiese sido posible la realización de este
proyecto.

A los Dres de la Escuela Nacional Preparatoria “Miguel E. Schultz”

A todos aquellos que hicieron posible la culminación de esta meta,
A los que continúan impulsándome en seguir teniendo una visión,
A aquellos que me alentaron con sus consejos,
A aquellos que me brindaron su confianza,
A los que siguen creyendo en mí.

A todos ellos

gracias...

La adolescencia como
concepto pretende acercarse
a la realidad,
pero obviamente no la
alcanza,
puesto que no es la realidad
misma,
por lo que los adolescentes
no tienen por que
comportarse
como las teorías la han
definido.

Anónimo.

ÍNDICE.

I.- IMPLEMENTACIÓN DEL PROBLEMA.

Introducción.

Planteamiento del Problema.

Justificación.

Objetivos.

Hipótesis.

II.- MARCO CONCEPTUAL.

1.- Definición. Salud Sexual y Reproductiva.	1
1.1.- La Sexualidad en la Adolescencia y Familia.	2
2.- Daños a la Salud.	
2.1.- Enfermedad.	3
2.2.- Muerte.	4
2.2.1.- Mortalidad en el grupo de 10-14 años.	4
2.2.2.- Mortalidad en el grupo de 15-19 años.	4
2.3.- Atracción por las conductas de alto riesgo.	5
2.4.- Salud Sexual y Reproductiva.	6
3.- Aspectos Demográficos de las y los Adolescentes.	
3.1.- Escolaridad.	8
3.2.- Trabajo y Adolescencia.	8
3.3.- Aspectos Familiares.	9
4.- Epidemiología de las Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA.	9
5.- Proceso de enfermería.	
5.1.- Taxonomía NANDA.	15
5.2.- Descripción de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería.	16
5.3.- Importancia de la Clasificación de Resultados de Enfermería.	18
7- Factores relacionados en la Toma de Decisiones.	
7.1.- Conflicto de decisiones.	23
7.2.- Valores o creencias personales poco claros.	25
7.3.- Falta de experiencia o interferencia en la Toma de decisiones.	28
7.4.- Percepción de amenaza a los valores personales.	31
7.5.- Sistema de soporte deficitario.	33
7.6.- Falta de información relevante.	37
7.7.- Fuente de información múltiples o divergentes.	40
7.8.- Acceso a los Servicios de Planificación Familiar.	44
III.- METODOLOGIA	
1.- Diseño y Tipo de Estudio.	46
2.- Universo.	46
3.- Muestra.	46

4.- Plan de Análisis.	46
5.- Ética del estudio.	46
6.- Encuesta dirigida.	46
7.- Variables.	46
IV.- ORGANIZACIÓN	
1.-Recursos humanos.	51
2.- Recursos materiales.	51
V.- ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.	52
VI.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	62
VII.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.	66
VIII.- CONCLUSIONES.	67
IX.- BIBLIOGRAFÍA.	70
X.- ANEXOS	
A.- CUESTIONARIO.	
B.- CUADROS Y GRÁFICAS.	

INTRODUCCIÓN.

Las Infecciones de Transmisión Sexual Representan actualmente un problema de Salud Pública en nuestro país.

Según el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia señala que para el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, su vía de transmisión sigue siendo predominantemente sexual, siendo ésta la causante de casi el 90% de los casos acumulados de SIDA. La relación de casos de SIDA entre hombres y mujeres es de 6 a 1. en tanto las personas de 25 a 34 años de edad constituyen el grupo más afectado con 41.6% de los casos registrados en adultos.

En 1999, el SIDA ocupó el lugar 16 como causa de muerte con una tasa de 4.3 por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, la población más afectada por la epidemia ha sido la población de 25 a 34 años de edad, en donde el SIDA representó la cuarta causa de muerte en hombres y la séptima causa entre las mujeres, lo que presupone que se infectaron durante el período de la adolescencia.

La OMS estimó que en México ocurren anualmente siete millones de casos nuevos de ITS curables: tricomonas (3.39 millones de infecciones), Clamidia (1.92 millones), gonorrea (1.36 millones) y sífilis (0.24 millones).

El riesgo que suponen las relaciones sexuales, sin protección, para las y los jóvenes queda de manifiesto en las tasas elevadas de ITS y embarazos no planeados. La iniciación temprana de sus relaciones sexuales representa un factor de riesgo adicional, ya que la tasa de cambio de pareja sexual es más elevada entre las y los jóvenes de 15 a 24 años de edad.

La prevención de las ITS y los embarazos no planeados constituyen una parte fundamental de la salud sexual, por lo que la información clara y precisa de cómo evitar estos riesgos debe ser accesible a toda la población. Se ha demostrado que la utilización de anticonceptivos y condones es más constante si esta información se recibe antes de la primera relación sexual, es decir, en la preadolescencia, además de que no promueve el inicio más temprano de las relaciones sexuales.

En ausencia de vacunas efectivas contra las ITS, incluyendo el SIDA, la forma efectiva para evitar el riesgo de infecciones es el uso del condón. El uso correcto y constante del condón protege entre un 90 a 95% de la transmisión de ITS, incluyendo el SIDA. Aunque existen evidencias de incremento del uso del condón, especialmente entre HSH (hombres que tienen sexo con hombres) y trabajadoras del sexo comercial, para controlar el crecimiento de estas infecciones es urgente aumentar el uso adecuado del condón en otras poblaciones, especialmente entre las y los jóvenes.

Lo anterior sustenta la siguiente investigación que permitirá conocer aquellos factores que inciden en la toma de decisiones para el autocuidado del adolescente en relación a la Salud Sexual y Reproductiva de la Escuela Nacional Preparatoria "Miguel E. Schultz".

Se ha elaborado un marco conceptual como apoyo para el planteamiento de las variables e indicadores, a su vez será útil para el análisis de los datos los cuales serán enriquecidos con los aportes de los estudios relacionados , se incluye la información sobre diagnósticos de enfermería y sus factores relacionados en la toma de decisiones, la metodología describe el tipo de estudio así como las variables y la organización de la investigación , se ha considerado importante establecer los lineamientos éticos del estudio . finalmente se presenta la bibliografía y como anexo el instrumento de recolección de información .

El marco conceptual que incorpora información sobre los Diagnósticos de Enfermería, la metodología describe el tipo de estudio, sin embargo cabe señalar que para el análisis de los datos fue necesario categorizar las respuestas por género y se estableció un rango de aceptación en función con la escala de Lickert. Los resultados se describen y se presenta el análisis, posteriormente se aborda la discusión retomando los estudios relacionados. Las conclusiones se presentan en términos del objetivo general y las apreciaciones realizadas, finalmente se presentan algunas sugerencias a los planes de estudio de la carrera, se anexan instrumentos y se presenta la bibliografía.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad, la mayoría de los adolescentes son activos sexualmente y carecen con frecuencia de conocimientos suficientes sobre cómo prevenir los riesgos asociados a las ITS/VIH, por tanto, uno de sus principales derechos es el de proporcionarles información apropiada que les permita la toma de decisiones.

Las Infecciones de Transmisión Sexual constituyen un problema endémico en nuestro país que requieren atención prioritaria debido a una multiplicidad de factores, éstas tienen una frecuencia elevada, su incidencia se da principalmente entre la población económicamente activa, con mayor frecuencia entre los 15 y 24 años de edad y ocasionan secuelas graves en materia de salud reproductiva, además que mantienen estrecha relación con la incidencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Actualmente se producen unos 250 millones de casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), es decir, cerca de 685, 000 casos de infectados al día a nivel mundial, de los cuales un millón corresponde a infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (SIDA). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) indica que para 1999 existían alrededor de 10.3 millones de adolescentes de entre 15 y 24 años infectados por este virus.

En 1983, en México se registran los primeros casos de SIDA, el Distrito Federal representa la entidad federativa con mayor incidencia de casos, seguido por Jalisco, Morelos, entre otros Estados de la República Mexicana. El Consejo Nacional de lucha contra el SIDA (CONASIDA) indica que en el tercer trimestre del 2001 en lo que va del año existen cerca de 1.8% de casos de menores de 15 años infectados por el virus.

El riesgo que suponen las relaciones sexuales sin protección, para las y los jóvenes, queda de manifiesto en las tasas elevadas de ITS y embarazos no planeados. La iniciación temprana de sus relaciones sexuales representa un factor de riesgo adicional, ya que la tasa de cambio de pareja sexual es más elevada entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad.

Por ende y por los argumentos antes descritos da origen a la siguiente **pregunta de investigación**.

¿De qué manera intervienen los **Factores relacionados** en el **Conflicto de la Toma de Decisiones** para la Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria Núm. 8 “Miguel E. Schultz”.

JUSTIFICACION.

En México como a nivel mundial las Infecciones de Transmisión Sexual han representado un problema de Salud Pública, a nivel nacional son una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 220,000 casos anuales. La tendencia de las ITS clásicas (sífilis, gonorrea, chancro blando y linfogranuloma venéreo) es descendente, a diferencia de las llamadas de nueva generación (hepatitis B, herpes genital, infecciones por el virus del papiloma, algunos serotipos del condiloma acuminado e infecciones por *Chlamydia trachomatis*), no son curables pero sí prevenibles. En este grupo, por su comportamiento ascendente, se han incorporado otros padecimientos como son la tricomoniasis y candidiasis urogenital.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) causado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es una enfermedad mortal que ha llegado a todos los países del mundo. En nuestro país de acuerdo a la información proporcionada por el Consejo Nacional de Lucha contra el SIDA, existen en el tercer trimestre del 2001 alrededor de un 1.8% de la población menor de 15 años infectada por el virus y que la vía de transmisión por excelencia sigue siendo la sexual, esta cifra que se encuentra en aumento si no se toman medidas necesarias.

En la actualidad, los adolescentes se hacen sexualmente activos a edad más temprana; es utópico esperar que dejen las actividades sexuales para una etapa más tardía del desarrollo. Los determinantes de riesgo para infecciones transmisibles sexualmente (ITS) entre adolescentes incluyen factores conductuales, psicológicos, sociales, biológicos e institucionales. La educación es un elemento importante en el control de ITS en adolescentes. Hasta ahora, los programas de formación curricular han mostrado que sólo aumentan el conocimiento sobre sexualidad, y a pesar de los temores, se ha observado que la disponibilidad de condones no incrementa la frecuencia de actividades sexuales entre los adolescentes; pero estas intervenciones no modifican sustancialmente las actitudes sobre las relaciones coitales.

En síntesis, las prácticas sexuales riesgosas para adquirir ITS son frecuentes entre adolescentes. Los programas sobre educación sexual tienen limitaciones reales; no obstante, todos los adolescentes pueden beneficiarse de programas de información y prevención orientado a vivir y a asumir prácticas sexuales más responsables. Los profesionales de la salud entre ellos el Licenciado en Enfermería y Obstetricia juegan un papel crucial en la prevención de ITS/VIH.

La siguiente investigación tratará de conocer los factores relacionados que inciden y que intervienen en la toma de decisiones en la Salud Sexual y Reproductiva, en un grupo de adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria "Miguel E. Schultz" el análisis de los resultados proporcionará elementos distintos de entender y conocer las razones por las que los adolescentes deciden tener relaciones sexuales de riesgo, por lo tanto permitirá plantear nuevos enfoques para la promoción de la salud en la protección de la salud del adolescente.

OBJETIVO GENERAL.

Identificar los **Factores Relacionados a la Toma de Decisiones** en las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria “Miguel E. Schultz”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Establecer la relación de los **Valores o Creencias Personales** de los adolescentes y la **Toma de Decisiones** en las conductas sexuales.
- 2.- Establecer la relación de la **Falta de Experiencia** de los adolescentes y la **Toma de Decisiones** en las conductas sexuales.
- 3.- Establecer la relación de la **Percepción de Amenaza en los Valores personales** de los adolescentes y la **Toma de Decisiones** en las conductas sexuales.
- 4.- Establecer la relación del **Sistema de Soporte Deficitario** y la **Toma de Decisiones** en las conductas sexuales de los adolescentes
- 5.- Establecer la relación de la **Falta de Información Relevante** y la **Toma de Decisiones** en las conductas sexuales de los adolescentes.
- 6.- Establecer a relación de las **Fuentes de Información Múltiple o Divergente** y la **Toma de Decisiones** en las conductas sexuales de los adolescentes.
- 7.- Establecer si la variable “**Acceso a los Servicios de Planificación Familiar**” puede ser considerada como un “**Factor Relacionado**” en la **Etiqueta Diagnóstica Conflicto de Decisiones**. (NANDA 2003)

HIPÓTESIS GENERAL.

Los **Factores relacionados** influyen directamente en la **Toma de Decisiones** en las prácticas sexuales de riesgo en los adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria "Miguel E. Schultz"

HIPÓTESIS NULA.

No existe vinculación significativa entre los **Factores relacionados** y la **Toma de Decisiones** en las prácticas sexuales de riesgo en los adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria "Miguel E. Schultz".

MARCO CONCEPTUAL.

1.- Salud Sexual y Reproductiva.

En septiembre de 1994 se llevó a cabo en El Cairo, Egipto, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), en la que se logró un impresionante consenso sobre qué hacer respecto de algunos de los problemas mundiales más apremiantes. En esa ocasión, representantes de 179 países adoptaron un Programa de Acción (PA) que incluye las definiciones de salud sexual y reproductiva, ahora reconocidas internacionalmente.

En efecto, el PA de El Cairo define la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La SSR entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir en todos los aspectos relativos al ejercicio de la sexualidad. Asimismo, el PA asienta que el hombre y la mujer tienen el derecho a recibir información, escoger y tener acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que garanticen embarazos y partos sin riesgos.

Otro aporte significativo de la CIPD (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo) es la legitimación de un discurso que enfatiza las relaciones entre desarrollo social y económico y la SSR, al mismo tiempo que reconoce la existencia de la discriminación que, con base en el género, padecen las mujeres y que las coloca en una situación de desventaja, caracterizada por un menor poder de decisión y un acceso limitado a recursos sociales, comunitarios y familiares. Estas variables sociales se agregan a los innegables factores biológicos que explican el mayor peso que la reproducción y sus desviaciones de la normalidad tienen sobre las mujeres. No sorprende, por lo tanto, que la mayor parte de la información epidemiológica disponible sobre salud reproductiva corresponda al sexo femenino. Asimismo, los programas y servicios de SSR están, en general, dirigidos también a la mujer. El PA de El Cairo reconoce el papel central de las relaciones entre hombres y mujeres en todo aquello que se refiere a la salud y los derechos de la mujer, y afirma que los hombres deben asumir la responsabilidad sobre su comportamiento sexual, su fecundidad, el contagio de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el bienestar de sus parejas y de los hijos e hijas que procreen.

En 1995 se llevó a cabo en Beijing, China, la Conferencia Internacional sobre la Mujer, también convocada por las Naciones Unidas. En ella se ratificaron los compromisos de la CIPD. En 1999, cinco años después del compromiso de El Cairo, la comunidad internacional llevó a cabo la primera evaluación de los logros alcanzados y los rezagos en las cuestiones prioritarias para avanzar hacia una mejor salud sexual y reproductiva. Durante este encuentro se destacó de nuevo la gravedad del problema de las Infecciones de Transmisión Sexual (especialmente del virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) y se resaltó la importancia de la información y el acceso a los servicios de SSR como estrategias para disminuir el crecimiento de la epidemia. El tema de la maternidad segura también se discutió ampliamente, así como la accesibilidad y calidad de los servicios de

planificación familiar (PF). Asimismo, se evaluaron cuidadosamente las aportaciones de organismos multi y bilaterales, fundaciones, gobiernos y bancos de desarrollo social para el cumplimiento de los compromisos adquiridos en El Cairo. En general, el monto del dinero invertido hasta ahora se ha ubicado muy por debajo del nivel que se comprometió hace cinco años. Si bien, en general, esta conferencia permitió ratificar los compromisos adquiridos en El Cairo, los 180 países participantes tuvieron discrepancias alrededor de los temas del aborto inducido, la planificación familiar y la educación sexual en las escuelas. El Vaticano y algunos países de América Latina (Argentina, Guatemala y Nicaragua) presentaron las posiciones más conservadoras. Por el contrario, Brasil y México fueron reconocidos entre los países que más recursos han aportado para la adopción del PA de El Cairo. (1)

1.1.- La Sexualidad en la Adolescencia.

La sexualidad es un parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte. Para los adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto. La sexualidad debe ser considerada dentro de un contexto del desarrollo humano, no como un secreto a ser guardado por el silencio adulto. Las opiniones y las percepciones acerca de los roles del adolescente y del adulto deben basarse en el respeto mutuo y deben ser examinados dentro del contexto de las realidades y expectativas sociales. (2)

Hablar de la adolescencia tiene para muchos un matiz negativo que implica conflictos, crisis conductuales y despierta temor, pues los adolescentes son vistos como las “ovejas negras” de nuestra sociedad y, pero aún, si este concepto además se relaciona con el de su sexualidad, que si no se les reprime pueden experimentar sin límite y con graves consecuencias. Un mejor conocimiento de la sexualidad durante la adolescencia conducirá a que se consideren prioritarios los programas escolares de educación para la salud sexual y reproductiva, bajo el marco de la salud integral, para los adolescentes que permanecen aún en el sistema educativo (que en México es una cuarta parte del total de ellos); y además, programas de educación extraescolar para los jóvenes que están dentro o fuera del sistema laboral (que son las tres cuartas partes de dicho grupo de edad en nuestro país). Tal vez la connotación negativa de la adolescencia y la sexualidad se debe a que históricamente se han estudiado con amplitud los aspectos patológicos de grupos minoritarios y se han difundido a través de los medios masivos de comunicación las noticias sensacionalistas de algunos casos negativos con el fin de atraer más la atención del público. (3)

La adolescencia generalmente es una etapa saludable de la vida, pero muchos jóvenes se ven expuestos a prácticas de riesgo que dicha actividad sexual conlleva para la salud, como son posibles infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados y complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Los jóvenes con frecuencia tienen información incorrecta o insuficiente sobre la salud sexual y reproductiva, y no tienen acceso a atención médica.

Hablar con conocimientos y propiedad de la sexualidad en la adolescentes implica no tan sólo analizar qué es la sexualidad y qué es la adolescencia, sino cuestionar si los marcos teóricos que hasta hoy han cimentado dichos conceptos son vigentes actualmente, y desde

luego, considerar sus diferentes variaciones de acuerdo con el género y los diversos grupos demográficos influenciados por factores geográficos, económicos, religiosos, de comunicación y socioculturales, que rodean a cada individuo y que sostienen una interacción con éste, desde el inicio de su vida.

La adolescencia es un concepto moderno, que significa el período de vida iniciado por la pubertad, y que acaba cuando la persona entra en lo que culturalmente se considera la edad adulta (con la madurez social e independencia económica que ello implica). Si bien la pubertad está teniendo lugar a edades más tempranas en todas partes del mundo, también se está elevando la edad en que la gente se casa. Esto significa que la juventud atraviesa por un mayor período de madurez sexual antes del matrimonio, durante el que puede tener vida sexual.

Existe un consenso entre los científicos sociales en que la fenomenología de la adolescencia su duración, sus características comportamentales, su lugar en la familia y en la organización social está en gran medida culturalmente determinada. La adolescencia, como ya se ha sugerido, es ante todo un fenómeno biológico, pero se halla siempre definida en términos culturales. La maduración sexual es parte del fenómeno biológico, y como tal está genéticamente determinada, pero culturas diferentes la modulan y pautan de modo diferente. El estilo propio de una cultura puede llegar a expresarse en el modo como los miembros de esa cultura responden a la sexualidad adolescente y la modulan.

Lo biológico tiene una validez propia en sí mismo en la vida de las personas como entes animales, pero la cultura modula lo biológico de un modo específicamente humano, como, por ejemplo, la modulación de los impulsos sexuales en la forma de amor romántico.

Al hablar teóricamente sobre la adolescencia es conveniente no olvidarse de que el considerar que se trata de una de las etapas de la vida por la que pasa cada ser humano es, al fin y al cabo, un simple concepto. La adolescencia como concepto pretende acercarse a la realidad, pero obviamente no la alcanza, puesto que no es la realidad misma, por lo que los adolescentes no tienen por qué comportarse como las teorías los han definido. Si se emplean estos términos, así como si se abstrae a partir de los conceptos, es por pura economía y, sobre todo, porque hay que comunicarse de una forma fácil y sencilla con los demás; pero esto no requiere decir que las cosas o los seres humanos se comporten según lo establecen las teorías o los conceptos. (4)

2.- Daños a la salud

2.1.- Enfermedad.

Los anuarios de morbilidad señalan que en el período comprendido de 1990 a 2001, las dos principales causas de enfermedad en el grupo de 5 a 14 años son: infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales mal definidas. Para el 2001, las ocupan las infecciones de vías urinarias se encuentran en tercer lugar. El siguiente grupo de edad en que se publica la información de morbilidad corresponde al de 15 a los 24 años, en 2001, en el cual el patrón de morbilidad de las tres primeras causas es similar al de los escolares para el mismo año. Las infecciones de transmisión sexual, aparecen entre las primeras diez causas de

morbilidad, tal es el caso de la candidiasis urogenital que se encuentra en la octava causa y la tricomoniasis urogenital en décimo lugar.

La mala alimentación y el sedentarismo, empiezan a tener un impacto negativo en este grupo de edad, la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1999, señala que el 27% de la población adolescente sufre de sobrepeso u obesidad. El reconocimiento de que las y los adolescentes en México tienen necesidades de salud a pesar de su baja mortalidad es importante, pero la realidad es que falta información más amplia sobre el estado de salud de este grupo atareo. Es necesario redefinir indicadores, mejorar los sistemas de información y reorientar la atención hacia las áreas de prevención y psicosociales.

2.2.- Muerte.

La mayoría de las causas de muerte en las y los adolescentes es evitable en casi el 45% debido a que desde los 10 a 19 años de edad, la población sufre riesgos adicionales debido quizá a la vitalidad propia de este grupo, por lo que las acciones de este Programa se orientan al control de las causas más importantes combatiendo los factores de riesgo.

2.2.1.- Mortalidad en el grupo de 10 a 14 años.

En el escenario de la salud y enfermedad de México desde hace un cuarto de siglo los accidentes se ubican entre las diez primeras causas de muerte en la población general, con una tasa en el año 2000 de 35.4 por 100 000 habitantes.

En el grupo de la adolescencia temprana, de 10 a 14 años, para el año 2000 se presentan como primera causa de muerte los accidentes, con un peso del 34%, los más frecuentes son los de accidentes de tránsito, en segundo lugar se encuentran los tumores malignos con un peso del 15%, le sigue en tercer y cuarto lugar respectivamente las malformaciones congénitas y agresiones, que revisten la misma importancia en magnitud, en quinto lugar parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos. Casi el 40% del total de las causas se encuentran asociadas a aspectos del ambiente social en el que se desarrolla este grupo de edad, es decir las que se refieren a accidentes, agresiones y lesiones auto inflingidas intencionalmente.

2.2.2.- Mortalidad en el grupo de 15 a 19 años.

Para el año 2000, los accidentes son la primera causa de muerte en este grupo de edad, con un peso similar al de la población de 10 a 14 años, ya que representan el 34% del total de defunciones con una tasa de 25.5 por cada 100,000 habitantes. Destacándose en éste rubro los accidentes de tránsito por vehículos de motor. Como segunda causa de muerte se encuentran las agresiones, que junto con las lesiones auto inflingidas intencionalmente, que ocupa el cuarto lugar, representan casi el 20% del total de las muertes, que tienen como causa común el entorno social en el que se desenvuelve la población. En tercer lugar se encuentran los tumores malignos, de los cuales el 50% es debido a leucemias y el quinto lugar lo ocupan las muertes debidas a Enfermedades del corazón.

Entre los datos a destacar se encuentra el descenso de la mortalidad relacionada con el

embarazo, parto y puerperio que el año anterior se encontraba en el quinto lugar y para el 2000 se encuentra en séptimo lugar, sin embargo debido a que aún se encuentra entre las 10 primeras causas de mortalidad, nos obliga a reforzar las actividades de prevención de embarazos en adolescentes.

La epidemia del SIDA en México es predominantemente por transmisión sexual, toda vez que este tipo de transmisión ha sido la causante de casi 90% de los casos. La epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de Hombre que tiene Sexo con Hombres (HSH), con poco más de 50% del total de casos acumulados; pero con una tendencia ascendente, en los últimos años, en los casos de tipo heterosexual.

La relación de casos de SIDA entre hombres y mujeres es de 6 a 1, en tanto las personas de 25 a 34 años de edad constituyen el grupo más afectado con 41.6% de los casos registrados en adultos. En 1999, el SIDA ocupó el lugar 16 como causa de muerte con una tasa de 4.3 por cada 100 mil habitantes.

Sin embargo, la población más afectada por la epidemia ha sido la población de 25 a 34 años de edad, en donde el SIDA representó la cuarta causa de muerte en hombres y la séptima causa entre las mujeres. Existe evidencia de que el manejo adecuado de las ITS disminuye en un 50% la transmisión sexual del VIH. Por tal motivo, todas las ITS se incluyeron, desde 1997, para integrar lo que hoy se conoce como el Programa Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. La OMS estimó que en México ocurren anualmente siete millones de casos nuevos de ITS curables: tricomonas (3.39 millones de infecciones), clamidia (1.92 millones), gonorrea (1.36 millones) y sífilis (0.24 millones).

El riesgo que suponen las relaciones sexuales, sin protección, para las y los jóvenes queda de manifiesto en las tasas elevadas de ITS y embarazos no planeados. La iniciación temprana de sus relaciones sexuales representa un factor de riesgo adicional, ya que la tasa de cambio de pareja sexual es más elevada entre las y los jóvenes de 15 a 24 años de edad.

La prevención de las ITS y los embarazos no planeados constituyen una parte fundamental de la salud sexual, por lo que la información clara y precisa de cómo evitar estos riesgos debe ser accesible a toda la población. Se ha demostrado que la utilización de anticonceptivos y condones es más constante si esta información se recibe antes de la primera relación sexual, es decir, en la preadolescencia, además de que no promueve el inicio más temprano de las relaciones sexuales. En ausencia de vacunas efectivas contra las ITS, incluyendo el SIDA, la forma efectiva para evitar el riesgo de infecciones es el uso del condón. El uso correcto y constante del condón protege entre un 90 a 95% de la transmisión de ITS, incluyendo el SIDA. Aunque existen evidencias de incremento del uso del condón, especialmente entre HSH y trabajadoras del sexo comercial, para controlar el crecimiento de estas infecciones es urgente aumentar el uso adecuado del condón en otras poblaciones, especialmente entre las y los jóvenes.

2.3.- La atracción por las conductas de alto riesgo.

Dentro de los principales daños a la salud en las y los adolescentes se incluyen el sobrepeso, el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas, los accidentes, los

homicidios, los suicidios y las enfermedades de transmisión sexual. La mala nutrición y el sedentarismo empiezan a causar estragos en la población adolescente en México. Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, 10 por ciento de las y los adolescentes fuman, en una relación entre hombres y mujeres de 3:1. De este total, 61.4 por ciento reportaron haberse iniciado en el consumo de tabaco antes de los 18 años: 39.7 por ciento entre los 15 y 17 años; 19.6 por ciento entre los 11 y 14 años, y 2.1 por ciento a los 10 años de edad o incluso antes.

El consumo de drogas ilegales también es común. Se calcula que alrededor de 4 por ciento de los hombres de entre 12 y 17 años han probado alguna droga en su vida. Las drogas consumidas con mayor frecuencia son los inhalables y la marihuana, en menor proporción la cocaína y las pastillas psicotrópicas.

Los accidentes y las lesiones intencionales, un alto porcentaje de los cuales están asociados al consumo de alcohol y drogas, son las primeras causas de muerte en este grupo de edad. Entre las y los jóvenes de 15 a 19 años, en 1999 concentraron 17.3 por ciento de las muertes, y se presentaron, además, 468 suicidios, que representaron 6 por ciento de las muertes totales en este grupo de edad.

Finalmente, la actividad sexual “precoz” también expone a las y los adolescentes a riesgos de embarazos y a infecciones de transmisión sexual. Las cifras más recientes nos hablan de alrededor de 366 000 embarazos no deseados al año en el país, la mayoría de los cuales se produce entre adolescentes. De este total, 180 terminan en muerte materna, que constituye la cuarta causa de muerte en las mujeres de este grupo de edad.

2.4.- Salud sexual y reproductiva.

El inicio de vida sexual en México, es en promedio a los 16 años de edad este hecho está dado por diversos factores: ambientales, sociales y personales, los cuales pueden conducir al desarrollo de conductas de riesgo, teniendo como consecuencia daños a la salud entre otras repercusiones sociales.

Cada año, se registran en el país cerca de 2.13 millones de nacimientos de los cuales 366. 000 ocurren en menores de 20 años, hecho que contribuye con 180 muertes maternas en este grupo.

Una de cada seis mujeres tiene su primer hijo antes de cumplir los 20 años. Al interior de las entidades federativas existen grandes diferencias: mientras que en el D. F. una de cada cinco mujeres tiene su primer hijo antes de los 20 años, en Chiapas una de cada dos lo tiene a esa edad. Cinco de cada diez mujeres se han unido en pareja antes de cumplir los 20 años de edad. sin embargo el área de residencia tiene un importante efecto: en las áreas urbanas 38% de las mujeres se unió antes de cumplir los 20 años, en las rurales lo hicieron 59.1%.

El embarazo temprano en la adolescente se asocia con un mayor riesgo para la madre y su producto. limita las oportunidades de desarrollo individual de la mujer y mantiene la condición de pobreza de la persona y en su caso, su baja escolaridad.

En México, la fecundidad adolescente ha descendido lenta pero significativamente. La proporción de mujeres de 15 a 19 años de edad que procrea al menos un hijo, disminuyó de poco más de una de cada siete en 1975 a una de cada doce en 1990 y a una de cada catorce en 2000. En 1975, las adolescentes registraban una tasa de fecundidad de 130 nacimientos por mil mujeres, valor que disminuyó a 81 en 1995 y en la actualidad se estima en 70 por mil.

La educación de la mujer se considera predictor universal de efectos en salud de los hijos, ya que el abandono escolar, la edad de inicio de relaciones sexuales, el primer embarazo, etc. se incrementan a medida que la escolaridad de la madre es menor.

Cuatro condiciones son fundamentales para mantener una salud sexual y reproductiva adecuada en la adolescencia: incrementar la edad a la que se tienen el primer hijo(a), aumentar el espacio intergenésico, adoptar un método moderno de planificación familiar y atención del embarazo y parto por personal de salud capacitado.

3.- Aspectos demográficos de las y los adolescentes.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el carácter urbano de las y los jóvenes es bastante reciente; entre 1960 y 1995 su distribución en el territorio experimentó un gran cambio; de conformar un grupo mayoritariamente rural (60%) pasó a ser un grupo predominantemente urbano (74%).

Si bien, determinados rasgos y necesidades de desarrollo son característicos de las y los adolescentes, algunos grupos dentro de la población adolescente, tienen necesidades o vulnerabilidad específica.

Para cumplir con el objetivo de proporcionarles oportunidades y servicios equitativos, es necesario hacer esfuerzos concretos para conocer los riesgos para la salud que presenta esta población y acercarse a los muy vulnerables o desfavorecidos para satisfacer sus necesidades.

La adolescencia constituye una parte de la vida y un segmento de la población que requiere actualmente una particular atención en el campo de la salud. La población adolescente en México, expresada como porcentaje de la población total, se ha duplicado en los últimos 30 años, pasando del 11.4% en 1970 a 21.3% en 1999. Si bien el crecimiento natural de la población disminuyó de 3.2 a 1.8 por ciento anual debido, sobre todo, al notable descenso de la fecundidad; el rápido crecimiento demográfico del pasado propició una distribución por edades, marcadamente joven, es decir, con una elevada proporción de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Recientemente, la población mexicana transita hacia una estructura "más entrada en años", proceso que en las próximas décadas se acelerará considerablemente.

La mayoría de las y los adolescentes son personas solteras (74.3%) aunque se estima que cerca de cinco millones (24.5%) ya se han casado o viven en unión libre y poco más de 242 mil tienen una unión disuelta. En las zonas urbanas predomina la población soltera en la adolescencia. En el grupo de 15 a 19 años, la diferencia relativa entre localidades urbanas y

rurales es de casi 50%. El grupo que inicia la vida marital más tempranamente es el de las mujeres residentes en localidades rurales. A la edad de 15 a 19 años una de cada cinco está casada o unida.

En 1970 el 61.2% de la población de 15 a 24 años de edad residía en localidades de 2 500 y más habitantes, en 1997, esta proporción ascendió a 75.3%. Existen 13 entidades federativas donde más de 80% de los jóvenes viven en zonas urbanas: Distrito Federal (99.7%), Nuevo León (93.1%), Baja California (91.4%), Coahuila (89.8%), Estado de México (86.7%), Morelos (86.6%), Colima (85.4%), Tamaulipas (85.1%), Quintana Roo (84.2%), Sonora (82.8%), Jalisco (82.1%), Tlaxcala (81.3%) y Yucatán (80.5%).

En contraste, existen entidades federativas donde al menos 40% de su población joven vive en localidades menores de 2 500 habitantes: Oaxaca (52.3%), Chiapas (52.2%), Hidalgo (50.8%), Tabasco (48.4%), Zacatecas (43.6%), Veracruz (40.5%) y Guerrero (40.2%). Además, la mitad de las y los jóvenes adolescentes (49.9%) se concentran en siete de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Michoacán (4.4%).

3.1.- Escolaridad.

Del total de la población de adolescentes de 10 a 14 años, aproximadamente 83% acude alguna de las modalidades del Sistema Educativo Nacional, el resto ha desertado o nunca ha estado en él, fenómeno que se agudiza conforme se avanza en los diferentes niveles escolares. Mientras que 27% de los hombres ha cursado al menos un año de preparatoria, sólo 22% de las mujeres ha alcanzado ese nivel. Estas disparidades reflejan los obstáculos que tienen las mujeres para alcanzar las mismas oportunidades educativas que los hombres. La escolaridad es uno de los mecanismos más importantes de movilidad social, estas disparidades educativas perpetúan y refuerzan las desigualdades económicas y sociales entre hombres y mujeres.

Los altos niveles de pobreza y la falta de oportunidades económicas de las zonas rurales son causa y consecuencia de sus niveles educativos. A pesar de las mejoras educativas tan notables que ha experimentado la población rural, las desigualdades entre las y los jóvenes urbanos y rurales son todavía dramáticas. Si bien se ha logrado que casi todas y todos los jóvenes rurales asistan alguna vez a la escuela (96%), un número significativo de éstos sólo asistió por unos pocos años: 1 de cada 6 no llegó a completar la primaria, 3 de cada 10 no llegaron a secundaria. Estos niveles son dos veces superiores a los que encontramos en las áreas urbanas.

3.2.- Trabajo y adolescencia.

El gran peso demográfico de las y los jóvenes no es la única razón por la que ameritan atención. Más allá de las consideraciones de naturaleza cuantitativa, hay otras razones que nos hacen pensar que esta generación habrá de jugar un papel relevante en el fortalecimiento de una nueva cultura demográfica entre la población mexicana en los años por venir.

Las marcadas diferencias en los niveles de asistencia escolar entre las áreas urbanas y rurales se reproducen en las tasas de participación en la actividad económica. Mientras que en las áreas rurales casi la mitad de las y los jóvenes (46.3%) tiene el trabajo como única actividad, en las urbanas esta proporción sólo llega a 39.1%; en cambio, quienes sólo se dedican a estudiar representan 29.0% en las áreas urbanas, frente a 16.6% en las rurales. Estos contrastes pueden ser consecuencia de la mayor expansión de las instituciones educativas y el mercado de trabajo en las zonas urbanas del país, así como de diferencias en la valoración de la educación y el trabajo como componentes del proyecto de vida entre las y los jóvenes rurales y urbanos, y en los papeles y roles asignados a las hijas y a los hijos en estos dos ámbitos.

3.3.- Aspectos familiares.

Las familias en México no tienen un modelo definido, de hecho existe gran diversidad en los tipos de familias, donde residen las y los adolescentes, tanto en el tipo de parentesco que tienen con el jefe de la familia como el tipo de hogar en el que residen ahora como células multipersonales.

En 1997, en México, 68.8% de las y los adolescentes vivía en hogares dirigidos por uno de sus padres. La proporción de adolescentes de 15 a 19 años de edad, que son jefes de hogar es de 2.3%, en los hombres y 2.6% en las mujeres. Las y los adolescentes en situación de orfandad y de calle es un problema básicamente urbano con una tendencia ascendente, son una población calculada en alrededor de 130 000 personas por el DIF nacional aunque hay investigaciones que marcan hasta 400 000 en todo el país.

A pesar del grado de urbanización y el nivel educativo alcanzado por las y los jóvenes en los últimos 30 años, las edades en que las mujeres experimentan la transición a la vida adulta, relacionadas con el comienzo de la vida familiar (abandonar el hogar de los padres, unirse o casarse y tener el primer hijo) apenas ha cambiado.(5)

4.- Epidemiología de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.

En México, como en otros países en desarrollo, el conocimiento de la situación epidemiológica de las ITS se dificulta por existir subregistro. Con estas limitaciones, se observa de 1990 a 1996 una tendencia al descenso de sífilis adquirida con 4.5 casos por 100.000 habitantes. a 1.5; gonorrea de 24.5 a 13.6; sífilis congénita de 0.09 a 0.06; chancro blando de 0.9 a 0.7; y herpes genital de 3.6 a 3.1; en relación con linfogranuloma venéreo, tricomoniasis y candidiasis que muestran una tendencia al ascenso de 0.2 a 0.3; 116.1 a 119.6; y 89.6 a 136.2 respectivamente; y con hepatitis B que muestra un comportamiento estable de 0.6 a 0.6.

En mortalidad de las ITS presentan una franca tendencia descendente, con una tasa de 0.17 a 0.5 por cien mil habitantes en 1995. Hasta 1990 el 90% correspondía a sífilis, el 50% se identificó como sífilis congénita. En 1990 se integra el registro de hepatitis B, representando desde entonces el 60% de la mortalidad, seguida por el 35% de sífilis.

La población expuesta se compone en su mayor parte de jóvenes, el 34% corresponde a la

década de 15 a 24 años, seguido por el grupo de 25 a 44 años que integra dos décadas en un 41%. El 17%, por el grupo de más de 60 años. En cuanto al sexo solo se cuenta con información de morbilidad hospitalaria, que para 1995 reporta al sexo masculino con un 55% del total de egresos.

Si bien el principal factor de riesgo identificado es el comportamiento sexual, en la última década las ITS se han caracterizado por presentarse con mayor frecuencia en las áreas de mucha movilidad poblacional (zonas con población trabajadora migrante y ciudades con gran movimiento comercial). Es por ello, que un factor para la prevención y control del VIH/SIDA y otras ITS es modificar las prácticas sexuales riesgosas. Como parte de la reforma del Sector Salud, para lograr un mayor impacto de las acciones preventivas para las infecciones de transmisión sexual en conjunto, se han incorporado al Programa de VIH/SIDA la prevención y control de las otras ITS a partir del 1º de agosto de 1997. (6)

A finales del año 2000, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) estimó que en todo mundo existían 36.1 millones de personas con el VIH, de los cuales 34.7 millones eran adultos, 16.4 millones mujeres, y 1.4 millones menores de 15 años. La región más afectada es la de África subsahariana, en donde se concentra más de 70% del total de las infecciones. Se estima que en ese mismo año ocurrieron 5.3 millones de nuevas infecciones por el VIH, 4.7 millones en adultos, 2.2 millones en mujeres y 600 mil en menores de 15 años. Esto significa que cada minuto se infectan por el VIH diez personas en todo el mundo. El número acumulado de defunciones a causa del SIDA asciende a 21.8 millones, de las cuales 17.5 millones corresponden a adultos, 9 millones a mujeres y 4.3 millones a menores de 15 años.

De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de casos nuevos de ITS por año, en todo el mundo, es de 340 millones, sin incluir infecciones virales como las causados por los virus del Papiloma Humano, hepatitis B, herpes genital y otras. De acuerdo a estimaciones del ONUSIDA, cada día se infectan por el VIH más de 500 personas en América Latina y la región del Caribe, lo que ha elevado a 1.4 millones el número acumulado de infecciones por el VIH.

La mayoría de esos hombres, mujeres y niños infectados morirán en la siguiente década, lo que se adicionará a las 557 mil muertes ocasionadas por el SIDA en los últimos veinte años. Alrededor de 50 millones de casos nuevos de ITS ocurren anualmente en esta región, de los cuales más de la mitad ocurren entre adolescentes y adultos jóvenes entre los 15 y 24 años de edad. Considerando el número total de casos de SIDA reportados, México ocupa el tercer lugar en el Continente Americano, después de los Estados Unidos y Brasil; sin embargo, de acuerdo a la tasa de prevalencia en adultos de 15 a 49 años publicada por el ONUSIDA, nuestro país se ubica en el décimo quinto sitio de América Latina y en el lugar 94 a nivel mundial, con una cifra relativamente baja (0.29%), sobre todo si se le compara con los países cercanos, los cuales registran cifras más elevadas, como Belice (2.01%), Guatemala (1.38%), Honduras (1.92%) y los Estados Unidos (0.61%). (7)

Cada año, ocurren más de 100 millones de nuevas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), excluido el VIH, entre los jóvenes de menos de 25 años. Las ITS facilitan enormemente la transmisión del VIH entre parejas sexuales, por lo que su tratamiento y

prevención es un paso importante para romper la cadena de infección del VIH/SIDA. Las ITS que causan úlceras genitales son las que más aumentan el riesgo de transmisión. Un estudio en Sudáfrica demostró que los varones infectados por el VHS-2 tenían siete veces más probabilidades de ser también seropositivos que los varones sexualmente activos que no tenían el VHS-2. Otro estudio decisivo, realizado en Mwanza (República Unida de Tanzania), puso de manifiesto que la incidencia del VIH era un 40% más baja al cabo de dos años en las comunidades donde las ITS sintomáticas se trataban mejor que en las que carecían de una buena atención de las ITS. (8)

El desarrollo de la epidemia del VIH/SIDA está asociado con desigualdades sociales expresadas en accesos diferenciales a oportunidades de protección y cuidado de la salud, en diferentes contextos socioeconómicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó para el año 2000 unos 40 millones de infectados con el VIH en el mundo, de los cuales más de 90% vivían en países pobres, donde las tasas de infección tenderán a aumentar por la deficiente oferta de sistemas sanitarios y los limitados recursos preventivos y asistenciales.

La epidemia del VIH/SIDA también se asocia con desigualdades de clase social debido a que la prevalencia del VIH y la incidencia del SIDA son mayores en áreas donde la población pertenece a estratos socioeconómicos inferiores, como es el caso de México.

Las diferencias de género son otra expresión de las desigualdades asociadas con la epidemia, puesto que son un componente central en las posibilidades de lograr posiciones socioeconómicas de mayor o menor privilegio. Estas diferencias implican una mayor probabilidad de que los hombres transmitan el VIH a sus parejas sexuales mujeres y en mayor medida en contextos de pobreza.

La epidemia ha tenido efectos importantes en la población adolescente y joven de América Latina y El Caribe. La Organización Panamericana para la Salud (OPS) estimó en 1997 que la mitad de todas las nuevas infecciones se presentaban en personas menores de 25 años de edad y que la mayoría se infectaba por la vía sexual.

El porcentaje de casos en adolescentes de 15 a 19 años de edad reconocidos con SIDA en ese periodo debe asociarse con el porcentaje de casos informados en el grupo de 20 a 29 años de edad que abarcaba 30%. La asociación debe apreciar la existencia de un periodo prolongado de latencia entre la seroconversión en VIH y las manifestaciones del SIDA que puede durar entre dos y 11 años, lo cual llevaría a pensar que una importante proporción de casos del grupo de 20 a 29 años de edad pudo haberse infectado con el VIH durante su adolescencia. (9)

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la pandemia más extendida del pasado siglo y de la actualidad. En América Latina se estima que la epidemia se inició a principios del decenio de 1980 y aunque en México se diagnosticó el primer caso de SIDA en 1983, el tiempo que pasa entre la adquisición del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y el desarrollo del SIDA, de al menos dos a 10 años, hace suponer que este virus fue introducido a México en el decenio de 1970.

De acuerdo con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA, la epidemia en México ha presentado tres tendencias: a) de crecimiento lento (1983-1987); b) de crecimiento exponencial (1988-1991), y c) de crecimiento amortiguado (1992-1995). Desde 1983 y hasta el 1 de enero de 1998, se habían notificado 38 390 casos de SIDA en la Secretaría de Salud.

Sin embargo, tomando en consideración la corrección por subregistro debido en su mayoría a un retraso en la notificación (aproximadamente 33%), se calcula que el número real podría ser de 60 000 casos. Los estados de México y Jalisco son las entidades donde hasta el 1 de enero de 1999 se reportaron 51.5% de los casos, con una tasa acumulada de ocurrencia por 100 000 habitantes de 1 025 en el Distrito Federal y de 816 en Jalisco. Del total de pacientes adultos en los que se conoce la vía de infección, en más de 87% fue adquirida por contacto sexual.

Algunos estudios realizados en Estados Unidos de América (EUA), han mostrado un incremento en la incidencia anual de adolescentes con infección por el VIH desde 1982, con una tasa similar a la observada en niños o adultos. La mayor parte (75%) ocurrió en jóvenes entre los 17 y 19 años, con predominio en varones (80%), con una razón de 4:1. Relaciones sexuales coitales no protegidas y uso compartido de jeringas para inyectarse drogas fueron los factores de riesgo más importantes.

Diversos informes sobre la actividad sexual en adolescentes de EUA y Europa, muestran un incremento en su actividad sexual coital, un inicio edades más tempranas y un mayor número de parejas sexuales. Aunque en México parece haber un incremento similar, la proporción de adolescentes con actividad sexual coital es variable en estudiantes que inician bachillerato y la universidad, para ambas situaciones los datos son los siguientes: mujeres 20%, respectivamente y varones 17 y 50%, respectivamente. Asimismo, para las mismas circunstancias, es variable la proporción de adolescentes que dijeron usar el condón en su primera relación sexual (35.5-42.2% respectivamente). Otro estudio realizado en jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México, encontró una menor frecuencia (12.3%) en el uso de condón. (10)

De acuerdo con la tipología propuesta por el ONUSIDA, México tiene una epidemia concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia del VIH superior a 5% en por lo menos un subgrupo de la población, y la prevalencia en población general sea inferior a 1%. En nuestro país la prevalencia en HSH (hombres que tienen sexo con hombres) es de 15%, en UDI (usuarios de drogas intravenosas) 6%, y en mujeres embarazadas –como criterio de población general- de 0.09%.

Desde el inicio de la epidemia, hasta el 31 de diciembre del año 2000, en México se han registrado de manera acumulada 47 617 casos de SIDA. El IMSS y la SSA han notificado 80% de estos casos. Sin embargo, debido al subregistro y retraso en la notificación, se estima que pueden existir alrededor de 64 mil casos, así como entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH. La relación de casos de SIDA entre hombres y mujeres es de 6 a 1, respectivamente, en tanto que las personas de 25 a 34 años de edad constituyen el grupo más afectado con 41.6% de los casos registrados en adultos. (11)

Atención integral de las personas con el VIH/SIDA e ITS.

- Según las últimas estimaciones realizadas en México, para el período 1997-1998, el gasto total en VIH/SIDA ascendió a 214.3 millones de USD. En términos de destino de los fondos, 32.7% (70.1 millones de USD) fueron asignados a prevención; 61.6% (131.9 millones de USD) a atención; y el 5.7% restante a otros (12.3 millones de USD). Tanto en el ámbito de la prevención como en el de la atención, la principal fuente de los fondos es la pública con 66.9% (46.8 millones de USD) y 91.1% (120 millones de USD), respectivamente; mientras que la privada absorbe el 33.1% (23.2 millones de USD) y 8.9% (11.7 millones de USD).

En la actualidad el IMSS proporciona antirretrovirales a 14 mil de sus derechohabientes (incluyendo personas con el VIH y con el SIDA), y el ISSSTE a 1 756 pacientes; la SSA proporciona estos medicamentos a un aproximado de 3 000 personas (66% con fondos federales y 34% con fondos estatales), y se estima que existen otras 3 mil personas no aseguradas que aún no tienen acceso a los antirretrovirales.

Con el fin de optimizar los recursos y ampliar el acceso a las personas afectadas, las estrategias recomendadas son: la regionalización de los recursos médicos y de laboratorio, así como establecer acuerdos interinstitucionales de colaboración.

El presupuesto federal asignado a los programas de la SSA se incrementó en un 269% en el período 1998- 2000. En 1997, sólo cuatro entidades tenían presupuesto específico, y en la actualidad todos los estados tienen un programa propio con presupuesto asignado. Aun en los estados con mayor asignación de presupuesto, la mayor parte de los recursos se destinan a la atención de VIH/SIDA.

Se ha fortalecido la capacidad técnica y de gestión de los encargados del programa en el nivel estatal y jurisdiccional, así como del personal operativo, para incrementar las habilidades para la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del VIH/SIDA e ITS. Asimismo, para unificar los criterios técnicos de atención, se actualizó la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana; y se encuentra en proceso de publicación el proyecto de NOM-039-SSA2-2000 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

A pesar de estos esfuerzos, no se han logrado ofrecer servicios de atención integral de calidad ni cubrir a toda la población afectada. Es preciso contar con servicios accesibles de información, consejería y detección oportuna, para contener la diseminación de la epidemia y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH/SIDA e ITS. (12)

Impacto de las Infecciones de Transmisión Sexual .

- En los Servicios de Salud; En 1996 se dieron 250,000 consultas en unidades de primer nivel en la SSA es decir, 684 consultas por día, lo que representa más de 170 horas por día a razón de 15 minutos por cada una. Para ese mismo año, se realizaron en estudios de laboratorio cerca de 940,000 pruebas de VDRL y 150,000 tinciones

de Gram, con un costo aproximado de \$ 3,00 por estudio, que equivale a \$ 3.270.000.00.

Sinergia con otros padecimientos.

- La presencia de otras ITS (principalmente las ulcerativas) aumentan la transmisión del VIH, facilitando la entrada del virus a través de las lesiones. Se ha asociado al virus del papiloma en la producción del cáncer cérvico uterino y la hepatitis B con cirrosis y cáncer hepático.

Daño a la salud materno-infantil y reproductiva.

- Existen complicaciones y secuelas que pueden afectar a las mujeres gestantes como son: embarazos ectópicos, óbitos, partos prematuros, ruptura prematura de membranas y abortos. En el recién nacido: anomalías congénitas, artritis séptica, sífilis congénita o la oftalmía blenorragica. También pueden existir graves consecuencias para la salud reproductiva como son: enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad y esterilidad.

Retos en la Atención de las ITS.

- Existe un programa nacional que debe replicarse en todas las instituciones y todas las entidades federativas; existe infraestructura y recursos humanos para pesquisa y diagnóstico de la mayoría de las ITS (accesibilidad de medicamentos de eficacia comprobada para el tratamiento de los gérmenes clásicos, vacuna para prevenir la hepatitis B y un sistema de comunicación educativa para promover entre el público respuestas favorables en torno a las ITS). A pesar de todo lo mencionado, esto no ha sido suficiente para abatir el impacto de las ITS.

Al mismo tiempo, la conducta humana, necesitada de expresar su sexualidad y deseosa de afecto, favorece que las ITS hayan estado y continúen con nosotros, tal vez por siempre.

No obstante, la carga al sistema de salud, la cuota por muerte, incapacidad y miseria que cobran estas enfermedades, puede ser reducida substancialmente mediante la aplicación de medidas de salud pública de control, conocidas como efectivas en experiencias pasadas y presentes, pero ejecutadas con un enfoque que vigorice su impacto.

La aplicación obligatoria de medidas de salud pública, por sí solas no son suficientes para controlar las enfermedades o prevenir epidemias. La experiencia pasada demuestra que la aplicación de medidas obligatorias en las que no se analiza el todo y sus interacciones, puede generar una respuesta contraria. El desarrollo de vacunas, en otros padecimientos ha propiciado falsa seguridad y disminución de los sistemas de alerta epidemiológica. Estas experiencias anteriores obligan a ser cautos y a no depender de la aplicación de una sola medida, o de varias en forma independiente; antes bien, se debe promover la integridad de la atención a estos padecimientos y la cobertura total de las diferentes variables asociadas a la presencia de las ITS, midiendo la repercusión social y económica de su aplicación. (12)

5.- Proceso de Enfermería.

5.1.- Taxonomía de la NANDA.

Después de la conferencia bianual en abril de 1994, el Comité para la Taxonomía se reunió para clasificar en la Taxonomía I revisada los nuevos diagnósticos admitidos. Sin embargo, el Comité tuvo muchas dificultades para hacerlo. En vista de tales problemas y del creciente número de nuevos diagnósticos propuestos con un nivel de desarrollo de 1.4 y superior, el Comité pensó que era posible desarrollar una nueva estructura taxonómica. Esta posibilidad dio lugar a una gran discusión sobre cómo podría hacerse de forma que fuera a un tiempo rigurosa y reproducible.

Para empezar, el Comité estuvo de acuerdo en determinar si había categorías que surgían naturalmente de los datos, (es decir, de los diagnósticos aceptados). En la conferencia de 1994 (11 bianual) en Nashville, Tennessee, se completó la primera ronda de una clasificación Q naturalista. Posteriormente se llevó a cabo la segunda ronda y el análisis se presentó en la conferencia bianual de 1996 en Pittsburgh, Pennsylvania. Esta clasificación dio como resultado 21 categorías, lo que estaba lejos de ser útil para la práctica.

En 1998, el Comité para la Taxonomía presentó a la Junta de Directores de la NANDA cuatro clasificaciones Q con diferentes marcos; en n. 1 del que se informó en 1996, era naturalista; el n. 2 usaba el marco de Jenny (1994); el n. 3 empleaba el marco NOC (Jonson y Maass, 1997), y el n. 4 se basaba en el marco de los patrones funcionales de salud de Gordon (1998). Ninguno de ellos era plenamente satisfactorio, aunque se consideró el de Gordon como el mejor. Con el permiso de Gordon se modificó ligeramente su estructura para llegar a la n. 5 que fue presentada a los miembros en abril de 1998 (13 bianual, St. Louis, Missouri).

Estructura de la Taxonomía II. La Taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. Un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés”. Una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”. “Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales, que proporciona la base para la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

La Taxonomía II tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud. La Taxonomía de la NANDA es un lenguaje enfermero reconocido que cumple los criterios establecidos por el Comité for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurses Association. La utilidad de estar incluido como un lenguaje enfermero reconocido es que indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínica-mente útil. La taxonomía está registrada con un Health Level 7 (HL7) y está incluida en el mapa de la Statistical Nomenclature of Medicine (SNOMed). La taxonomía también está incluida en el NLM's Unified Medical Language System (UMLS). Hay siete ejes.

1-1.- Eje 1. Concepto diagnóstico. El concepto diagnóstico se define como el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica. El concepto diagnóstico puede constar de una o más palabras. Cuando se emplea más de una (p. ej., intolerancia a la actividad), cada una contribuye a dar al conjunto un significado único, como si ambas fueran un solo término; el significado es distinto del de ambas palabras por separado. En algunos casos se añade un adjetivo (p. ej., espiritual) al nombre (p. ej., sufrimiento) para formar el concepto diagnóstico de sufrimiento espiritual.

1.2.- Eje 2. Tiempo. El tiempo se define como la duración de un período o intervalo. Los valores de este eje son agudo, crónico, intermitente y continuo.

- Agudo: menos de 6 meses.
- Crónico: más de 6 meses.
- Intermitente: cesa y empieza de nuevo a intervalos, periódico, cíclico.
- Continuo: ininterrumpido, sin parar.

1.3.- Eje 3. Unidad de cuidados. La unidad de cuidados se define como la población concreta para la que se formula un diagnóstico determinado. Los valores del eje 3 son individuo, familia, grupo y comunidad.

- Individuo: ser humano singular, distinto de los demás, una persona.
- Familia: dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionadas por consanguinidad o elección.
- Grupo: individuos reunidos, clasificados o que actúan juntos.
- Comunidad: "Grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo el mismo gobierno. Los ejemplos incluyen vecindarios, ciudades, censos y poblaciones de riesgo"
- Cuando la unidad de cuidados no se explicita, por defecto se considera que es el individuo.

1.4.- Eje 4. Edad. La edad se define como la duración del tiempo o intervalo durante el cual ha existido un individuo. Los valores del eje 4 son:

- Feto.
- Neonato
- Lactante.
- Niño pequeño
- Preescolar.
- Escolar.
- Adolescente.
- Adulto joven.
- Adulto maduro.
- Anciano joven.
- Anciano.
- Gran anciano.

1.5.- Eje 5. Estado de salud. El estado de salud se define como la posición o rango en el continuum de la salud de bienestar a enfermedad (o muerte). Los valores del eje 5 son bienestar, riesgo o real.

- Bienestar: calidad o estado de estar sano, especialmente como resultado de un esfuerzo deliberado.
- Riesgo: vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.
- Real: existente de hecho o en la realidad, existente en ese momento.

1.6.- Eje 6. Descriptor. El descriptor o modificador se define como el juicio que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero. Los valores del eje 6 son:

- Anticipado: hecho de antemano, previsto.
- Aumentado: mayor en tamaño, cantidad o grado.
- Bajo: contiene una cantidad inferior a la normal de algún elemento habitual.
- Comprometido: vulnerable a una amenaza.
- Defensivo: constantemente se siente atacado y necesita justificar rápidamente sus acciones.
- Deficiente: inadecuado en cantidad, calidad o grado; no suficiente; incompleto.
- Deplecionado: vacío total o parcialmente, exhausto.
- Desequilibrado: desestabilizado, descompensado.
- Desorganizado: que destruye la disposición sistemática.
- Desproporcionado: incoherente con un estándar.
- Deteriorado: empeorado, debilitado, lesionado, reducido.
- Disfuncional: de funcionamiento anormal, incompleto.
- Disminuido: reducido; menor en número, cantidad o grado.
- Disposición para mejorar (para usar con los diagnósticos de salud): aumentar en cantidad o calidad, lograr lo más deseado.
- Efectivo: que produce el efecto pretendido o deseado.
- Equilibrio: estabilidad, compensación.
- Excesivo: caracterizado por un número o cantidad mayor que lo necesario, deseable o útil.
- Funcional: de funcionamiento normal y completo.
- Habilidad: capacidad para hacer o actuar.
- Incapacidad: falta de habilidad para hacer o actuar.
- Incapacitan te: que lo hace impracticable o incapaz; que incapacita.
- Inefectivo: que no produce el efecto deseado.
- Interrumpido: que altera la continuidad o uniformidad.
- Organizado: que forma una disposición sistemática.
- Percibido: que se toma conciencia a través de los sentidos; asignación de significado.
- Retrasado: pospuesto, impedido, retardado.
- Trastornado: agitado o interrumpido, que interfiere.

1.7.- Eje 7. Topología. La topología consiste en las partes o regiones corporales: todos los tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas. Los valores del eje 7 son:

- Auditivo . Neurovascular periférico
- Cardiopulmonar . Olfatorio
- Cerebral . Oral
- Cutáneo . Renal
- Gastrointestinal . Táctil
- Gustativo . Urinario
- Intestinal . Vascular periférico
- Intracraneal . Visual
- Membranas mucosas

A continuación se describirá el Dominio que nos ocupa por ser este la columna vertebral en este trabajo de investigación.

- **Dominio 10 Principios vitales.** Principios que subyacen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco
- **Clase 3:** Congruencia de las acciones con los valores/creencias Congruencia o equilibrio entre los valores, las creencias y las acciones
- **Diagnóstico aprobado.** 00083. Conflicto de Decisiones.
- **Factores Relacionados.**
 1. Valores o creencias personales poco claros.
 2. Percepción de amenaza a los valores personales.
 3. Falta de experiencia o interferencia en la toma de decisiones.
 4. Falta de información relevante.
 5. Sistema de soporte deficitario.
 6. Fuentes de información múltiples o divergentes.

La Taxonomía II de la NANDA apareció por vez primera en el libro Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 2001-2002. la taxonomía se usa para la clasificación de los diagnósticos enfermeros. Durante este período, la NANDA empezó a negociar una alianza con el Classification Center en el Collage of Nursing University of Iowa City, Iowa. Como parte de esta alianza, se estudió la posibilidad de desarrollar una estructura taxonómica común. El propósito de tal estructura era hacer visible la relación entre las tres clasificaciones y facilitar la vinculación entre los diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados. Se discutieron las posibilidades entre el Comité Directivo de la NANDA y los líderes del Classification Center.

Dorothy Jones, representante de la NANDA, y Joanne McCloskey Dochterman, representante del Classification Center, desarrollaron una propuesta para convocar a una conferencia por invitación. La conferencia fue auspiciada por la Nacional Library of Medicine. La conferencia reunió a 24 expertos en el desarrollo, validación y refinamiento del lenguaje enfermero para trazar el primer diseño de la estructura taxonómica común. El objetivo era desarrollar una estructura taxonómica común para la práctica enfermera que incluyera la NANDA (diagnósticos enfermeros), la NIC (Nursing Intervention Classification) y la NOC (Nursing Outcomes Classification), con posibilidad de incluir también otros lenguajes.(13)

5.2.- Descripción de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

En 1987, el centro para la clasificación de enfermería en la universidad de Iowa introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification) y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification), estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para el uso con la NANDA y otros sistemas de diagnósticos. Se esperaba que la eficacia de los términos de diagnóstico fuesen mejoradas con la disponibilidad de intervenciones y de resultados estandarizados. Las traducción de la sigla NIC es CIE (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería).

La NIC es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en todos las especialidades. Una intervención de enfermería es "cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente". las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contempla la familia y la comunidad.

Los grupos de la taxonomía están relacionados con las intervenciones para facilitar su uso. Las agrupaciones representan todas las áreas de la práctica enfermera. Las enfermeras de cualquier especialidad deben recordar que necesitarán el uso de la taxonomía completa con un paciente particular y no sólo las intervenciones de una clase o campo. La taxonomía es teóricamente neutral; las intervenciones pueden utilizarse con cualquier teoría enfermera y en cualquiera de los mancos enfermeros y de los sistemas de prestación de cuidados. Las intervenciones también pueden utilizarse con otras clasificaciones diagnósticas, incluyendo la NANDA, ICD, DSM y Omaha.

Consta de: 7 Campos y 30 clases, que las podemos ver en el siguiente esquema contraible para que no sea muy complicado ver todo en su conjunto.

- Campo 1: Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
- Campo 2: Fisiológico Complejo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática.
- Campo 3: Conductual: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios del estilo de vida.
- Campo 4: Seguridad: Cuidados que apoyan la protección contra peligros
- Campo 5: Familia: Cuidados que apoyan la unidad familiar.
- Campo 6: Sistema Sanitario: Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación sanitaria
- Campo 7: Comunidad: Cuidados que apoyan la salud de la comunidad

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en

función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración y cuidados tanto directos como indirectos. Una intervención se define como <cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínicos, que realiza un profesional de la enfermería para aumentar los resultados del paciente. Aunque el profesional individual sólo será competente en un número limitado de intervenciones que reflejen su especialidad, la clasificación en su totalidad abarca las competencias de todo el personal de enfermería. La CIE puede utilizarse en todas situaciones. La clasificación en su totalidad describe las competencias de la enfermería; sin embargo, algunas de las intervenciones de la clasificación también las realizan otros profesionales.

Las intervenciones CIE (Nursing Interventions Classification, NIC) incluyen tanto la esfera fisiológica, como la psicosocial. Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades, la prevención de enfermedades y para el fomento de la salud. La mayoría de las intervenciones son para su utilización en individuos, pero muchas de ellas son para su uso en familias y algunas para ser empleadas en comunidades enteras. Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia.

Las intervenciones de la CIE se han relacionado con los diagnósticos de enfermería de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), los problemas del Sistema Omaha y los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (Nursing Outcomes Classification, NOC).

El lenguaje utilizado en la clasificación es claro, está redactado de manera lógica y refleja el lenguaje utilizado en la práctica. Los ensayos enviados a los médicos han demostrado que todas las intervenciones se utilizan en la práctica. Aunque la lista global de 486 intervenciones a primera vista pueda parecer abrumadora al profesional de enfermería, el personal pronto descubre las intervenciones utilizadas más a menudo en su especialidad o en su población de pacientes.

Las denominaciones de las intervenciones son los conceptos, los nombres de los tratamientos administrados por los profesionales de enfermería. Las definiciones y actividades que acompañan a las denominaciones constituyen las definiciones y descripciones de las intervenciones. La clarificación de los conceptos de las intervenciones contribuyen a desarrollar el conocimiento de enfermería y facilitan la comunicación dentro de la disciplina. A medida que crezca la habilidad de la enfermería para relacionar diagnósticos, intervenciones y resultados, evolucionará la teoría prescriptiva de la enfermería práctica. La CIE representa un desarrollo crucial debido a que proporciona el léxico para las teorías menos extendidas de enfermería que relacionarán diagnósticos, intervenciones y resultados. Las intervenciones son el elemento clave de la enfermería. Todos los demás aspectos de la práctica son accidentales y secundarios a los tratamientos que identifican y delimitan nuestra disciplina. Este enfoque centrado en la intervención no resta importancia al paciente; sino que, desde una perspectiva disciplinaria, el fenómeno del interés por el paciente es importante porque puede resultar afectado por la acción del profesional de enfermería.

Intervenciones de la Comunidad. Esta área de intervención se reconocía como

especialmente importante en los países del tercer mundo donde, con frecuencia, la acción de los profesionales de enfermería se dirige a toda la comunidad. Según Deal. <<a medida que el impacto devastador de problemas de salud pública como el SIDA, la mortalidad infantil, los embarazos de adolescentes, el abuso de menores y la violencia doméstica son más evidentes a escala nacional, existe una clara necesidad de programas sanitarios eficaces basados en la población... es indispensable que la comunidad de profesionales de enfermería defina sus servicios y proporcione pruebas de apoyo a la eficacia de las intervenciones que ofrecen. La División de Cuidados Sanitarios de la Comunidad de la Asociación de Profesionales de Enfermería Americana define los cuidados sanitarios de la comunidad como una síntesis de práctica de enfermería y de práctica de salud pública aplicadas para fomentar y preservar la salud de poblaciones, con responsabilidad predominante sobre la población como un conjunto. Una población es un conjunto de individuos que tienen una o más características personales o ambientales en común. Una intervención de salud comunitaria es una <<intervención comunitaria (o salud pública) centrada en fomentar y preservar la salud de poblaciones. Las intervenciones de comunidad enfatizan el fomento de la salud, la conservación de la salud y la prevención de enfermedades de poblaciones e incluyen estrategias para dirigir el clima social y político donde reside la población>>. (14)

5.3.- Importancia de la Clasificación de Resultados de Enfermería.

La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería). La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería.". Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud sicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

La Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (NOC, siglas en inglés de Nursing Outcomes Classification) contiene 260 resultados. Cada uno de ellos incluye un nombre de identificación, una definición y un grupo de indicadores que describen el estado específico del paciente, cuidador familiar o sociedad en relación con el resultado, una escala de medida tipo Likert de cinco puntos y una selección de las citas bibliográficas utilizadas en la descripción del resultado.

- Exhaustividad. CRE contiene resultados de los pacientes individuales, cuidadores familiares, familia y sociedad que son representativos de todas las situaciones y especialidades clínicas. Aunque todos los resultados no pueden desarrollarse todavía, hay resultados que son útiles para una perspectiva global de la práctica enfermera y deben desarrollarse planes diferentes a medida que se identifiquen dichos resultados. Dado que cada uno es exhaustivo, los lenguajes estandarizados de la NANDA, CIE y CRE proporcionan los elementos necesarios para la elaboración de los elementos enfermeros.

- Investigación. La investigación, dirigida por un extenso equipo de facultativos, estudiantes y clínicos de diversas especialidades de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa, empezó en 1991. Se usaron tanto estrategias cualitativas como cuantitativas. Los métodos consistieron en análisis de contenido, análisis del concepto, estudios de expertos, análisis de similitud, análisis de agrupamiento jerárquico, organización multidimensional y análisis de campo clínico.
- Desarrollo inductivo y deductivo. Las fuentes de datos para el desarrollo inicial de los resultados e indicadores fueron libros de texto de enfermería, guías de planes de cuidados, sistemas de información clínica enfermera, protocolos prácticos e instrumentos de investigación. El equipo de investigación se concentró en grupos de revisión de los resultados en ocho grandes categorías que se obtuvieron a partir del Estudio de Resultados. Médicos y de la literatura enfermera. Basándose en una revisión de la literatura, se identificaron los resultados incluidos por las categorías amplias y se perfeccionaron mediante el análisis del concepto.
- Basado en la práctica clínica y en la investigación. Desarrollado inicialmente a partir de los textos enfermeros, guías de planes de cuidados y sistemas de información clínica, los resultados fueron revisados por médicos especialistas. También se solicitó retroalimentación de los médicos a través de un proceso de la regulación definido.
- Utiliza un lenguaje claro y clínicamente útil. A lo largo del desarrollo de CRE, se ha destacado la claridad y utilidad del lenguaje utilizado. Asimismo, se ha procurado que los términos de los resultados CRE procedieran de las intervenciones y diagnósticos enfermeros.
- Los resultados pueden ser compartidos por todas las disciplinas. Aunque CRE destaca los resultados que dependen de las intervenciones enfermeras, éstos describen el estado de los pacientes a un nivel conceptual. Por tanto, CRE proporciona una clasificación de resultados de los pacientes que pueden verse influidos por todas las disciplinas. CRE contiene los indicadores de los resultados considerados los más sensibles a la intervención enfermera.
- Optimiza la información para la evaluación de efectividad. Los resultados e indicadores son conceptos variables. Esto permite la determinación del resultado en cualquier momento de forma continuada de los más negativos y positivos en diferentes períodos de tiempo. En lugar de la escasa información proporcionada por la determinación del cumplimiento de objetivos, pueden usarse los resultados de CRE para supervisar la magnitud del progreso, o la falta de evolución, a lo largo de un episodio de cuidados y en las diferentes situaciones de cuidados.
- Evaluado en campos clínicos. La evaluación de CRE se está realizando en una variedad de campos clínicos, tales como hospitales de tercer nivel, hospitales de cuidados intermedios, asistencia domiciliaria y contextos sanitarios sociales. Las pruebas de campo proporcionarán información importante sobre la utilidad clínica

de los resultados e indicadores, las relaciones entre los diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros y el proceso de aplicación de CRE en los sistemas de información clínica enfermera.

- Relacionado con los Diagnósticos Enfermeros NANDA y las intervenciones CIE. Las relaciones iniciales han sido desarrolladas por los equipos de investigación CIE y CRE para ayudar a las enfermeras con el uso de las clasificaciones y para facilitar el uso de los sistemas de información clínica.

La estructura Taxonómica CRE se desarrolló a partir de estrategias perfeccionadas por el Proyecto de Intervención de Iowa. El objetivo era crear una estructura taxonómica de tres niveles similar a la desarrollada para la Clasificación de las Intervenciones Enfermeras (Nursing Interventions Clasificación [NIC]). Este proceso requirió un planteamiento inductivo usando un análisis cualitativo de similitud-desigualdad con muchos participantes que clasificaron los resultados en grupos. Cada participante asignó una etiqueta de concepto que él o ella consideraba que captaba la esencia del grupo. En la primera clase, se agruparon 175 resultados de esta forma y se solicitó a los participantes que crearan 15 a 25 grupos a partir del proceso de clasificación. A continuación se aplicó el análisis de agrupamiento jerárquico para combinar los resultados de la clasificación individual de cada participante. Este proceso se empleó para crear el nivel de la clase de taxonomía CRE, estableciéndose finalmente 24 clases. Las clases creadas mediante estos procesos son, Mantenimiento de la Energía, Crecimiento y desarrollo, Movilidad, Autocuidado, Cardiopulmonar, Eliminación, Líquidos y Electrolitos, Respuesta Inmune, Regulación Metabólica, Neurocognitiva, Nutrición, Integridad Tisular, Bienestar Psicológico, Adaptación Psicológica, Autocontrol, Interacción Social, Conducta de Salud, Creencias sobre la Salud, Conocimientos sobre Salud, Control del Riesgo y Seguridad, Salud y Calidad de Vida, Sintomatología, Estado del cuidador Familiar y Resolución del Maltrato. En la segunda fase, los participantes clasificaron estas clases para crear el nivel superior de la taxonomía. Los resultados de este proceso identificaron 6 dominios: Salud Funcional, Salud Psicológica, Salud Fisiológica, Conocimiento y Conducta en Salud, Salud Percibida y Salud Familiar.(15)

7.- Factores relacionados que inciden en la Toma de Decisiones.

7.1.- Conflicto en la Toma de Decisiones.

En el estudio realizado Masculinidad y Salud Reproductiva; un estudio de caso en adolescentes de la Ciudad de México, la idea subyacente es que la manera como construyen el concepto que tienen dichos adolescentes de la masculinidad tiene una influencia decisiva en sus relaciones con los demás; en el caso que nos ocupa particularmente, en sus relaciones sexuales con las mujeres y, por lo tanto, en la salud sexual y reproductiva.

No obstante, todos los entrevistados eran bien conscientes de esta identidad masculina dominante del "macho progenitor" y se encontraban influidos por ella. Hoy se sabe que la persistencia de este concepto tradicional de masculinidad va de la mano con la prescripción de normas que llevan a conductas que se constituyen en factores de riesgo para su salud. Si ser hombre significa ser arriesgado, agresivo, dominante y exitoso, por ejemplo, su

comportamiento con las mujeres se traduce fácilmente en prácticas de seducción y de imposición. Si, en cambio, ser hombre implica reconocer a la mujer como igual, el acercamiento, la necesidad de negociar, el reconocimiento y la expresión de emociones, su comportamiento tenderá a tomar en cuenta las necesidades del otro, a actuar de común acuerdo, a prevenir consecuencias no deseadas. Pero sabemos poco sobre cuáles son los comportamientos masculinos que efectivamente ocurren en la actualidad, con qué alternativas se cuenta, qué conflictos se presentan, cómo influyen en el uso de anticonceptivos y en el riesgo del VIH, qué tipo de padres y parejas quieren ser los adolescentes, etcétera.

En relación al Área sustantiva de anticoncepción y salud reproductiva del estudio antes citado se señala que; la mayoría de los muchachos afirma que no utilizaron ningún método anticonceptivo durante su primera experiencia sexual. Por una parte dicen que no se preparan para ella, sino que les ocurre, se ven sorprendidos por ella. Por otra parte, no piensan en ello. El uso del condón depende mucho de la pareja con la que tienen sexo. Ahora ya saben que las sexo-servidoras demandan el uso del condón. Con muchachas "fáciles" pueden pensar en protegerse de ITS y del VIH, aunque de hecho no lo hacen porque estas relaciones son en su mayor parte no planeadas, espontáneas.

Los anticonceptivos se compran en la farmacia y se distribuyen también en algunos centros de salud, pero los muchachos dicen que no van a los centros de salud para pedir condones. Aunque en ocasiones sí van a la farmacia, dicen que cuando son muy jóvenes les da pena y piden a otros que vayan a comprárselos. Los muchachos están bastante convencidos de que, aunque aprendan acerca de los condones en la escuela o a través de los medios de comunicación, nadie los usa cuando tiene relaciones sexuales, lo que está relacionado con la "pena" de comprarlos, de hablar de ello con la pareja, y de usarlos.

Los jóvenes raramente utilizan métodos para protegerse a ellos mismos y a sus parejas de embarazos no deseados y de ITS. El cuidado de la salud sexual y reproductiva. El condón se relaciona con la anticoncepción más que con el cuidado de las ITS, a pesar de que para ellos embarazar a la novia es "casi inevitable" y les puede ocurrir totalmente fuera de su control:

"O sea que no tienes control de ti mismo y no planeas un embarazo." (Grupo focal, popular, adolescentes)

Pero, aún así, no lo usan. Como fue mencionado más arriba, su uso está determinado en la mayoría de los casos por la demanda o no de la pareja, la cual generalmente tampoco lo quiere utilizar. A pesar de que los jóvenes tienen información acerca de anticonceptivos y prevención, ésta se reduce a prácticas como el retiro y el ritmo (sin conocer muy bien el cuerpo y su funcionamiento). Tienen una idea vaga de que la higiene, en su sentido más lato, es la que protege de una ITS o del SIDA:

"Pues es que según la persona, si no tienes higiene en tu persona y lo haces así porque sí, corres el riesgo ... Si no te lavas bien o no te bañas". (Grupo focal, popular, jóvenes)(16)

7.2.- Valores o creencias personales poco claros.

Dentro de numerosos programas preventivos de ITS/VIH entre adolescentes, se ha proporcionado información sobre el condón masculino y en algunos se ha promovido su empleo. A este respecto debe considerarse que la adopción de un comportamiento de salud, como el uso del condón, implica tanto factores sociales como personales. Dentro de los factores personales, la información y las creencias influyen significativamente, ya que la primera involucra datos correctos, en este caso acerca del condón; por su parte, las creencias representan los pensamientos de un individuo acerca de las posibilidades de reducir las amenazas sobre su propia salud. Consecuentemente, las expectativas favorables sobre la eficacia de las medidas preventivas pueden incidir en la adopción de un comportamiento que contribuya a evitar una enfermedad.

En estudio titulado Condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares, cuyo objetivo fue el de determinar el nivel de información e identificar las creencias que sobre el condón masculino y su eficacia tienen adolescentes escolares de Guadalajara, se llevó a cabo un estudio observacional exploratorio en una preparatoria seleccionada aleatoriamente. Se aplicó cuestionario a 49 alumnos elegidos de la misma forma, en la cual se obtuvieron los resultados que a continuación se mencionan.

Creencias sobre el preservativo. Sobre la creencia de la eficacia del condón para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual al tener relaciones sexuales, 57.1 % contestó favorablemente. Sobre la prevención del embarazo, sólo 40.8 % consideró eficaz el uso del condón; acerca de la prevención del cáncer cervical, 93.9 % desconoció o tuvo dudas al respecto. En cuanto a la calidad de los preservativos, para 95.8 % existió la posibilidad de ruptura del condón aun con el uso adecuado. Sólo 22.4 % consideró que los condones pueden impedir el paso de microorganismos; 18.4 % de los adolescentes creyó pertinente usar un condón que se notara maltratado, pegajoso o decolorado, que no hubiera rebasado su fecha de caducidad o con empaque en buenas condiciones, incluso 16.3 % con el empaque abierto. Del tamaño de los condones, sólo 38.8 % consideró que es adecuado. Acerca de la necesidad de prescripción médica para usar el preservativo, 91.9 % de los adolescentes no la juzgó necesaria; así mismo, 61.2 % no pensó pertinente practicarse un examen médico antes de utilizarlo.

Diferencias encontradas por género. Las diferencias encontradas por género indican que las adolescentes tuvieron mayor conocimiento de la importancia de revisar la fecha de caducidad del preservativo antes de usarlo, respondiendo correctamente 90 % de ellas, mientras los varones sólo 52.6 %. Las mujeres manifestaron en mayor porcentaje la creencia de que el condón puede romperse aunque se use adecuadamente, pues contestaron favorablemente 80 %; en tanto 58 % de los varones respondieron así, con un valor de $p = 0.045535$. Finalmente, las adolescentes indicaron que el tamaño de los condones es adecuado para cualquier pene en 43.3 %, mientras que 31.6 % de los varones respondieron así.

En el presente estudio la información encontrada puede considerarse regular; aceptable respecto a concepto, descripción y condiciones de uso vaginal del condón, pero deficiente en uso no vaginal y para impedir el paso de secreciones sexuales. Para más de la mitad de

los adolescentes las creencias sobre el condón y su eficacia fueron más desfavorables que la información sobre éste. Se encontró una percepción descendente respecto a eficacia para prevenir ITS y embarazo. Las creencias más desfavorables se manifestaron acerca de la eficacia del condón como barrera para los microorganismos, prevención de cáncer cervicouterino, tamaño y calidad. La explicación a las creencias desfavorables respecto al uso del condón como barrera puede estar vinculada a la creencia de la posibilidad de ruptura del condón aunque se use adecuadamente, y a que el VIH puede *atravesar* el látex, idea promovida por ciertos grupos conservadores.(17)

En la Investigación llamada, Métodos cualitativos en una investigación sobre sexualidad y Sida en Adolescentes, realizada por la Universidad Autónoma Metropolitana, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la OPS, expuesto en el Seminario Internacional, Salud, Sexualidad y Reproducción en la Adolescencia hace referencia a que una de las cosas fundamentales en términos de la sexualidad es que del lado de los varones, el hombre es el que debe seducir a la mujer, es decir, él es el activo; él es el que debe tomar la iniciativa con respecto al cortejo, la mujer no debe mostrar ningún interés. Para ser esta mujer honorable, para ser la chica bien educada, existe una relación muy clara de circularidad, es decir, si el hombre solicita la relación sexual la mujer tiene que rehusarse para que el hombre piense que es una mujer decente; si la mujer en un momento dado acepta la relación sexual de primera instancia, entonces, el hombre repudia.

Hay una cosa interesante en relación al intercambio sexual, aquí donde dice que el rechazo femenino ayuda a controlar al impulso masculino, los varones decían "el hombre llega hasta donde la mujer deja", que es algo que ellos también lo comentan mucho, pero lo decían en el sentido de cómo esta parte de la prohibición de la mujer o de la negativa de la mujer. les ayudaba a ellos a controlar el impulso, a controlar, sobre todo, la situación de exhibir o no su masculinidad, es decir, si las chicas decían no, a ellos los preservaba y los tranquilizaba que no tenían que ser realmente activos.

Bueno, por otro lado la sexualidad en el caso del hombre confirmaba su masculinidad, es decir, ser los activos ante el grupo de pares y ante las mujeres confirmaba su masculinidad. Algo interesante en relación a la prevención es que ellos pensaban en la prevención del SIDA y del contagio sólo en términos de las mujeres "jurisdicción indecentes" como también las chicas decían "indecentes" por decir indecentes. Las mujeres bien portadas, las mujeres de familia, las mujeres que estaban dentro de una relación monogámica, y una relación legitimada, eran las mujeres decentes. Las mujeres indecentes son las promiscuas, las que tienen capacidad erótica y las que tienen posibilidad de sexo.

¿Ellos? Al natural, como va, en caliente. Planificarla significa en un momento dado anticiparse, y como tal, aceptar que lo que domina es el asunto del placer y no la reproducción; y en relación al SIDA, lo que decían es que este asunto en los jóvenes está muy claro: los que habían tenido prácticas con el condón, señalaban que la sensación era distinta, que era como ponerse un impermeable que modificaba totalmente las sensaciones; y las chicas decían que los varones eso decían, y también coincidían los dos sexos en ese sentido. Pero creemos que lo que opera fundamentalmente son las otras valoraciones al respecto, el asunto de la cobardía en el hombre, de no quererse hacer cargo de la situación de preñez en la mujer y que la mujer es vista entonces como una mujer promiscua que

tiene placer que ya lo ha utilizado y que es experta. (18)

En el Artículo publicado en el Suplemento llamado La Letra S, En el sexo me la juego, estudios recientes sugieren que es menos probable que las mujeres regulen cómo, cuándo y dónde llevar a cabo las relaciones sexuales, lo que incrementa las posibilidades de un embarazo no deseado y de contraer Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH. La vulnerabilidad de la mujer ante el VIH aumenta por diversas razones, entre ellas, su dependencia económica del hombre, la falta de acceso a la educación, la pobreza, la explotación sexual, la coacción y la violación; además, las probabilidades de vender su cuerpo para sobrevivir son mayores en las mujeres que en los hombres, lo cual también influye. En el entorno de esas desigualdades y en cierto sentido como legitimación de ellas están las ideologías de la masculinidad y la feminidad que hacen que parezca "natural" que el hombre tenga el papel dominante en lo relativo a la adopción de decisiones económicas, a la expresión de sus deseos sexuales y a la satisfacción de sus necesidades sexuales.

Por su parte, los hombres tienen más posibilidades de determinar cómo, cuándo y con quién llevar a cabo la relación sexual. Pese a ello, las ideologías dominantes de la masculinidad (que enfatizan el placer sexual del macho, valoran la demostración de las proezas sexuales y alientan a los hombres a que tengan relaciones con múltiples parejas) ponen a los hombres en una situación de mayor peligro de contraer el VIH y el sida. (19)

En el Artículo publicado por Carlos Bonfil, denominado Autoerotismo y Salud Sexual, publicado en la Jornada, suplemento La Letra S, señala respecto a la masturbación que, durante siglos, algunas religiones han condenado esta práctica de exploración, goce y valoración del cuerpo humano. La idea de la pérdida o desperdicio del líquido seminal tuvo siempre una carga simbólica muy fuerte. Para el taoísmo en China la práctica de la masturbación significaba un debilitamiento físico y espiritual del individuo; para la religión náhuatl era simplemente un obstáculo para la procreación o "siembra de gentes", mientras que en la Biblia, recibe una condena más severa y un nombre específico, onanismo, en referencia a Onán, personaje castigado con la muerte por permitir que "su simiente se derramara sobre el suelo".

Con el tiempo, el estigma que pesa sobre la masturbación dejó de ser exclusivamente religioso para volverse condena social o desajuste psicológico. Lo que primero fue pecado, se volvió desorden moral, y luego tara mental, rodeándose de los mitos y defectos que le atribuía la imaginación popular. En algunos lugares, al niño que juega con sus genitales se le siguen dirigiendo las amenazas más absurdas, se le pronostica la locura, la ceguera o la sordera, o la aparición de vellos en la palma de la mano. En la Inglaterra victoriana, y hasta hace no mucho tiempo en hogares muy conservadores, era costumbre cubrir el cuerpo de los niños al dormir con verdaderas corazas de lana, desprovistas de aberturas a nivel de los genitales, para inhibir cualquier tipo de manipulación corporal. Al menor signo de una erección involuntaria, al sujeto infractor (niño o adulto) se le instaba también a someterse a la rápida terapia de una ducha helada, cancelando así toda tentación masturbatoria.

A pesar de todo esto, al autoerotismo se le revalora hoy como un elemento importante y necesario para el desarrollo del desarrollo psicosexual de las personas. No sólo enriquece

la vida sexual de individuos y parejas, sino que se ha demostrado su utilidad terapéutica en personas de la tercera edad o en individuos con algún problema de disfunción sexual o de discapacidad física.

La masturbación, individual o compartida, siempre ha sido una barrera natural contra la transmisión de infecciones sexualmente transmisibles (ITS), pero con la aparición del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), dicha práctica cobró una relevancia mayor como forma indiscutible de sexo seguro. Se recomienda incluso a los jóvenes la masturbación con condón a fin de familiarizarlos con su uso y descubrirles su potencial erótico. Con precauciones mínimas (evitar el contacto del esperma con las mucosas de la pareja) la masturbación compartida deja de ser una mera práctica de estimulación pre-coital, de juego erótico como complemento de las caricias, para volverse a menudo alternativa muy válida a la cópula o penetración sexual.

Tomó muchas décadas de educación sexual liberar a muchos individuos de los complejos de culpa relacionados con la masturbación e inducidos por una moral represiva. La amenaza del sida, y la reactivación del moralismo en materia sexual, creó nuevos sentimientos de culpa.

Por un lado, se rompe con la hegemonía de la cópula como modo privilegiado o único de satisfacción erótica, y por el otro, se exploran múltiples posibilidades de una sexualidad basada en el placer y la ternura, y no ya en el imperativo social y religioso de la reproducción. Muchos hombres que rechazan el uso regular del condón por considerarlo incómodo o inhibitorio de la respuesta sexual, recurren ventajosamente a la masturbación, lo cual es siempre preferible a su recurso a prácticas copulatorias no protegidas. (20)

En el Estudio llamado Actitudes de los y las Adolescentes ante la Sexualidad, realizada en una población de 1208 estudiantes de Nivel Medio Superior del Estado de Chiapas, referente al tema anterior se obtuvieron los siguientes resultados, se puede observar que la actitud del género masculino hacia la masturbación es favorable, aunque existe una parte importante de estos que presenta una actitud dudosa al respecto. El género femenino presenta una actitud dudosa con tendencia a ser desfavorable. Probablemente el resultado obtenido aquí se deba a que el hombre no se le reprime tanto como a la mujer en cuanto a tocar determinadas partes de su cuerpo, particularmente los órganos pélvicos externos.(21)

7.3.- Falta de Experiencia o interferencia en la toma de Decisiones.

Acerca de quién decidió el uso del condón en la primera relación sexual en el estudio denominado, Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, es claro que tanto hombres como mujeres solteros están de acuerdo en que, en general, ella no toma la iniciativa, aunque las mujeres consideran tener más participación al respecto (5.9% de los hombres vs 9.5% de las mujeres). También están de acuerdo en que en un alto porcentaje lo decide el hombre (57.2% de los hombres y 41.4% de las mujeres). Pero hay diferencias sobre si consideran que la decisión fue conjunta o lo decidió él. Las mujeres tienden a afirmar que la decisión es más compartida (49.1%), en tanto que los hombres sólo creen que fue compartida en 36.9%. (22)

Sin embargo otro estudio llamado, Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes, obtuvo los siguientes datos al respecto. El uso constante del condón (“siempre”) fue mayor en varones (35.4%) que en las mujeres, quienes reportaron el uso del condón por su pareja (15.3%) . En los varones, una mayor frecuencia en el uso constante del condón se asoció en forma directa con el estrato socioeconómico, mientras que en las mujeres, el uso constante del condón por sus parejas presentó un comportamiento bimodal, con una mayor frecuencia en los estratos medio y marginado. Considerando a adolescentes de uno u otro género, hubo una mayor frecuencia en el uso constante del condón en estratos socioeconómicos alto y medio que en el bajo y marginado. (23)

En la investigación llevada a cabo por la Dirección de Economía y Políticas de la Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, denominada, El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas, cuyo objetivo fue el de discutir los riesgos, para las jóvenes mexicanas, de las prácticas de sexo a cambio de beneficios sociales o económicos prácticas denominadas como sexo recompensado con el objetivo de debatir sus posibles implicaciones en materia de salud pública, fue un estudio cualitativo efectuado entre septiembre de 2001 y diciembre de 2002, en población juvenil (15 a 25 años de edad) residente en Cuernavaca, Morelos, México.

Aunque dentro de una práctica de Sexo Recompensado (SR) se establezca una situación de dependencia económica y/o social del joven (ya sea varón o mujer) hacia el/la recompensador(a), se propone asimismo que las repercusiones (en términos de riesgo frente a las ITS) son muy distintas entre varones y mujeres

“Yo tenía 15 y ella tenía 21, era la hermana de mi mejor amigo [¿usaban condón?] Sí, la mayoría, todas las veces... La verdad hacerlo sin condón es una cosa maravillosa, es muy diferente, pero no vale la pena el susto” (entrevista 05, varón).

La segunda, formada principalmente por mujeres, con uso declarado menor: [negociando condón con su pareja] yo más bien aceptaba las condiciones como llegaran, y sí, alguna vez lo comentamos.

“No, no, no espérate no me late y no me gusta”, y bueno hasta ahí se quedó (entrevista 02).

De cierta manera, la incapacidad de cualquier joven para negociar sexo seguro dentro de una práctica de SR está íntimamente ligada con la construcción de género. Se puede también subrayar una presencia fuerte del riesgo en las entrevistadas a contraer ITS y en particular el VIH/SIDA:

“Aquí no hay porcentaje (riesgo de contraer el VIH/ SIDA), tanto tienes la probabilidad de que eres virgen y te acostaste con él y ¡pum! Creo que en ese sentido no existe el porcentaje. Que si me siento más arriesgada por la vida sexual que llevo, o por la manera de exponerme, salir de un antro a las cuatro de la mañana y tener el riesgo de que me violen o cosas así, creo que estoy más expuesta a peligros, pero en cuestión del SIDA no hay porcentaje” (entrevista 07).

“...seguro me daba terror pensar (el riesgo de contraer el VIH/SIDA), de hecho una vez tuvimos un

entramamiento por una persona que se infectó de SIDA al parecer que era portador del virus del SIDA, porque era una persona que había andado con él antes de que andará conmigo y esa persona me lo confesó a mí porque yo era su amiga. "(ex pareja de la pareja) Yo ando y toda la cosa... Soy portadora". Sí, no, olvidate fue un muy buen susto que nos llevamos eh... Pues de hecho tú sabes que el virus no se desarrolla inmediatamente aunque ya se puede detectar, nos fuimos a hacer unos estudios inmediatamente "negativo", a los seis meses nos volvimos a hacer estudios: "negativo", al año "negativo", a la fecha yo no me he hecho más estudios, de él no sé pero que había arrojado, pero sí fue un muy buen susto" (entrevista 02).

Aunque se encontró en las entrevistas que los jóvenes ya han construido una noción de riesgo asociado con el VIH/SIDA, adecuado con la normatividad médica, las jóvenes involucradas en una situación de SR bajo la "denominación" de noviazgo continúan siendo incapaces para negociar el uso del condón. Varios factores explicativos (valores-comportamientos), que tienen que ver con una construcción social de las relaciones entre hombres y mujeres dentro de un noviazgo son mencionados por estas jóvenes, los cuales pueden ser vinculados directamente con el noviazgo. Por lo tanto, estos valores y el papel de sumisión asignado a una mujer dentro de un noviazgo limitan su margen de negociación, el cual les permitiría ejercer una sexualidad protegida.

Los peligros de los valores del noviazgo enunciados por las entrevistadas. Participar en el SR dentro del noviazgo coloca a estas jóvenes en una situación "difícil" para ellas, dados los valores de confianza y de fidelidad alrededor de los cuales dicen organizar esta forma de relación. Si bien en las entrevistas se encontró una construcción del riesgo asociado con el VIH/SIDA adecuada con el saber científico (elemento descrito por la literatura como factor que favorece prácticas de sexo protegido), las jóvenes involucradas en una situación de SR dentro de un noviazgo describen la incapacidad para negociarlo; y manifiestan la imposibilidad de cuestionar la salud o la conducta sexual de su pareja, puesto que se puede interpretar como una falta de confianza hacia éste. Como lo explica una entrevistada, hablando de su percepción de confianza dentro del noviazgo:

"... si se supone que son novios debe haber confianza, porque es el momento en que tú le dices que utilice un condón, allí se termina la confianza. Es una prueba de que está viéndose con otras personas, es un riesgo que corres..."

La fidelidad, otro valor fuerte del noviazgo, limita asimismo la posibilidad de negociar el uso de condón por parte de las jóvenes entrevistadas, dado que sería reconocer para la joven una vida sexual fuera de la relación y así salir del marco autorizado socialmente de su sexualidad, así como sospechar de la infidelidad de su pareja. En otros términos, la incapacidad de decir la verdad tiene implicaciones fuertes sobre la posibilidad de negociación de un condón:

"Se supone que si es tu novio, hay una confianza y hay un respeto. Que supuestamente la palabra mundial, como matrimonio, lo hace, es un compromiso que tú tienes con esa persona; dado ese compromiso no utilizas condón porque supuestamente tú no tienes otras parejas, y claro que jamás se lo vas a decir a tu novio o a tu esposa; por eso no utilizas el condón" (entrevista 07).}

Aun cuando se tengan evidencias de infidelidades de la pareja, en el SR éstas se pasan por alto para mantener los beneficios de la relación y no se negocia el uso del condón, que pondría en evidencia la infidelidad. Así, la joven no puede negociar condón por los valores presentes en el noviazgo, aunque tenga conciencia del riesgo frente a las ITS que puede

presentar la pareja por su actividad sexual fuera de la relación, como lo explicaron varias entrevistadas. El hecho de que los jóvenes no tengan que adherirse a un principio de fidelidad puede explicar mayor facilidad para abordar el uso de condón, aunque estén en una situación de dependencia económica y/o social frente a la pareja que da la recompensa.

Cabe aclarar que los peligros potenciales de los valores asociados con el noviazgo son los mismos que los presentes en el matrimonio y pueden representar una fuente de vulnerabilidad frente a las ITS de las mujeres, las cuales, también en México, son infectadas por el VIH/SIDA por los esposos. Este estudio en Cuernavaca ha permitido subrayar los riesgos frente a las ITS de las jóvenes que participan en SR. Para mantener oculto el ejercicio de la sexualidad como medio para conseguir bienes sociales o económicos, ellas desarrollan el SR dentro de un noviazgo y así se someten a reglas y comportamientos que las limitan en el ejercicio de una sexualidad protegida y que las exponen a las ITS, así como a situaciones de violencia física y simbólica. En otros términos, si bien la práctica de SR en sí misma puede no constituir una práctica de riesgo, se vuelve riesgosa por las condiciones en las que se desarrolla y la población que la practica.

Otro punto que destaca esta investigación se refiere a la persistencia de una estructura de poder de género que dificulta el ejercicio de una sexualidad protegida. Desgraciadamente, persiste y se puede todavía observar entre las jóvenes una “falta de poder en torno a su vida y a su sexualidad” mencionada hace varios años. Esta persistencia es aún más preocupante dados los resultados del presente estudio en Cuernavaca, los cuales se refieren a una población joven, escolarizada (dotada de un capital cultural) y urbana, a la cual llegaron las campañas de prevención de lucha contra las ITS y que son, en teoría, menos vulnerables que sus equivalentes rurales con capitales sociales y económicos distintos. El SR parece representar para las jóvenes de Cuernavaca, por lo menos, ya inmersas en un sistema cultural que las coloca en una situación de dominación, una posición de mayor vulnerabilidad que les dificulta el ejercicio de una sexualidad protegida.

No se puede negar el carácter profundo y estructural de los cambios que se deben promover para reducir la vulnerabilidad de las jóvenes hacia las ITS. No obstante, no se trata de iniciar desde el principio los programas de capacitación o educativos cuyo objetivo es definir e introducir en otro lugar a la mujer para que pueda tener menor vulnerabilidad en salud, en el trabajo, etcétera (24)

7.4.- Percepción de amenaza a los valores personales.

Ya que la sexualidad humana es parte integral del individuo, el apropiado ejercicio de la misma, de acuerdo a las características biológicas, psicológicas y sociales del sujeto, le proporcionará una vida más plena y gratificante. La investigación de la actitud en torno a la sexualidad es de gran importancia sobre todo en la adolescencia, ya que es un grupo de alto riesgo en el cual una actitud poco responsable, o bien, inadecuada, puede condicionar patrones conductuales que alterarían el adecuado y placentero ejercicio de la sexualidad, con consecuencias que a veces pueden afectar el funcionamiento posterior del individuo.

La investigación en la sexualidad es, pues, escasa y reciente en México y la existente se ha

desarrollado con enfoques muy específicos: psicológico y médico. La actividad que más se ha desarrollado en el país es la terapéutica y educativa, pero con orientación básicamente biomédica y de psicología clínica, todo ello con la finalidad de elaborar material educativo que intenta modificar actitudes y conductas consideradas como problema. Y de ahí la importancia de revisar todo aquel comportamiento y principalmente las actitudes que están dentro de un desarrollo globalizado, que da cuenta de los intereses, tendencias y necesidades propias del adolescente. En el Estudio antes citado referente a las Actitudes de los y las Adolescentes ante la Sexualidad, se obtuvieron los siguientes datos;

Actitudes de los y las Adolescentes ante la Sexualidad.

- Relaciones Coitales. En este renglón se puede observar con mucha claridad una marcada diferencia actitudinal en ambos géneros, mientras que la actitud es más favorable en el género masculino ante las relaciones coitales antes del matrimonio, la actitud del género femenino a esto es más desfavorable. En este sentido es posible observar que este resultado evidencia el hecho de que en este grupo poblacional se refleja una doble moral sexual muy arraigada aún en nuestra cultura: mayor permisividad en el hombre y mayor represión en la mujer, lo que hace que la actitud del género masculino hacia las relaciones premaritales sea más abierta.
- Virginitad. En éste aspecto se marca una actitud favorable hacia la virginitad por parte del género masculino y existe en una parte de este grupo una actitud dudosa. El género femenino tiene una actitud más desfavorable hacia la virginitad. Esto probablemente indica que el género masculino sigue considerando a la virginitad cómo un valor importante en la mujer, lo que refleja la presencia de aspectos culturales muy arraigados en este grupo poblacional.
- Anticoncepción. Aunque se puede ver que el género masculino presenta una actitud más favorable a la anticoncepción, el género femenino en cambio presenta una actitud dudosa con tendencia desfavorable. Esto probablemente esté evidenciando un desconocimiento en forma global de lo que significa el término anticoncepción por parte del género femenino y de las ventajas que ello ofrece a la población de jóvenes coitalmente activos o bien que las adolescentes consideran aún a la maternidad como una buena opción.
- VIH/SIDA. El género masculino presenta una actitud más favorable hacia relacionarse con individuos portadores del VIH-SIDA, mientras que el género femenino la actitud es desfavorable. Aquí se midió la tendencia actitudinal a relacionarse con individuos VIH positivos o enfermos de SIDA. Probablemente esto indique una falta de mayor conocimiento sobre el tema, puesto que a la mujer se le niegan con frecuencia los espacios para recibir este tipo de información con relación al género masculino, o bien, también podría significar cierto rechazo a otras preferencias sexuales diferentes a la heterosexualidad, pues al VIH-SIDA se le relaciona estrechamente con la preferencia homogenérica.
- Pornografía. La actitud ante la pornografía muestra una diferencia marcada entre

ambos géneros, mientras que el género masculino presenta una actitud muy favorable hacia ella, el género femenino muestra una actitud muy desfavorable ante tal aspecto. Probablemente esto se deba a que al hombre se le dan mayores libertades para que explore en este sentido y a la mujer se le limita más a ello, puesto que socialmente cuanto menos conozca o sepa acerca de la sexualidad se le considera más pura por lo tanto su valor es mayor en la sociedad.(25)

En México los jóvenes ejercen su sexualidad en medio de mensajes cruzados de la moral católica y la evidencia científica. Ninguno de ellos es definitorio y más bien coexisten en la mentalidad de las personas que actúan según su propios deseos, necesidades y su particular manera de ver el mundo.

El Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, recién concluyó el estudio *Virginidad e iniciación sexual: experiencias y significados*, en el cual detectó que ha dejado de prevalecer el discurso religioso como condicionante de la actitud sexual de las personas. Anteriormente, comentó, prevalecían discursos totales, algo era bueno o malo; ahora los jóvenes están tratando de encontrar un sentido propio en el mundo de significados que reciben de diferentes fuentes de información (radio, televisión, revistas).

Si bien los adolescentes entrevistados reflejaron un código moral que pretendía regular el acceso sexual de los hombres a las mujeres y proscibía toda expresión sexual de parte de éstas fuera del matrimonio, en los hechos prácticamente todos justificaron el coito extramarital ante la presencia del amor y, en ocasiones, como un derecho de cada individuo, sea hombre o mujer.

La virginidad sigue siendo considerada indispensable para que una mujer sea merecedora de la promesa de matrimonio, señalaron las personas objeto de estudio, pero para los jóvenes no es fundamental esta condición para decidir si se casan o no con la mujer que ha tenido experiencias sexuales previas. Con excepción de los participantes urbanos, quienes en el discurso otorgaron a la mujer un mayor derecho al deseo sexual, todos los demás hombres entrevistados sostuvieron que es prerrogativa del varón aceptar o repudiar a una joven de la que se sospecha que no es virgen.

Las encuestas arrojaron información sobre dos tipos de saber respecto a la sexualidad: el conocimiento científico, provisto por las escuelas, y el saber sensual. Para ambos sexos es aceptado el primero. Consideraron necesario el conocimiento de los aparatos reproductivos y de los métodos de planificación familiar, entre otros; pero el conocimiento sobre el placer, el disfrute del acto sexual es prerrogativa de los hombres. Una mujer que demuestra tener este conocimiento indica que ha tenido experiencias previas y, por lo tanto, no es merecedora de respeto ni de una promesa de matrimonio. (26)

7.5.- Sistema de Soporte Deficitario.

Los padres se sienten incómodos al tratar el tema con los hijos, esperando con frecuencia que sea tratado en la escuela o cuando sean mayores. Cuando se deciden a hacerlo, les hablan de la menstruación y del embarazo, como si eso fuera todo lo que saben de

sexualidad. El joven percibe la situación incómoda (por la falta de información) y así busca en otras fuentes: los amigos, las revistas o libros; información que no siempre es la mejor y donde hace falta especialmente la reflexión que enriquezca sus vivencias, que ayude a tomar decisiones.

En México, los jóvenes de bachillerato reportan haber recibido educación sexual de las siguientes fuentes: Para los hombres: 20% madre, 28% padre, 39% maestro, 39% textos. Para las mujeres: 64% madre, 11% el padre, 29% las amigas, 37% maestra, 31% textos.

Es claro que los padres juegan un rol, pero no tan importante como debiera ser. Llama la atención que las mujeres mencionan a la madre en el más alto porcentaje, en contraste con el más bajo al padre. En cambio para los varones ambos progenitores se mencionan en un porcentaje bajo (20 y 28%). Relacionando esto con la comunicación podríamos decir que existe un nivel bajo de comunicación en sexualidad de los adolescentes con sus padres.

Otro problema de comunicación es que los padres, creyendo conocer al hijo, no se dan tiempo para compartir con él; no hay espíritu de sacrificio, el trabajo es lo más importante en su vida y no le permite relacionarse más profundamente con ellos, no hay una actitud de compartir y de gastar el tiempo en divertirse juntos y así la relación se va haciendo cada vez más débil. Se suma a esto la característica de los padres que generalmente no saben escuchar. Frente al acercamiento del hijo responden con sermones, amenazas, preguntas, juicios, amonestaciones, sin escuchar lo que el hijo está pidiendo, logrando entonces un distanciamiento del hijo. Lo que en ese momento iba a comentar ya no se vuelve a tratar con el padre. De todas maneras, el padre siempre tiene una explicación razonable para su conducta, sin complicaciones en pensar lo que ésta puede producir en su hijo. Realmente son modelos de comunicación fríos, rígidos, sin afecto que dificultan el desarrollo del adolescente.

Tiene que crearse en la familia un ambiente propicio para lograr que todos sus miembros crezcan interiormente, que se transmitan valores humanos fundamentales para una convivencia sana, armoniosa. Sumando a estas dificultades en la comunicación hay mitos que tienen los padres en relación a tratar temas de sexualidad con sus hijos: 1.- "Creen que para educar en sexualidad tienen que ser expertos en la materia". No comprenden que lo que el hijo necesita es poder examinar esta área con alguien que los quiere y a quien ellos respetan y quieren. Los hijos aceptan las limitaciones de los padres si estos las reconocen, no así cuando engañan haciendo creer que todo lo saben, que son perfectos. 2.- "Creen que tienen que sentirse cómodos al tratar el tema con los hijos". La incomodidad que sienten los padres es natural ya que es un área que atañe a la intimidad. Lo que se comparte debe servir al hijo, se trata de favorecer el desarrollo del adolescente como persona, facilitando la integración de su sexualidad como pareja y que ésta le proporcione satisfacción y una vida plena, sana... 3.- "Creen que tienen que cambiar sus actitudes para no ser calificados como "anticuados" o retrógrados" Los hijos adolescentes respetan al padre como es: no requiere hacerse el jovencito para poder comunicarse con su hijo, más aún, esto les molesta.

El padre debe ser amigo, afectuoso, pero también debe ser capaz de poner límites. Podríamos agregar otro mito: se piensa que a más conocimiento de los hijos sobre sexualidad, mayor probabilidad de relaciones sexuales precoces. En relación a las

relaciones sexuales prematrimoniales: la buena comunicación con los padres se asocia a una menor probabilidad de actividad sexual premarital, especialmente en el caso de la adolescente mujer. Esto se explica porque si hay una comunicación abierta, los adolescentes están más receptivos y dispuestos a compartir sus inquietudes con sus padres y estos podrán transmitirle sus valores y puntos de vista basados en sus propias experiencias. El joven mejor informado toma decisiones con mayor responsabilidad y madurez. Estos mitos los observamos una y otra vez en nuestro trabajo con padres de adolescentes. los padres temen la comunicación abierta con sus hijos, pero les interesa mejorar esta situación.(27)

La importancia de la familia radica en el hecho de que es el primer ambiente donde el hombre pertenece y aprende pautas de comportamiento, realiza funciones básicas como la de protección física y alimentación, es su responsabilidad socializar a sus miembros y modelar conductas relacionadas con la salud como el consumo de alimentos, la práctica del ejercicio, la ingesta de sustancias adictivas como el tabaco, alcohol y otras drogas. El desarrollo psicoemocional ocurre dentro de una atmósfera familiar determinada que influye en el estado de salud futuro. La familia es el ambiente social más íntimo, es una fuente de estrés o de ayuda social que afecta a la salud del individuo.

La familia es el núcleo al cual los servicios de salud pueden tener un acceso directo para intervenir, de ahí su importancia en el estudio con la salud y la enfermedad.

La familia como primer ambiente socializador del hombre transmite una amplia gama de conductas, comportamientos, valores, cultura, estilos de comunicación, estrategias de solución a problemas y delinea patrones y actitudes hacia el cuidado de la salud. Se sabe que esta transmisión de cultura familiar motiva muchos de los comportamientos del ser humano que aparentemente son de carecer individual.

La interacción entre los miembros de la familia es altamente predecible. En las primeras etapas, los padres dan dirección a casi todas las conductas del niño y son obedecidas sin mayor dificultad. Para el niño, sus padres son el centro de su vida y representan una fuente importante para la satisfacción de sus necesidades. En cambio, durante la adolescencia, las relaciones familiares cambian sustancialmente: para el adolescente sus padres ya no son lo que significaban para el niño y trasladan todas sus lealtades y dependencia hacia sus pares. La serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren durante la adolescencia generan necesidades y problemas de salud que requieren de atención, sin embargo, se ha encontrado en investigaciones recientes que la población adolescente, por lo general, no utilizan los servicios de salud y emprende otras estrategias para solucionar sus problemas como la automedicación, pide orientación a sus maestros y amigos y se documenta en libros para resolver sus dudas.

Se ha reportado que la familia ejerce influencia para que el adolescente utilice o no los servicios de salud. Los estilos de comunicación funcional permiten una mayor expresividad de los problemas de los adolescentes y no sólo sentimientos de bienestar, así como un mayor apoyo familiar para la búsqueda de estrategias de solución.

Aunque el adolescente dependa más de sus pares para ciertas cuestiones que de sus propios

padres, la familia sigue siendo un ámbito importante donde el adolescente satisface muchas de sus necesidades de salud y encuentra apoyo u obstáculos para su satisfacción. Los resultados de dicha investigación fueron los siguientes:

El subsistema parenteral promueve el uso de los servicios-incluso coercitivo- ante situaciones que no pueden ser resueltas por la familia y cuando se percibe gravedad o desconocimiento de los padecimientos.

"...por ejemplo, hoy me salió un granito aquí y tus papás te dicen: vamos con un especialista, quién sabe qué será..."

"Yo tenía una bolita, no me dolía, pero como estaba muy grande, mis papás pensaban que era maligna y me llevaron con un doctor". "depende de la situación, porque no te mandan cuando traes una gripita, te dicen ándale vé, ándale vé, cuando es algo más grave...y si no les haces caso, te llevan ;".

La prescripción de medicamentos por parte de los padres (analgésicos, antibióticos, antigripales y asintomáticos) juega un papel importante para que no utilicen los servicios de salud.

"hay veces, que me dice mi mamá que te tienes que tomar esta pastillita para el dolor..."

"si yo me siento mal o algo me pasa, mi mamá me dice qué tome, que una aspirina, un tabcin, y si no se me quita ya vamos al seguro".

"Las mamás te dicen cuídate, no tomes frío, compra medicina, ponte un sweater, vete al seguro".

La red de apoyo familiar facilita una eficiente atención en los servicios de salud.

"atienden bien y rápido a los familiares de los doctores que trabajan en los centros de salud, yo fui una vez con mi tía que trabaja en una clínica del seguro y me atendieron rápido"

El subsistema fraternal juega un papel importante en la solución de problemas de salud de los adolescentes.

"con mi papá para nada de sexo, con mi mamá muy poco, cuando necesito algo les digo a mis hermanas".

"hablas con tus hermanos más grandes y ellos te dan consejos, te dicen hazle así".

"a veces que tienes dudas de si tu desarrollo es normal, le preguntabas a tus hermanos mayores y ya ellos te revisan y te dicen qué onda..."

Se observó un alto grado de conductas estereotipadas para la solución familiar de los problemas.

"... es que primero ves si tú lo puedes resolver, si no, les dices a tus papás, si tampoco pueden, ellos agarran el patín y te llevan a donde se ocupe".

"en vez de que tus papás te lleven al Centro de Salud, te resuelven el problema, yo una vez ocupaba un certificado de salud y mi papá me lo consiguió sin necesidad de ir".

"...puedes ir a la farmacia a comprar una pastilla de las que anuncian en la televisión, y si ya de plano no se te quita, pues vas al hospital"

En las mujeres se encontró que se promueve el uso de los servicios en problemas de tipo ginecológico con acompañamiento familiar –por madres, tías y abuelas-

"le tengo mucha confianza a mi mamá y a ella le cuento todo, como no me llega la regla y ya ella me dice te acompaño con la ginecóloga..."

"...también con las abuelas, ellas te dicen si ocupas ir o no con la doctora y hasta te llevan a fuerzas"

"...hay personas que tienen quistes en los ovarios y no van porque ¡hay me da pena! A mi me crecieron mucho los senos y mi tía me dijo no vaya a se cáncer y yo no quiero ir, pero ella me llevo".

La orientación y educación en sexualidad es un área que la familia casi no toca con los varones, por lo que el adolescente visualiza a los servicios como útiles para consultar sobre su salud sexual y reproductiva.

"...a los padres todavía les da miedo decirles a sus hijos cómo se hacen las cosas, pues, educarlos sexualmente, todavía les da pena, como que se agüitan al decirle hijo, sabes que esto es así y esto es así, y es cuando a uno le sale la curiosidad y busca programas de radio, campañas del sector salud etc..."

"para platicar de eso con mis papás yo me la pienso, de anticonceptivos y eso, como que a mi no me interesa, porque dicen que hay que vivir la vida a tiempo, y no creen que ya tienes esos problemas".

"...por ejemplo, si él quiere acudir a mi por un problema que no puedo solucionarlo, yo le digo, vente vamos con tal gente que si sabe" (28)

7.6.- Falta de Información Relevante.

En el inicio del siglo XXI permanecen interrogantes que requieren más y nuevas investigaciones. Entre ellos, la conducta sexual de los adolescentes en un mundo con considerables riesgos para la salud, deviene objeto de relevancia política y científica. Una preocupación para los investigadores y las autoridades es cómo brindar conocimientos a los jóvenes que les permitan prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas el SIDA.

Con el objetivo de diseñar programas efectivos de educación sexual se realizaron varias investigaciones para determinar cuáles son los canales de información que más utilizan los jóvenes en materia de sexualidad. Se ha hecho énfasis en las redes de comunicación sobre temas específicos como embarazo, anticoncepción masturbación, SIDA/infecciones de transmisión sexual, noviazgo, etc.

En el contexto de estudios regionales, Ibáñez y Odriozola hicieron una encuesta entre jóvenes universitarios de Puebla. En esa investigación interesaba conocer las fuentes de educación sexual usadas, según temas y sexo de los entrevistados. Las fuentes más importantes fueron los amigos y los padres para las mujeres, en tanto que para los hombres lo fueron los amigos y los libros. Otro estudio, realizado en Aguascalientes, encontró que "salud sexual" es el tema preferido sobre el que los adolescentes (entre 14 y 22 años) de

escuelas de nivel medio superior desearían conocer más, en el área de educación sexual. Los varones declararon acudir a resolver sus dudas sobre sexualidad principalmente con los amigos, seguidos casi en el mismo nivel por el maestro, el padre y la madre. Las mujeres, en cambio, prefirieron acudir en primer lugar con la madre, y en segundo lugar con los amigos.

En el ámbito nacional, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) realizó la Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior. Los resultados de esta encuesta indican que entre los canales que más proporcionaban información sobre sexualidad los varones refirieron a los maestros, los amigos y el padre, en tanto que las mujeres mencionaron a la madre, las maestras y las amigas. Conforme aumentaba la edad de los entrevistados, la familia iba dejando de ser un interlocutor importante, incrementándose la presencia de los médicos y los libros. Más recientemente, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar aplicó una encuesta a adolescentes de entre 13 y 19 años de edad en sus zonas de influencia. Una de las preguntas se refería a la persona preferida para que les hablara sobre el SIDA. Los médicos fueron mencionados en primer lugar tanto por varones como por mujeres, seguidos por los maestros. Las mujeres consideraron a los padres en un nivel de importancia muy semejante al de los maestros, a diferencia de los varones, entre los cuales la preferencia por los padres fue menor. En esta encuesta, los amigos no aparecen como fuente deseada de información sobre SIDA.

Buena parte de las diferencias entre los resultados de investigación pueden deberse a que las preguntas formuladas en las distintas encuestas no eran semejantes. Así, hablar sobre el SIDA remite a situaciones de interacción entre los participantes del acto de habla y puede incluir la comunicación de experiencias personales. En cambio, recibir información sobre el SIDA tiene una connotación más estática, donde los componentes parecen ser un "transmisor" capacitado y un receptor pasivo. En situaciones de este último tipo, se privilegian los conocimientos científicos sobre el tema más que el intercambio sobre experiencias personales. Por esta razón, las respuestas de los jóvenes pueden ser totalmente distintas según cómo se haga la pregunta. Los interlocutores de "hablar sobre SIDA" no necesariamente son los mismos que los "informantes sobre SIDA".

Respecto a la actividad sexual, ser sexualmente activo sólo es significativo cuando los adolescentes platican con amigos o con el maestro, y no es significativo para los adolescentes que declaran hablar sobre el SIDA con el padre, con la madre, o con ambos, comparados con aquellos que no hablan con nadie.

Los sexualmente activos hablan 1.3 veces más con los amigos que los sexualmente inactivos y, a su vez, los inactivos hablan 1.7 veces más con sus maestros que los activos, en comparación con los que no hablan con nadie, lo que podría ser indicativo de que los sexualmente activos hablan menos con los adultos que con los pares, aunque debe tenerse en cuenta que los valores son pequeños.

En este estudio se había postulado la hipótesis de que los que trabajan hablan menos con los adultos sobre el SIDA que los que no trabajan, comparados con los que no hablan con nadie, y esto parece verificarse. En términos generales, los que no trabajan hablan más tanto con adultos como con pares que los que trabajan, en comparación con los que no

hablan con nadie. Y la magnitud parece ser mayor con los adultos (padre: 1.7 veces más, madre: 2.1 veces más, maestro: 1.7 veces más) que con los amigos (1.2 veces más).

Otro supuesto era que a mayor escolaridad del padre, los adolescentes hablaban más en el ámbito familiar (padre, madre y padre-madre). Lo que se verifica es que a mayor escolaridad del padre, los jóvenes hablan más con todas las categorías de la variable dependiente, respecto de los que no hablan con nadie y a los padres que no tienen escolaridad. Pero hablan aún más con el padre y con el padre y la madre en conjunto, a medida que aumenta la escolaridad del padre. Así, la categoría con valor más alto corresponde a los adolescentes con padre que tiene nivel superior completo.

El ámbito familiar, representado en esta investigación por padres y madres, se constituyó en el escenario privilegiado por los adolescentes que no trabajan, son sexualmente inactivos y tienen padres que han alcanzado mayor escolaridad, para platicar sobre contagio o prevención del SIDA, el uso del condón, etcétera. Si bien, en términos generales, estos adolescentes manifestaron que hablan sobre el SIDA en el ámbito familiar, hay que recordar que el sexo de los jóvenes condicionó la elección del interlocutor, en la medida en que los hijos prefirieron platicar con el padre y las hijas con las madres.

Por otra parte, teniendo en cuenta el ámbito extra-familiar, pudimos observar que los sexualmente activos son quienes reconocen a los amigos y a los maestros (en ese orden de importancia) como sus interlocutores para hablar sobre el SIDA. La actividad sexual parece propiciar un mayor acercamiento entre pares, relegando el ámbito familiar a un segundo lugar. (29)

En la investigación denominada Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, respecto del conocimiento que los adolescentes tienen sobre métodos de protección contra las ITS resalta que entre los solteros sexualmente activos casi uno de cada cuatro hombres (23.8%) y casi una de cada dos mujeres (40.9%) no conoce ningún método. De aquellos que mencionaron conocer métodos de prevención de ITS, la gran mayoría consideró el condón como mejor método (88% de los hombres y 92% de las mujeres). El peso de la abstinencia fue mayor en las respuestas de los hombres que de las mujeres (9% *versus* 6%). Finalmente, la monogamia (catalogada en la encuesta como relación fiel), es considerada como el mejor método de prevención de ITS en una proporción mucho menor que las dos categorías anteriores, pero mayor en hombres que en mujeres (2.5% contra 1.7%). Las diferencias entre hombres y mujeres respecto al mejor método no fueron estadísticamente significativas.

Finalmente, los factores cognitivos también fueron incluidos en el análisis. El conocimiento de cómo prevenir las ITS es un factor antecedente. Esto significa que el conocimiento de que las relaciones sexuales pueden acarrear consigo riesgos de infección y de que el uso del condón previene la transmisión de esas infecciones son pre-requisitos para poder tener sexo protegido. Sin embargo, aun teniendo los conocimientos, ésta no es una condición suficiente para que el sexo protegido ocurra. De todas maneras, suponemos que el contar con información de métodos de prevención de ITS hace más probable el uso del condón. (30)

En el estudio denominado Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el SIDA en adolescentes de México, se realizó una encuesta por muestreo mediante un cuestionario anónimo y confidencial de autoaplicación validado sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas relativas al VIH/SIDA. Se entrevistaron 1.410 adolescentes (711 varones y 699 mujeres) de 15 a 19 años de edad (promedio 16,9 años) de los distintos estratos socioeconómicos (alto 11,2%; medio 40,4%; bajo 30,1% y marginado 18,2%) de la ciudad de Guadalajara, México, entre junio de 1995 y marzo de 1996. Se obtuvieron los resultados que a continuación se mencionan respecto al Nivel de Conocimientos sobre el VIH/SIDA; los adolescentes poseen un nivel regular de conocimientos sobre VIH/SIDA (media=13,94 respuestas correctas sobre 24, con una media mayor en los varones (14,23) con respecto a la media de las mujeres (13,65). Las medias de conocimiento de los estratos alto (15,70) y medio (14,26) son significativamente diferentes a las de los estratos bajo (13,51) y marginado (12,85) Cuando se evalúa el nivel de conocimientos sobre formas de *transmisión* del VIH se observa también una media *regular* (media=6,44 respuestas correctas sobre 13. Se encontró una diferencia significativa entre la media del estrato alto (6,80) frente a la del estrato marginado (6,17).

Un resumen de los aspectos más conocidos sobre el SIDA es el que sigue: El SIDA es mortal (90,5% de respuestas correctas). Es causado por un virus (79,3%) para el cual no existe una vacuna disponible (71,8%). Su efecto más importante en el organismo es el de disminuir las defensas (76,9%). El virus podría ser transmitido por relaciones coital con prostitutas sin usar condón (89,1%), por compartir agujas y jeringas usadas (88,8%), por relaciones coitales con cualquier persona que tiene el virus (86,9%) y por mujeres embarazadas infectadas a sus bebés (75,6%). Y, no hay riesgo de transmisión del virus si se trabaja cerca de alguien infectado (76,8%) o si se juega con un niño infectado (69,1%). En cambio, el resumen de los aspectos en los cuales hay más problemas de conocimiento es el que sigue: a) "El cloro mata el virus que ocasiona el SIDA" (7% de respuestas correctas). b) El riesgo de infectarse al ir a una "clínica dental o a un centro de salud usado por gente con SIDA" (14,8%), al ser picado por mosquito (40,6%), al usar sanitarios públicos (42%) y al compartir platos, cubiertos o vasos con alguien infectado (59,1%). c) "El virus es capaz de cruzar el hule de los condones" (23,5%), "los condones se dañan y caducan" (51,1%), y "el uso adecuado del condón puede prevenir del virus" (55%). d) "La diferencia entre tener el virus del SIDA y tener la enfermedad SIDA" (35,7%). e) "Una persona que tiene el virus puede verse bien o sentirse saludable" (26,7%) y "mirar a una persona es suficiente para decir que está infectada con el virus" (59,4%). f) "Los adolescentes no tienen SIDA" (35,7%). (31)

7.7.- Fuente de Información múltiple o divergente.

Se tiene reportado que los adolescentes han experimentado en las últimas décadas un cambio en sus actitudes hacia la sexualidad, debido a que el tema es tocado cada vez más en todas las esferas sociales y sobre todo en los contenidos de los medios de comunicación que han pasado a ser una de las más importantes fuentes de información en el tema. Hay un debate en la comunidad científica sobre si la actitud de los adolescentes es ahora más permisiva o más conservadora que antes, con resultados de indagación y argumentos contrapuestos.

Distintos estudios en adolescentes han encontrado que las inquietudes de los varones tienden a ser más liberales que las de las mujeres y que hay correlación positiva entre actitudes más liberales y prácticas sexuales más activas. Algunos factores asociados a las actitudes hacia la sexualidad que reportan los estudios son: la autoestima, la funcionalidad familiar, el grado de participación religiosa, problemas afectivos, el consumo de alcohol y drogas, la práctica delincinencial, el estrato socioeconómico, la edad y otros. El enfoque del “Análisis de Cultivo” propone que la televisión es un agente simbólico de socialización que contribuye a la formación en los televidentes de percepciones y creencias sobre el mundo real. El efecto de cultivo consiste en que los televidentes más expuestos a la televisión tenderán a tener actitudes y conductas más parecidas a las que se proponen como válidas en los contenidos de la programación televisiva, por efecto de la repetición acumulativa y sistemática de valores en los mensajes que se difunden.

Bajo el enfoque del “Análisis de Cultivo” se puede plantear que la alta exposición a materiales con contenidos sexuales podría sesgar las percepciones de los adolescentes sobre la cantidad y tipo de prácticas sexuales que realizan los ciudadanos de su sociedad. El propósito de la investigación fue el de relacionar el nivel de exposición a la televisión y variables de expresión familiar, de importancia de la religión y sociodemográficas (género, estrato socioeconómico, edad y ocupación) con las actitudes hacia tener múltiples parejas y tener relaciones coitales prematrimoniales.

Se realizó un estudio de tipo transversal con niveles de análisis descriptivo y correlacional. Se desarrolló una encuesta por muestreo mediante la aplicación de un cuestionario estructurado anónimo y confidencial de auto aplicación, en la Ciudad de Guadalajara, entre julio de 1995 y marzo de 1996.

Los resultados fueron los siguientes. Variables sociodemográficas. Se entrevistaron 1,410 adolescentes (50.4% varones y 49.6% mujeres) de los diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara: estrato alto=11.2%, medio=40.4%, bajo=30.1% y marginado=18.2%. La edad de los entrevistados varió entre los 15 y 19 años (media 16.9 años). La ocupación predominante fue “solo estudia”=53.0%, seguida de “sólo trabaja”=22.0%, “no trabaja ni estudia”=12.3%.

Aspectos de Familia. Los adolescentes entrevistados indicaron que la libre expresión de opiniones dentro de su familia se daba: siempre=29.6%, frecuentemente=22.4%, algunas veces=26.9% y rara vez o nunca=21%. Respecto a que los padres o tutores pongan reglas para ver la televisión se halló que 47.8% nunca tuvieron reglas, 32.8% casi nunca y 19.4% las tuvieran casi siempre o siempre.

Importancia de la Religión. 96.5% de los entrevistados dijeron ser católicos, 1.3% protestantes y el resto de otros cultos. Respecto a la importancia de la religión para resolver los problemas cotidianos de la vida, 46.4% dijeron que es “muy importante”, 43.2% “algo importante” y 10.4% que “no es importante”.

Niveles de exposición a la televisión. Es más frecuente un nivel pasado de exposición a la TV (con un promedio de 25.2 horas semanales y una media de 3.6 horas diarias), debido a que éste es ejercido por 36% de los adolescentes. La exposición pesada es más alta cuando

la edad es mayor, el estrato socioeconómico es alto, el género es masculino y la ocupación no implica actividades laborales fuera del hogar.

Actitudes hacia las relaciones sexuales previas al matrimonio y al tener múltiples parejas y su relación con variables religiosas, familiares y de exposición a la T.V. La mayor parte de los adolescentes tiene actitudes negativas hacia las relaciones sexuales antes del matrimonio y el tener múltiples parejas sexuales. Por ello es que 17.1% (23.5% de varones y 4.7% de mujeres) a favor de tener múltiples parejas sexuales.

La actitud hacia tener relaciones coitales prematrimoniales en la adolescencia se asoció significativamente con las variables importancia de la religión, libre expresión en la familia, padres o tutores ponen reglas para ver televisión y con el estrato socioeconómico, el sexo y la ocupación.

Por otra parte, la actitud hacia “tener múltiples parejas sexuales” se relacionó significativamente con las variables importancia de la religión, libre expresión de opiniones en la familia, estrato socioeconómico y sexo. Relación entre la exposición a la televisión con las actitudes hacia tener múltiples parejas y tener relaciones antes del matrimonio.

La actitud hacia tener múltiples parejas sexuales tuvo una relación significativa de interacción de cuatro vías con la exposición a la TV, la importancia de la religión, el género y la imposición de reglas de ver TV por los padres o tutores. La variabilidad de la actitud a tener múltiples parejas debida a todos los factores y sus interacciones es también significativa. Los valores de la actitud son significativamente distintos en ambos géneros y según los niveles de importancia que se atribuyen a la religión, siendo en este caso la variable sexo un factor de confusión. A la vez se encontraron interacciones de segundo orden entre la importancia atribuida a la religión y la imposición de reglas para ver TV y de tercer orden entre estas variables y el sexo.

El efecto de la mayor exposición a la TV fue significativo con una actitud favorable a tener relaciones coitales con múltiples parejas cuando se asocia a la ausencia de imposición de reglas para ver televisión por parte de los padres o tutores. Por su parte, la actitud hacia tener relaciones coitales prematrimoniales en la adolescencia tuvo una relación significativa de interacción de cuatro vías con la exposición a la televisión, la importancia de la religión, la posibilidad de libre expresión en la familia, el género, bajo la influencia de la variable edad. La variabilidad de la actitud debida a todos los factores, sus interacciones y la covariable edad es también significativa. Se encontró una asociación lineal significativa de la actitud con la edad y esto influye para que los valores de la actitud sean significativamente distintos en ambos géneros según los niveles de importancia que se atribuyen a la religión, siendo en este caso la variable género también un factor de confusión. A la vez se encontraron interacciones de segundo orden entre la importancia atribuida a la religión y el género, pero ninguna de tercer orden. (32)

En el estudio antes citado, Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México, a mayoría de los muchachos afirma que no utilizaron ningún método anticonceptivo durante su primera experiencia sexual. Por una parte dicen que no se preparan para ella, sino que les ocurre, se ven sorprendidos por ella.

Por otra parte, no piensan en ello. El uso del condón depende mucho de la pareja con la que tienen sexo. Ahora ya saben que las sexo-servidoras demandan el uso del condón. Con muchachas “fáciles” pueden pensar en protegerse de ITS y del VIH, aunque de hecho no lo hacen porque estas relaciones son en su mayor parte no planeadas, espontáneas.

Con su novia la historia es otra: hay un mayor respeto mutuo (también en términos de la negociación de la virginidad), y aparentemente no están usando anticonceptivos ni otras medidas preventivas, excepto la abstinencia y el *coitus interruptus*. Se tienen confianza mutuamente: “saben” que el otro “es limpio” (tiene prácticas higiénicas) y que si ocurre un embarazo él “va a responder” (se va a unir, va a responder por el hijo). (33)

En el estudio antes citado referente a Fuentes de Información y su relación con el grado de sobre el VIH/SIDA en adolescentes de la Ciudad de México, se obtuvieron los siguientes resultados. Casi la totalidad de los adolescentes (94,9%) indicaron haber escuchado algo sobre el SIDA. Los *medios masivos* les brindaron información sobre el tema según los siguientes porcentajes: *Televisión* 79%, *radio* 39,1%, *revistas* 26,3% y *periódicos* 16,3%. La frecuencia con que recibieron información de tales medios varió entre 2 a 3 veces por semana (42,3%), una vez por semana (38,4%) y todos los días (19,4%). Los medios masivos de los cuales los adolescentes indican haber aprendido más sobre el SIDA son la *televisión* (59,9%) y los *periódicos* y *revistas* (cada uno con 25,4%). Mientras que los medios más confiables para obtener información son la *televisión* (28,4%), los *periódicos* y las *revistas* (cada uno con 14,2%). El acceso a información por los medios masivos varía según los estratos socio-económicos, a excepción de la televisión, con proporciones mayores en favor de los estratos alto y medio. Se encontraron asociaciones entre el estrato socio-económico y el acceso a la *radio*, a los *periódicos* y a las *revistas*.

Los medios a los cuales más acceden los adolescentes son: *profesores* 39,1%, *familiares* 37,7% y *amigos* 32,0%. A su vez, los medios de los cuales aprendieron más fueron: *profesores* (45,1%), *familiares* (23,4%) y *médicos* (22%), sin embargo, los adolescentes dicen tener mayor confianza en la información de los *médicos* (51,9%) que en la de sus *familiares* (42,1%) y *profesores* (40,2%). En general, el acceso a información por medios interpersonales varía según el estrato socio-económico al cual pertenecen los adolescentes, siendo este acceso siempre mayor cuando más alto es el estrato. Se halló una relación significativa del estrato con el acceso a información a través de *profesores*, siendo el acceso a esta fuente mayor en los estratos medio (44,5%) y alto (43,7%). El estrato también se asoció con los *amigos* donde el acceso también es mayor en los estratos medio (36,4%) y alto (34,2%).

En relación a la exposición Cotidiana a los Medios Masivos En general los adolescentes tienen niveles altos de consumo y exposición a medios electrónicos: 86% ve *televisión* con una media de 25,20 horas semanales y 82% escucha *radio* con una media de 31,42 horas semanales. En cambio, el consumo y la exposición a los medios impresos es baja: 36,3% lee *periódicos* con una media de 95,52 minutos semanales y 47,3% lee *revistas* con una media de 98,19 minutos semanales. Se halló una relación significativa entre el estrato y el consumo de *periódicos*, con un consumo mayor en el estrato alto (55,4%) y menor en el resto (estrato medio: 32,5%, estrato bajo: 34,1% y estrato marginado: 29,4%). (34)

7.8.- Acceso a los Servicios de Planificación Familiar.

Los cambios biológicos, psicológicos y sociales propios de la adolescencia generan necesidades de salud que deben ser atendidos. Sin embargo, son pocas las instituciones que consideran las necesidades de los adolescentes y las que lo hacen, reportan una subutilización de los servicios del 30 al 85%. No obstante la subutilización de los servicios de salud por parte de los adolescentes, no significa que no tienen problemas de salud. En los adolescentes se registran problemas de Salud Pública importantes como son los accidentes, las complicaciones psicosociales de embarazos, las Infecciones de Transmisión Sexual, los suicidios, la drogadicción, las enfermedades generales y otros problemas que ameritan atención.

Han sido vinculados con el uso de los servicios factores sociodemográficos como la edad, el sexo, el estado civil, características psicológicas como la autoimagen y la percepción de su estado de salud y el desconocimiento de qué necesidades ameritan atención. Se ha señalado que conforme el adolescente logra establecer su identidad, disminuye el uso de servicios.

Se diseñó un estudio cualitativo, la población en estudio fueron adolescentes mujeres y hombres de 15 a 19 años de edad, de la Escuela Preparatoria No 5 de la Universidad de Guadalajara. Para la recolección de datos se entrevistaron a cuatro grupos focales; dos del sexo femenino y dos masculinos. Se elaboró y siguió una guía de entrevista que exploró los motivos para utilizar los servicios de salud y las expectativas hacia los servicios.

Resultados.

Motivos para utilizar los Servicios de Salud.

1. Las Adolescentes. Los servicios de salud se utilizan para la rehabilitación de casos en los que la salud implica un problema social y en casos que consideran emergentes como el embarazo, dudas sobre la adquisición del SIDA, síntomas de alguna enfermedad o cuestiones relacionadas con alteraciones menstruales.
2. Los Adolescentes. Los servicios de salud se utilizan para cuestiones relacionadas con su Salud Sexual y reproductiva, prevención de enfermedades y accidentes.
3. La utilización de los servicios de asocia con el diagnóstico y el pronóstico asignado por ello o sus familiares.
4. En ambos, el acompañamiento de algún amigo(a) para acudir a los servicios de salud aparece como estrategia que facilita la utilización de los servicios.

Motivos para no utilizar Servicios de Salud.

1. No se encontraron diferencias por sexo.
2. El grupo de pares dificulta la utilización de los servicios para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual.
3. Se visualiza como obstáculo los trámites administrativos, la espera, la falta de garantía de confidencialidad, el trato del personal y la ineficiencia de los servicios de Salud.

El sentimiento de invulnerabilidad les hace pensar que son “otros” y no “ellos” quienes necesitan los servicios de Salud. Los motivos para no utilizar los servicios se encuentran asociados a características de su personalidad (no asertividad, vergüenza, timidez, desconfianza). La utilización de los servicios está vinculada con distorsiones del pensamiento como la personalización (piensan que cualquier diálogo entre el personal de los servicios y/o de la gente que espera ser atendida se refiere a su persona), y la *adivinación del pensamiento* (les parece que la gente piensa que andan haciendo cosas indebidas y que para eso van a los servicios). La red de apoyo (amigos, padres y maestros) y los libros se presentan como una alternativa para solucionar problemas de salud. (35).

III.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Tipo de Estudio.

- El tipo de la investigación es de tipo descriptivo y transversal.

Universo de Estudio

- Adolescentes de la ENP “Miguel E. Schulz” perteneciente a la UNAM.

Población de Estudio.

- Adolescentes de entre 15-18 años, ambos sexos de la ENP “Miguel E. Schulz” perteneciente a la UNAM, turno vespertino, ubicada en la Col. Unidad Lomas de Plateros. Del. Alvaro Obregón, México D.F.

Criterios de Selección.

- Criterios de Inclusión. Adolescentes de entre 15-18 años de edad, de ambos sexos de la ENP “Miguel E. Schulz” turno Vespertino.
- Criterios de no inclusión.
 1. Todos aquellos adolescentes que se negaron a contestar la encuesta.
 2. Alumnos que no se encontraron en el momento de la encuesta.
 3. Alumnos que no quisieron participar en dicha investigación.
- Criterios de exclusión. Adolescentes que no entregaron el cuestionario o que lo entregaron sin contestar.

Instrumento.

- Encuesta descriptiva autoaplicable.
- Procesamiento y Análisis de Información.

Los datos fueron capturados en el paquete excel versión Microsoft Office 2003 a través de bases de datos para su captura, para el análisis de los datos se utilizará la estadística descriptiva (frecuencias simples y medianas de tendencia central) se aplicará prueba de Hipótesis de χ^2 .

- Ética.

El estudio se realizará de acuerdo a lo reglamentado según lo relacionado en materia de investigación (Art. 100) y en lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud, Título II. Capítulo I, en razón de proteger la privacidad de los sujetos involucrados (Art. 16) y considerando que el tipo de estudio es sin riesgo para el sujeto (Art. 17, apartado 1) y de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 14, apartados VIII en razón de que se solicitará la autorización de la institución seleccionada. Así mismo se realizará bajo los términos establecidos en los apartados I-VIII del Art. 21 y lo señalado en el Art. 22 y 23 respecto al Consentimiento Informado y deberá formularse por escrito.

VARIABLES DE ESTUDIO.

Variable Independiente.

Conflicto en la Toma de Decisiones.

- **Operacionalización.** Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores personales.
- **Tipo de Variable:** Cualitativa.
- **Escala de Medición:** Nominal.
- **Indicadores:**

1.- ¿ Puede conversar acerca del uso del condón con alguien que podría ser su pareja sexual?	1) Definitivamente si	2) Probablemente si.	3) Neutral.
	4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.	
2.- ¿Puede usar un condón aunque su pareja no quiera que lo use?	1) Definitivamente si	2) Probablemente si.	3) Neutral.
	4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.	
3.- ¿Puede parar el encuentro sexual si una persona insiste que no use condón?	1) Definitivamente si	2) Probablemente si.	3) Neutral.
	4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.	
4.- ¿Puede usar un condón siempre que esta con una persona a quién conoce desde hace mucho tiempo?	1) Definitivamente si	2) Probablemente si.	3) Neutral.
	4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.	
5.- ¿Puede sugerir el uso de un condón a cualquier pareja nueva?	1) Definitivamente si	2) Probablemente si.	3) Neutral.
	4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.	

Variable Dependiente.

Valores o creencias personales poco claros.

- **Operacionalización.** Cualidad objetiva o subjetiva de las cosas en cuanto sirven para la satisfacción de necesidades o como vehículos de realización individual o colectiva.
- **Tipo de Variable:** Cualitativa.
- **Escala de Medición:** Nominal.
- **Indicadores:**

6.- ¿Cree usted que al hablarle sobre sexo el hombre le muestra menos respeto a la mujer?	1) Definitivamente si	2) Probablemente si.	3) Neutral.
	4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.	
7.- ¿Cree usted que el hombre no puede controlar sus deseos sexuales tan fácilmente como la mujer?	1) Definitivamente si	2) Probablemente si.	3) Neutral.
	4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.	
8.- ¿Cree usted que masturbarse puede causar daños físicos o mentales?	1) Definitivamente si	2) Probablemente si.	3) Neutral.

4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.
9.- ¿Cree usted que masturbarse es una buena alternativa a las relaciones sexuales en los adolescentes?	
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.
10.- ¿Es preferible que el hombre lleve la iniciativa en la relación sexual y la mujer se deje llevar?	
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.
11.- ¿El uso del condón, quita el placer y espontaneidad a la relación sexual?	
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.

Falta de Experiencia o interferencia en la Toma de Decisiones.

- **Operacionalización.** El proceso de hacer juicio intelectual selectivo cuando son presentadas varias alternativas complejas consistentes de diversas variables, y que generalmente define un modo de acción o una idea.
- **Tipo de Variable.** Cualitativa.
- **Escala de Medición.** Nominal.
- **Indicadores:**

12.- ¿Cree usted que es el hombre quién debe decidir si se van a usar condones o no?	
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.
13.- Si no esta seguro de los sentimientos de su pareja sexual sobre el uso del condón ¿Puede sugerir su uso?	
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.
14.- ¿Puede usar un condón siempre que está con alguien que dice que no esta infectado con alguna Infección de Transmisión Sexual?	
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.
15.- ¿Puede sugerir el uso del condón cuando no inicia usted la actividad sexual?	
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.
16.- ¿Puede sugerir el uso del condón con una pareja aunque va a pensar que usted tiene una Infección de Transmisión Sexual?	
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.
17.- ¿Puede ponerse un condón cada vez que tenga relaciones sexuales?	
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.

Percepción de Amenaza a los valores personales.

- **Operacionalización.** Patrones abstractos o variables empíricas en la vida social que se cree que son importantes y/o deseables.
- **Tipo de Variable:** Cualitativa.
- **Escala de Medición:** Nominal.

- **Indicadores:**

18.- ¿Cree usted que tener experiencias sexuales antes de contraer matrimonio es más importante para el hombre que para la mujer?		
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.	3) Neutral.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.	
19.- ¿Cree usted que la mujer decente no participa en ciertas actividades sexuales?		
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.	3) Neutral.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.	
20.- ¿Cree usted que la masturbación como acto público es pecado?		
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.	3) Neutral.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.	
21.- ¿Cree usted que es peligroso que una mujer sepa tanto o más sobre el sexo que el hombre?		
1) Definitivamente si	2) Probablemente si.	3) Neutral.
4) Probablemente no.	5) Definitivamente no.	
22.- ¿Qué tan importante es la religión en su vida sexual, ¿Diría que:		
1.- Extremadamente importante.	2.- Muy importante.	3.- Neutral.
4.- Algo importante.	5.- Nada importante.	

Sistema de Soporte Deficitario.

- **Operacionalización.** Medida en que el comportamiento de los miembros de la familia colectivamente manifiestan deficiente cohesión, fuerza y lazos emocionales.
- **Tipo de Variable:** Cualitativa.
- **Escala de Medición:** Nominal.
- **Indicadores:**

23.- ¿Con qué frecuencia habla con su madre acerca de temas relacionados con la sexualidad?		
1.- Siempre.	2.- Casi siempre.	3.- Neutral.
4.- Pocas veces.	5.- Nunca.	
24.- ¿Con qué frecuencia habla con su padre acerca de temas relacionados con la sexualidad?		
1.- Siempre.	2.- Casi siempre.	3.- Neutral.
4.- Pocas veces.	5.- Nunca.	
25.- ¿Con qué frecuencia habla con sus amigos(as) acerca de temas relacionados con la sexualidad?		
1.- Siempre.	2.- Casi siempre.	3.- Neutral.
4.- Pocas veces.	5.- Nunca.	
26.- ¿Eres capaz de hablar cómodamente con tu pareja sobre sexo y la historia sexual de tu pareja?		
1.- Siempre.	2.- Casi siempre.	3.- Neutral.
4.- Pocas veces.	5.- Nunca.	
27.- ¿Te sientes listo(a) y completamente cómodo (a) contigo y tu pareja para tener sexo?		
1.- Siempre.	2.- Casi siempre.	3.- Neutral.
4.- Pocas veces.	5.- Nunca.	

Falta de información relevante.

- **Operacionalización.** Información que por sus características no sobresale por su importancia o significación en la vida sexual del adolescente.
- **Tipo de Variable:** Cualitativa.

- **Escala de Medición:** Nominal.
- **Indicadores:**

28.- Acerca de los contenidos en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual de las que ha recibido información, ¿han sido totalmente claros?		
1.- Totalmente de acuerdo.	2.- Acuerdo	3.- Neutral.
4.- Desacuerdo.		5.- Total desacuerdo.
29.- ¿Los contenidos tienen posibilidad de aplicación práctica?		
1.- Totalmente de acuerdo.	2.- Acuerdo	3.- Neutral.
4.- Desacuerdo.		5.- Total desacuerdo.
30.- Los contenidos ¿no son interesantes?		
1.- Totalmente de acuerdo.	2.- Acuerdo	3.- Neutral.
4.- Desacuerdo.		5.- Total desacuerdo.
31.- ¿Los contenidos poseen una clara estructuración?		
1.- Totalmente de acuerdo.	2.- Acuerdo	3.- Neutral.
4.- Desacuerdo.		5.- Total desacuerdo.
32.- ¿Los conocimientos sobre la temática de las Infecciones de Transmisión Sexual así como su prevención han aumentado?		
1.- Totalmente de acuerdo.	2.- Acuerdo	3.- Neutral
4.- Desacuerdo.		5.- Total desacuerdo.
33.- ¿Las expectativas sobre la información que usted ha recibido se han cumplido?		
1.- Totalmente de acuerdo.	2.- Acuerdo	3.- Neutral
4.- Desacuerdo.		5.- Total desacuerdo
34.- ¿Consideras suficientes tus conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual?		
1.- Totalmente de acuerdo.	2.-Acuerdo	3.- Neutral.
4.- Desacuerdo.		5.- Total desacuerdo

Fuente de información múltiple o divergente.

- **Operacionalización.** Formas personales o impersonales de comunicación mediante las cuales se confunden a los individuos o grupos, mediante mensajes visuales u orales en relación a la sexualidad.
- **Tipo de Variable:** Cualitativa.
- **Escala de Medición.** Nominal.
- **Indicadores:**

35.- Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo.		
1.- Totalmente de acuerdo.	2.-Acuerdo	3.- Neutral.
4.- Desacuerdo.		5.- Total desacuerdo.
36.- El hombre es el que debe comprar los condones.		
1.- Totalmente de acuerdo.	2.-Acuerdo	3.- Neutral.
4.- Desacuerdo.		5.- Total desacuerdo
37.- Las relaciones sexuales deben ser espontáneas.		
1.- Totalmente de acuerdo.	2.-Acuerdo	3.- Neutral.
4.- Desacuerdo.		5.- Total desacuerdo.
38.- El uso del condón es bueno para mi salud.		
1.- Totalmente de acuerdo.	2.-Acuerdo	3.- Neutral.
4.- Desacuerdo.		5.- Total desacuerdo.
39.- Las relaciones sexuales sólo deben de tenerse con la misma persona de por vida.		
1.- Totalmente de acuerdo.	2.-Acuerdo	3.- Neutral.

4.- Desacuerdo.	5.- Total desacuerdo.
40.- Las Infecciones de Transmisión Sexual son muy difícil que me de, aunque no me proteja.	
1.- Totalmente de acuerdo.	2.-Acuerdo
4.- Desacuerdo.	5.- Total desacuerdo.

Acceso a los Servicios de Planificación Familiar.

- **Operacionalización.** La atención que otorga el personal de salud a personas ambulatorias con el propósito de brindarles información, prescribir, aplicar, realiza o vigilar el uso de métodos anticonceptivos con el fin de prevenir los embarazos; puede ser de primera vez o subsecuente.
- **Tipo de Variable:** Cualitativa.
- **Escala de Medición:** Nominal
- **Indicadores:**

41.-Acude a que le proporcionen información en relación a Salud Sexual en los Servicios de Planificación Familiar ¿Con qué frecuencia?		
1.- Siempre.	2.- Casi siempre.	3.- Neutral.
4.- Pocas veces.	5.- Nunca.	
42.- Enumere en orden de importancia los principales factores por los que usted no acude a los servicios de Planificación Familiar existentes en su comunidad.		
1.- Accesibles geográficamente.		()
2.- Accesibles en horarios.		()
3.- Accesibles económicamente.		()
4.- Accesibles culturalmente.		()
5.- Confidencialidad.		()

IV.- ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

- Recursos Humanos. PSS de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.
- Recursos Materiales. Cuestionario autoaplicable, hojas blancas, lápices, bolígrafos, engrapadora, goma, impresora, CD-room, computadora personal con plataforma Windows XP.

V.- ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

Tomando como referencia el universo de estudio que está constituido por los adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria “Miguel E. Schulzt”, se desarrollo un estudio de tipo transversal y descriptivo, en donde se realizó una encuesta autoaplicable, tipo lickert con 5 opciones de respuesta para cada ítem, mismo que tiene 41 ítems, de la cual se tomo una muestra convencional de 50 casos que fueron encuestados según se encontraron en el momento de la aplicación del instrumento, el estudio se centró en identificar aquellos factores relacionados que influyen en el conflicto de la toma de decisiones para la Salud Sexual y Reproductiva.

Para determinar si los adolescentes presentaron o no conflicto en la toma de decisiones se tomo en consideración la siguiente escala, según las siguientes categorías: Definitivamente si. Probablemente si: Más del 50% No Representa Conflicto. Para las Categorías Neutral, Probablemente No y Definitivamente No: Más del 50% Representa Conflicto.

Sin embargo si las Categorías de agrupan de la siguiente manera, Definitivamente si, Probablemente si y Neutral: teniendo más del 50%, se considera que existe Conflicto, por lo tanto Probablemente No y Definitivamente No: presentando más del 50%, se considera que no existe Conflicto. Con las categorías; Siempre, Casi Siempre, Neutral, Pocas Veces, Nunca así como para las siguientes, Totalmente de acuerdo, Acuerdo, Neutral, Desacuerdo y Total desacuerdo, también se presenta la misma situación.

Se puede observar que la proporción de los adolescentes fue del 50% corresponde a las mujeres y el 50% a los varones (cuadro 1). cabe mencionar que dicha encuesta se aplicó sin buscar el número de encuestados por género, el porcentaje es un hallazgo.

En cuanto a las edades de las mujeres se encontró lo siguiente; 16 años correspondió el 18%. 17 años. 18%, 18 años un 14%. Respecto a los varones fueron los siguientes; 16 años, 20%. 17 años un 14%, 18 años un 12% y 19 años un 4%.

(grafico 2)

El grado de académico correspondió 100% al quinto año de estudio según los planes de estudio de dicha institución educativa. (gráfico 3)

A continuación se muestran los descriptores de los resultados de cada ítem por género y por cada una de las variables de estudio.

- **Conflicto de Decisiones.**

En cuanto a que puede **conversar acerca del uso del condón con alguien que podría ser su pareja sexual**, se encontró que, un 80% de la población menciona “definitivamente si” puede conversar, un 36% le correspondió a las mujeres y un 44% a los varones.

Por lo tanto el hablar del uso del condón no representa un conflicto en la toma de decisiones de los adolescentes con respecto a sus parejas sexuales. (gráfico 4)

En relación a qué puede **usar un condón aunque su pareja no quiera que lo use**, las

mujeres indican con un 42% “que definitivamente sí” lo realizaría y un 26% le corresponde a los adolescentes, aunque estos repuntan con un 16% con un “probablemente sí”. *El utilizar el condón aunque su pareja sexual se oponga a utilizarlo, no representa para los adolescentes un conflicto en la toma de decisiones.* (gráfico 5)

En cuanto a que puede **parar el encuentro sexual si una persona insiste en no usar el condón**, las mujeres reiteran con un 32% que “definitivamente sí” pueden tomar dicha decisión, en comparación con los varones que les correspondió un 28%, aunque existe un repunte de éstos con un 14% que mencionan “probablemente sí” respecto a dicho cuestionamiento.

Para los adolescentes parar el encuentro sexual si la pareja sexual insiste en no utilizar el condón, no representa un conflicto en la toma de decisiones. (gráfico 6)

En lo que se refiere a que si puede sugerir el **uso del condón con alguien al que conoce desde hace tiempo**, los datos que se obtuvieron no representaron una diferencia muy significativa ya que las mujeres mencionaron con un 34% “definitivamente sí”, mientras que los varones les correspondió un 30%, para un “probablemente sí” a las mujeres y varones les correspondió un 8%.

En este aspecto los adolescentes concluyen en que están totalmente seguros en poder sugerir un condón con alguien que conocen, por lo tanto, dicho planteamiento no es generador de conflicto en la toma de decisiones. (gráfico 7)

En cuanto a que si puede sugerir **el uso del condón con cualquier pareja nueva**, los adolescentes muestran un importante porcentaje respecto a que se sienten capaces de sugerir el uso del condón, del 80% de los encuestados el 40% correspondieron a las mujeres y el otro 40% a los varones, aunque el 10% restante de las mujeres mencionan “probablemente sí”

Para los adolescentes no representa un conflicto en la toma de decisiones, el sugerir el uso del condón con alguna pareja nueva Sin embargo para el 6% de los varones está situación sí es generadora de conflicto en la toma de decisiones. (gráfico 8)

- **Valores o creencias personales poco claros**

Creó usted que al hablarle sobre **sexualidad el hombre muestra menos respeto a la mujer**, el 32% de los varones señalan que “definitivamente no” y las mujeres lo indican con un 24%. éstas con un 12% indican que “probablemente sí”, mientras que a los varones les corresponde un 8% con esta misma opción. (gráfica 9).

Para las mujeres, el hecho de que el varón establezca algún tipo de conversación de tópicos relacionados con la sexualidad no representa falta de respeto.

Al preguntarles si cree que **el hombre no puede contener sus deseos sexuales, tan fácilmente como la mujer**, el 12% de las mujeres y varones mencionan que “probablemente sí” el hombre no puede contener sus deseos sexuales, 12% de las mujeres y un 6% de los varones opta por una situación “neutral”, 12% de los varones y 8% de las mujeres mencionan que “definitivamente no”, un 12% de las mujeres y 10% de los varones indican que “definitivamente sí”. *Los adolescentes manifiestan que el hombre no controla sus deseos sexuales tan fácilmente como la mujer, por lo cual dicho planteamiento puede*

ser considerado como generador de conflicto respecto a decidir llevar a cabo o no una relación sexual. Las mujeres son las que optan con un porcentaje mayor afirmando dicho planteamiento (36%), mientras que los varones les corresponde un 28%. (gráfica 10).

Sobre las cuestiones relacionadas con la masturbación se les cuestionó si la **masturbación puede ser causa de daños físicos y/o mentales**, las respuestas fueron las siguientes, no existe un porcentaje significativamente diferente, las mujeres mencionaron con un 38% que “definitivamente no”, y un 36% le corresponde a los varones, es importante señalar que para éstos existe un 10% que creen que “probablemente si” puede ser causa de algunas alteraciones de psicósomáticas y un 2% opta por una postura neutral.

Los adolescentes indican que la masturbación no es causante de daños a la salud física y psicológica. Aunque un 12% de los varones indican que dicha actividad puede causar algún tipo de daño. (gráfica 11).

En relación a este mismo tópico la siguiente pregunta es referente a que si la **masturbación puede ser vista como una alternativa a las relaciones coitales**, se observó que los adolescentes consideran con un 14% que “definitivamente si”, las mujeres con un 16% señalan que “probablemente si”, y los varones con un 12%, un 10% de los varones indican que “definitivamente no” aunque las mujeres encuestadas refieren con un 14% que “probablemente no” (gráfica 12).

Para los adolescentes la masturbación puede ser vista como una buena alternativa para no llevar a cabo la actividad sexual con una determinada pareja, lo cual no les genera conflicto al poder efectuarla.

En cuanto a que si es preferible que el **hombre tome la iniciativa al entablar relaciones coitales y la mujer se deje llevar**, los resultados al respecto muestran que las mujeres con un 22% indican que “definitivamente no”, a los varones les corresponde un 16%, para un “probablemente no” las mujeres señalan un 14% y los varones un 8%, para un “definitivamente si”, los varones optaron con un 8% para una postura neutral. (gráfica 13).

El planteamiento referente a que el hombre debe de ser quién asuma un papel activo y la mujer uno pasivo, no representa un conflicto para los adolescentes, aunque en algunos varones (26%) aún sigue persistiendo esta situación.

En lo que respecta al uso del condón, se les cuestionó sobre si éste **quita placer y espontaneidad a la relación sexual**, 26% de los varones señalaron que “definitivamente no”, mientras las mujeres encuestadas eligieron ésta misma opción, señalando con un porcentaje mayor correspondiente al 38%, 6% de los varones toman una actitud “neutral” al respecto, sin embargo un 8% de los varones indican que “probablemente si” (gráfica 14).

Para los adolescentes el uso del condón no representa un conflicto en la utilización del preservativo, ya que estos manifiestan que no quita el placer y la espontaneidad en la relación sexual, aunque para algunos varones (16%) dicho planteamiento refleja creencias al respecto poco claras en relación al uso del condón.

- **Falta de experiencia o interferencia en la toma de Decisiones.**

El hombre es el que debe decidir si se van a utilizar condones en la relación sexual, las mujeres señalan con un porcentaje importante que corresponde al 42% que no es

únicamente los varones quienes deciden de manera tajante la utilización del condón durante el acto sexual, por su parte éstos indican con un 26% “que definitivamente no”.

Un porcentaje bastante significativo de los adolescentes mencionan que la utilización del condón no debe ser únicamente decisión del varón, sin embargo el 16% de los varones encuestados, aún reiteran una decisión unilateral en relación a la utilización del condón en el acto sexual. (gráfica 15)

La siguiente pregunta esta enfocada a que **si no esta seguro(a) de los sentimientos de su pareja sexual podría sugerir el uso del condón**, un 34% de las mujeres indican en que “definitivamente si” podrían sugerirlo, los varones por su parte también lo señalan como una opción con un 28%.

Los adolescentes muestran capacidad para decidir el uso del condón si no están seguros de los sentimientos de su pareja sexual, por lo que esta situación no es generadora de conflicto para la toma de decisiones al respecto. (gráfica 16)

Las mujeres muestran un porcentaje bastante significativo en relación a los varones, al preguntarles acerca de qué si tomarían la decisión de **usar un preservativo durante la relación sexual aunque su pareja mencione no padecer ninguna infección de transmisión sexual**, a éstas les corresponde un 42% mientras a los hombres un 32% con una respuesta de que “definitivamente si”.

Los adolescentes manifiestan decidir la utilización del preservativo, aunque su pareja sexual les indique que no padece alguna ITS por lo que dicho planteamiento no representa algún conflicto en la toma de decisión en la utilización del condón durante el acto sexual. Los varones con un 12% si presentan este tipo de conflicto al no estar seguros de decidir usar el condón. (gráfica 17)

Las mujeres muestra una mayor capacidad respecto a la toma de decisiones en relación a que puede **sugerir el uso del condón aunque ésta no inicie la actividad sexual**, correspondiéndole un 38% del total de la población, en lo referente a los varones les corresponde un 32% con la opción “definitivamente si”.

Los adolescentes no muestran conflicto en la toma de decisiones referente a que éstos son capaces de utilizar un condón aunque no inicien la actividad sexual. (gráfica 18)

Las mujeres muestran un porcentaje muy significativo 40% respecto a que están decididas a **usar un preservativo aunque piensen que es portadora de alguna infección de transmisión sexual**, los varones respondieron con un 30% que son capaces de decidir el uso del condón.

Los adolescentes no muestran conflicto para decidir el uso del condón bajo estas circunstancias, sin embargo un sector de los varones (12%) muestran una capacidad de decisión menor en relación a la utilización del condón aunque piense su pareja sexual que es portador de alguna Infección de Transmisión Sexual, por lo que existe un conflicto en la toma de decisiones al respecto. (gráfica 19)

Las mujeres indican con un porcentaje muy significativo del 44% señalando son **capaces de decidir el uso del preservativo cada vez que tenga un encuentro sexual**, en los varones se llama la atención que sólo un 34% respondió que “definitivamente si” decidiría su uso.

Los adolescentes no muestran conflicto para decidir la utilización del condón cada vez que tengan relaciones sexuales. En lo que respecta a la capacidad de decisión del uso del condón, los varones muestran interferencia en tomar dicha decisión ya que un 8% de los encuestados presenta esta situación. (gráfica 20)

- **Percepción de amenaza a los valores personales.**

Se les cuestionó respecto a que si es **más importante para el hombre que para la mujer, haber mantenido relaciones sexuales antes de contraer matrimonio**, las mujeres indican con un 20% que “definitivamente no”, para la misma opción y porcentaje les correspondió a los varones, las mujeres optan con un 8% para un “probablemente no”, de igual modo optaron los varones, 6% de las mujeres mencionan que “definitivamente si”, así como un 10% de los varones.

Para más de la mitad de los adolescentes es evidente la importancia de que el hombre haya mantenido relaciones prematrimoniales, el peso que les dan las mujeres al respecto es del 22%, por su padre los varones también presentan el mismo porcentaje. (gráfica 21)

Con relación a que si la **mujer decente no interviene en ciertas actividades sexuales**, tenemos los siguientes resultados, un 24% de las mujeres y un 22% de los varones señalan que “definitivamente no”, 6% y 8% de los varones y las mujeres respectivamente indican un “probablemente no”, un 10% de los varones y 12% de las mujeres optan por un “probablemente si” y por último un 4% de los varones y 6% de las mujeres deciden que “definitivamente si”.

Los adolescentes indican que la mujer decente puede intervenir en actividades sexuales, lo cual indica que para éstos no les genera algún tipo de conflictos de que dicha mujer pueda expresar de esta manera su sexualidad. (gráfica 22)

En relación a que **la masturbación puede verse como un acto inmoral**, en este aspecto las mujeres muestran un 30% para un “definitivamente no”, los varones indicaron un 24%. un 8% de las mujeres y varones indicaron un “probablemente no”, sin embargo es importante hacer énfasis que un 6% de los varones señalan con un “definitivamente si” que la masturbación puede verse como pecado.

En general para los adolescentes la masturbación no puede verse como un acto inmoral, sin embargo para un 18% de los varones dicho planteamiento lo perciben como acto no aceptable socialmente. (gráfica 23)

En relación al cuestionamiento de qué si es **peligroso de que la mujer conozca más que el varón respecto a temas referentes a la sexualidad**, el 46% de las mujeres manifestaron su desacuerdo con un “definitivamente no”, mientras que los varones lo hicieron con un 34%, 2% de las mujeres sugirieron un “probablemente no”, y los varones un 6%, un 10% de los varones opto por un “probablemente si”.

Los adolescentes señalan que no existe amenaza por que las mujeres tengan más conocimiento referente a temas relacionados con la sexualidad, sin embargo los varones (10%) denotan problemas al percibirse amenazados ante dicho cuestionamiento. (gráfica 24)

Se les cuestionó en relación a **que tan importante es la religión en su vida sexual**, 26% de los varones considera “nada importante”, y las mujeres un 18%, un 14% de las mujeres

opta por “algo importante” y un 4% lo indican los varones, para una postura “neutral” 10% las mujeres y un 4% los varones, “extremadamente importante” y “muy importante” ocuparon para los varones un 8% respectivamente.

Para más de la mitad de los adolescentes la religión no es importante en su vida sexual, aunque algunos de los varones 16% son los que les brindan a este aspecto un peso importante en su rol sexual. (gráfica 25)

- **Sistema de Soporte Deficitario.**

En relación a cuál es la frecuencia con la que hablan los adolescentes con su madre de temas relacionados a la sexualidad se encontró que un 14% de las mujeres no entablan dialogo alguno, los varones por su parte únicamente un 4% , “pocas veces” las mujeres señalaron un 14% y los varones un 12%, para la situación “neutral”, 12% indicaron las mujeres y un 10% los varones, “casi siempre” las mujeres indicaron un 6% y los varones un 8% y “siempre” 2% de las mujeres y un 6% los hombres.

A los adolescentes les genera conflicto el establecer algún tipo de comunicación con su madre enfocado a tocar temas relacionados con la sexualidad. (gráfica 26)

Referente a qué tan frecuente hablan los adolescentes con su padre tópicos relacionados con la sexualidad, las mujeres con un 16% “nunca” establecen dicha comunicación, y los varones un 16% , “pocas veces” las mujeres señalaron un 14% y los varones un 12%, para posición “neutral” 12% indicaron las mujeres y un 10% los varones, “casi siempre” las mujeres 6% y un 8% los varones, “siempre” 2% las mujeres y 6% los varones.

Los adolescentes no establecen una comunicación efectiva con su padre, ya que les genera un conflicto el entablar algún tipo de conversación relacionada con temas sobre sexualidad, aunque un porcentaje mayor lo representan las mujeres (42%). (gráfica 27)

En relación a cuál es la frecuencia con la que los adolescentes hablan con el grupo de pares temas relacionados con las sexualidad, se encontraron los siguientes resultados, las mujeres con un 18% “siempre” conversan con sus amigos, de los varones un 16% realiza esta actividad, para un “casi siempre” 16% de los varones y las mujeres un 12%, para una actitud “neutral” 12% indicaron los varones y 6% las mujeres, 2% de los varones “pocas veces” y las mujeres 12%, 4% de los varones y 2% de las mujeres “nunca” hablan con sus amigos.

Los adolescentes muestran una mayor capacidad de establecer un dialogo relacionado con la sexualidad con su grupo de pares, por lo que los amigos se muestran como la principal fuente para poder entablar este tipo tópicos, lo cual no les genera conflicto al decidir establecer dicha comunicación. (gráfica 28)

Sobre la capacidad de establecer algún tipo de conversación sobre sexualidad y la historia sexual de su pareja, un 18% de las mujeres “siempre” lo establecen, los varones un 16% lo realizan, para un “casi siempre” le corresponde a las mujeres un 12%, y un 16% a los varones. para una situación “neutral” 12% lo indican los varones y 6% las mujeres, 12% de las mujeres “pocas veces” y un 4% de los varones “nunca”.

Los adolescentes indican ser capaces de conversar con sus respectivas parejas sobre tópicos relacionados con la sexualidad así como su vida sexual. (gráfica 29)

Los varones con un 28% mencionan que están “siempre” **listos y cómodos consigo mismos y su pareja para mantener relaciones sexuales**, las mujeres, sin embargo en una proporción que equivale a un 14% reiteran estar listas, un 10% de los varones optan porque “casi siempre” están listos y las mujeres únicamente un 4%, para posición “neutral”, 10% las mujeres señalan estarlo y un 6% los varones, 10% de las mujeres “pocas veces” y un 2% de los varones mencionan estarlo, 12% de las mujeres “nunca” están listas y un 4% les corresponde a los varones.

Más de la mitad de los adolescentes se muestran preparados para llevar a cabo una relación sexual, aunque un porcentaje significativo de algunas mujeres 32%, esta situación es generadora de conflicto reiterando no encontrarse preparadas para tomar dicha decisión. (gráfica 30).

- **Falta de Información Relevante.**

La información que has recibido sobre las Infecciones de Transmisión Sexual ha sido totalmente claros, según los resultados, los varones citan que están “totalmente claros” correspondiéndoles un 26% y las mujeres un 18%, un 20% de los varones se encuentra “de acuerdo” y un 16% las mujeres, para una actitud “neutral” 2% lo indican los varones y un 10% las adolescentes, están en “desacuerdo” un 4% de las mujeres, 2% de las mujeres se encuentran en “total desacuerdo”

Los temas referentes a las ITS han sido totalmente claros para los adolescentes, sin embargo un 16% de las mujeres están en desacuerdo con dicho planteamiento. (gráfica 31).

En relación a los a que si **los contenidos que han recibido sobre las ITS tienen alguna aplicación práctica**, 24% de los varones señalan estar de “acuerdo” y las mujeres lo indican con un 22%, un 16% de los varones esta “totalmente de acuerdo” y un 14% las mujeres, un 14% de los varones y un 6% de las mujeres tienen una actitud “neutral”.

Los contenidos que han recibido los adolescentes referentes a las ITS, no es generador de conflictos ya que manifiestan que dichos contenidos si tienen posibilidad de aplicación práctica. (gráfica 32)

En relación a los **contenidos que integran la temática referente a las ITS**, se les cuestiona si **no son interesantes**, los resultados muestran una gran variabilidad respecto a esta pregunta, para una postura “neutral”, las mujeres lo indican con un 14%, los varones con un 12%. “en desacuerdo” los varones dicen estarlo con un 14% y un 12% las mujeres, un 12% de ellas menciona estar de “acuerdo” y un 10% de los varones también, 10% de las mujeres señalan estar “totalmente en desacuerdo” y 8% de los varones.

Los adolescentes señalan que los contenidos referentes a las Infecciones de Transmisión Sexual no son interesantes, por lo que la información que se les transmite puede ser poco relevante o parecerles interesante a los adolescentes. (gráfica 33)

En la cuestión relacionada si los **contenidos poseen una clara estructuración**, los varones manifiestan con un 10% que se encuentran “totalmente de acuerdo”, y con un 16% que lo están las mujeres, 16% de las mujeres están de “acuerdo” y un 20% de los varones, 14% de las mujeres y 12% de los hombre adquieren una posición “neutral” al respecto.

Para los adolescentes, los contenidos que poseen los temas que se les proporciona

referentes a las Infecciones de Transmisión Sexual, cuentan con una adecuada estructuración, lo cual indica que la información se encuentra bien estructurada. (gráfica 34)

En relación a que si han **aumentado sus conocimientos en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual así como el aspecto preventivo**, los varones señalan con un 24% que están “totalmente de acuerdo” mientras las mujeres indican lo mismo con un 20%, un 16% de los varones indica que están de “acuerdo” y 22% de las mujeres también deciden estarlo, un 8% de las mujeres se encuentra en una situación “neutral” y un 4% de los varones también lo deciden, 6% de los varones esta en “total desacuerdo”.

Para los adolescentes, los conocimientos así como el aspecto preventivo de las Infecciones de Transmisión Sexual han aumentado, por lo que la información que han recibido al respecto no les ocasiona algún conflicto respecto a forma de prevenir las ITS. (gráfica 35)

Referentes a que **sus expectativas sobre la información recibida en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual se han cumplido**, 24% de las mujeres señala estar de “acuerdo” y 22% de los varones, 14% de los varones se sitúa en una posición “neutral” y 12% de las mujeres, 12% de los varones están “totalmente de acuerdo” y 10% de las mujeres, 2% de las mujeres y de los varones están “totalmente en desacuerdo”.

Los adolescentes señalan que se han cumplido sus expectativas sobre la información recibida respecto a las Infecciones de Transmisión Sexual, por lo que dicha información ha sido relevante para éstos. . (gráfica 36).

Un 24% de los varones señala estar de “acuerdo” con los **conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual**, mientras un 14% de las mujeres opta por esta misma situación, cabe señalar que un 18% de las mujeres y un 14% de los varones optan por estar en una situación “neutral” respecto a dicha información, 12% de las mujeres está “totalmente de acuerdo” y también 10% de los varones.

Para los adolescentes no existe falta de información referente a las Infecciones de Transmisión Sexual, ya que consideran suficientes sus conocimientos respecto al tema de las ITS. (gráfica 37)

- **Fuente de información múltiple o divergente.**

En relación a que **las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo**, 22% de los adolescentes reiteran estar “totalmente de acuerdo” y 14% les corresponde a las mujeres, un 18% de las mujeres dicen estar de “acuerdo” y un 10% de los hombres también, con una situación “neutral” las mujeres señalan un 10% y los hombres un 8%, en “desacuerdo” con un 8% se encuentran las mujeres, y “totalmente en desacuerdo” los varones con un 6%.

Los adolescentes indican que si las relaciones sexuales se planifican, éstas se disfrutan más, por lo cual la información que tienen al respecto no les genera conflicto en decidir planificarlas. (gráfica 38).

Referente a que si **el hombre es el responsable directo y que debe adquirir los preservativos para la relación sexual**, 24% de las mujeres y de los varones tienen una postura “neutral” al respecto, 10% de las mujeres y de los varones señalan estar “totalmente de acuerdo”, un 8% de las mujeres están de “acuerdo” y 6% de los varones, un 4% de los

varones están “totalmente de acuerdo”.

En este planteamiento, los adolescentes muestran un conflicto en la toma de decisiones respecto a quien debe ser el responsable para adquirir los preservativos para la relación sexual. (gráfica 39)

Referente al planteamiento de que **las relaciones sexuales deben ser espontáneas**, el 26% de los varones y el 16% de las mujeres señalan una postura “neutral”, el 20% de los varones y el 6% de las mujeres mencionan estar de “acuerdo”, 8% de las mujeres y 4% de los varones esta en “total desacuerdo”.

Dicho planteamiento, refleja un conflicto en la toma de decisiones para los adolescentes, al señalar que las relaciones sexuales no deben planificarse, sino que éstas deben ser espontáneas. Es importante mencionar que son los varones (40%), los que deciden establecer más este tipo de encuentros ocasionales. (gráfica 40).

El **uso del condón es bueno para su salud**, 40% de las mujeres y los varones señalan estar “totalmente de acuerdo” en la utilización del condón, un 8% de las mujeres y un 6% de los varones están de “acuerdo” y un 4% de los hombres y un 2% de las mujeres se sitúan en una actitud “neutral”.

Para los adolescentes es claro que el uso del condón representa una medida preventiva para evitar alguna ITS, percibiendo de esta manera que su uso es bueno para su salud, por lo cual no representa un conflicto para que sigan utilizándolo en las relaciones sexuales. (gráfica 41)

En cuanto a **mantener relaciones sexuales con la misma persona durante toda la vida**, 22% de las mujeres y 18% de los varones están “totalmente en desacuerdo”, 16% de los varones y un 8% de las mujeres optan por estar en “desacuerdo”, un 14% de las mujeres y un 12% de los varones deciden estar en una posición “neutral” al respecto.

Según este planteamiento, los adolescentes no están decididos a establecer una relación sexual, con una pareja para toda la vida.

(gráfica 42).

En relación a que las **Infecciones de Transmisión Sexual son muy difícil que las contraigan aunque no se protejan**, el 28% de los varones y el 18% de las mujeres señalan estar “totalmente en desacuerdo”, 16% de las mujeres y el 8% de los varones están en “desacuerdo”, 12% de las mujeres y 6% de los hombres señalan una posición “neutral”.

Los adolescentes manifiestan estar concientes de que aunque no se protejan de las Infecciones de Transmisión Sexual, existe el riesgo de poder adquirirlas, por lo que la información que han recibido al respecto les ha permitido decidirse por medidas preventivas. (gráfica 43).

- **Acceso a los Servicios de Planificación Familiar.**

Acuden a los Servicios de Planificación Familiar para que le proporcionen información sobre Salud Sexual y Reproductiva, 28% de los varones y el 18% de las mujeres “nunca” acuden a que les proporcionen dicha información, el 16% y el 8% de los varones “pocas veces” acuden, mientras el 12% de las mujeres y el 6% de los varones “algunas veces” acuden, 8% de los varones “casi siempre” acuden a recibir algún tipo de

información.

Según los resultados que se obtuvieron, los adolescentes en una proporción muy significativa no acuden a que les proporcionen información relacionada con la sexualidad en las Clínicas de Planificación Familiar, lo cual sin duda representa un conflicto para decidir situaciones relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva. (gráfica 44)

En lo que se refiere a cuáles son las causas por las cuales **no acuden a los servicios de Planificación Familiar a recibir información**, los resultados son los que a continuación se mencionan, en primer lugar los varones indican por accesibilidad “geográfica” con un 22%, en segundo lugar “horarios” con un 10%, económicos con un 9% y también los “confidenciales” y por último resaltan el aspecto “cultural” con un 9%. Las mujeres señalan en primer lugar accesibles “geográficamente y horarios” con un 14%, en tercer lugar por “confidencialidad” con un 10%, en tercer lugar “económicos” con un 9% y por último “culturales” con un 4%. (ver gráfica 45)

Para los adolescentes uno de los principales motivos por los que no acuden a los Servicios de Planificación Familiar a recibir información, lo ocupa la accesibilidad geográfica, aunque para las mujeres también lo es la accesibilidad en horarios, lo que genera conflictos referentes a tomar decisiones respecto a su vida sexual.

VI.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

A continuación se mencionarán algunos de los estudios que se contemplan en el Marco conceptual, realizando con éstos algunas comparaciones de los resultados obtenidos en la siguiente investigación.

En el estudio llamado Métodos Cualitativos cuyo tema contempla aspectos sobre sexualidad y SIDA en adolescentes (18), se menciona que el rechazo de las mujeres ayuda a controlar al impulso masculino, éstas decían "el hombre llega hasta donde la mujer deja". es algo que ellos también lo comentan mucho (refiriéndose a los varones) , pero lo decían en el sentido de cómo esta parte de la prohibición de la mujer o de la negativa de la mujer, les ayudaba a ellos a controlar el impulso, a controlar, sobre todo, la situación de exhibir o no su masculinidad, es decir, si las chicas decían no, a ellos los preservaba y los tranquilizaba que no tenían que ser realmente activos. Respecto a los resultados que se obtuvieron en relación al cuestionamiento de qué **el hombre no puede controlar sus deseos sexuales tan fácilmente como la mujer**, en la investigación llevada a cabo. se obtuvo que los adolescentes señalan que efectivamente el hombre no controla sus deseos sexuales tan fácilmente como la mujer, sin embargo las mujeres son las que indican y reiteran esta situación con un porcentaje bastante significativo del 36% mientras que los varones lo señalan con un 28%.

En el tema relacionado con **la masturbación**, los adolescentes (36% de mujeres y 38% de varones) indican que dicho acto no es causante de algún **daño a la esfera físico y/o psicoemocional**, aunque es de llamar la atención que un porcentaje que corresponde al 12% de los adolescentes aún muestran alguna inquietud respecto a que ésta puede causar algún tipo de daño. En el Artículo llamado Actitudes de los y las Adolescentes ante la Sexualidad realizado en el Estado de Chiapas, referente a la masturbación (21), en los resultados que se obtuvieron, se puede apreciar que la actitud de los varones hacia la masturbación es favorable, aunque existe una parte importante de éstos que presenta una actitud dudosa al respecto. Las mujeres presentaron una actitud dudosa con tendencia al ser desfavorable. Ambos estudios concuerdan que existen varones que muestran alguna actitud de rechazo hacia la masturbación, aunque un porcentaje considerable de las mujeres del estudio de la ENP, no mostraron rechazo respecto al tema. Muy probablemente la situación anterior deba a que las mujeres del área rural, conserven rasgos de índole moral y religioso que les impide autoexplorar y por ende el de conocer su cuerpo.

El siguiente cuestionamiento que se les realizó a los adolescentes de la ENP, fue relacionado a que si **la masturbación puede considerarse como una alternativa para no mantener relaciones sexuales**, los adolescentes (56%) afirman que si pueden verse como tal, aunque actualmente la masturbación, individual o compartida, es una herramienta natural muy importante para evitar contraer alguna Infección de Transmisión Sexual, aún más, dicha práctica de sexo seguro, ha cobrado mayor importancia con la aparición del VIH/SIDA así lo señala el Artículo Autoerotismo y Salud Sexual (20), continua dicho artículo argumentando, que es recomendable que los adolescentes realicen dicho acto, con el condón a fin de familiarizarlos con su uso y que descubran el potencial erótico que conlleva. La masturbación compartida deja de ser una mera práctica de estimulación precoital para volverse como una alternativa muy válida a la cópula o penetración sexual.

Referente al cuestionamiento de que si **es preferible que el hombre tome la iniciativa en la relación sexual y la mujer se deje llevar**, las mujeres con un 36% indican que no están de acuerdo con dicho planteamiento, aunque un 8% de los varones mencionan que éstos son los que deben iniciar la relación sexual, por otro lado estudios recientes sugieren que es menos probable que las mujeres regulen cómo, cuándo y dónde llevar a cabo las relaciones sexuales. lo que conlleva a que se incrementen de manera considerable las posibilidades de embarazos no planeados y una mayor incidencia de contraer alguna Infección de Transmisión Sexual incluyendo al VIH/SIDA (19). La vulnerabilidad que presentan las mujeres referente a este tópico, se muestra menguada por diversos motivos entre los que destacan, la dependencia económica que tienen hacia el hombre, el escaso acceso de la mujer al desarrollo profesional, la marginación, pobreza y con lo que esto conlleva, la explotación sexual, y la prostitución. En este marco de referencia es evidente la gran desigualdad existente entre ambos géneros, añadiendo además el gran peso sociocultural, pareciendo hasta natural que sea el hombre quién muestre su dominancia unilateral respecto al establecer el encuentro sexual.

Respecto a si el **condón quita placer y espontaneidad a la relación sexual**, los adolescentes con un porcentaje bastante importante del 78% manifiestan que no están totalmente de acuerdo con esta afirmación, sin embargo en el Estudio citado de Métodos cualitativos (18) mencionan que los adolescentes optan por llevarla al natural (sin condón) como va. en caliente, continua el artículo señalando que los jóvenes que habían tenido prácticas con el condón, la sensación era distinta, que era como ponerse un impermeable que modificaba totalmente las sensaciones, y las chicas decían que los varones eso decían, y también coincidían los dos sexos en ese sentido, y que si la mujer había tenido experiencias previas es vista entonces como una mujer promiscua que tiene placer que ya lo ha utilizado y que es experta. Existe por lo tanto, una discrepancia en ambos estudios, ya que únicamente el 6 % las mujeres de la ENP indicaron una postura a favor de dicho planteamiento, y el 16% de los varones.

El siguiente cuestionamiento se refirió a qué si **el hombre es el quien decide si se van a utilizar condones o no en la relación sexual**, en el Estudio denominado “Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual”(22). los resultados que obtuvieron señalan que es claro que tanto hombres como mujeres solteros están de acuerdo en que, en general, ella no toma la iniciativa, aunque las mujeres consideran tener más participación al respecto. También están de acuerdo en que en un alto porcentaje lo decide el hombre (57.2% de los hombres y 41.4% de las mujeres). Pero hay diferencias sobre si consideran que la decisión fue conjunta o lo decidió él. Las mujeres tienden a afirmar que la decisión es más compartida (49.1%), en tanto que los hombres sólo creen que fue compartida en 36.9%, por lo que llegamos. En el estudio que se realizó se pudo corroborar que los adolescentes mencionan que la utilización del condón durante el acto sexual, no debe ser únicamente por decisión del varón, aunque el 16% de los varones mencionan que deben ser los que decidan su utilización.

En el Artículo Sexo Recompensado (24), respecto al siguiente cuestionamiento de **qué si no esta seguro de los sentimientos de su pareja, podría sugerir el uso del condón**, se encontraron algunas entrevistas de las cuales destaca la siguiente, “se supone que si es tu

novio, hay una confianza y hay un respeto. Que supuestamente la palabra **mundial**, como matrimonio, lo hace, es un compromiso que tú tienes con esa persona; **dado** ese compromiso no utilizas condón porque supuestamente tú no tienes otras parejas, y claro que jamás se lo vas a decir a tu novio o a tu esposa; por eso no utilizas el condón". Los resultados que se obtuvieron en relación a este aspecto indica que las mujeres con un 44% pueden sugerir el uso del condón, aunque los varones en una proporción un poco menor 40% también pueden sugerirlo, por lo que los adolescentes muestran capacidad para decidir el uso del preservativo aunque no estén seguros de los sentimientos de su pareja.

En el estudio ya mencionado, Las actitudes de los y las Adolescentes ante la Sexualidad (25), se obtuvieron los siguientes resultados, en relación a la importancia que le brindan los adolescentes respecto a **mantener relaciones sexuales antes del matrimonio**, en dicho estudio, se puede observar con mucha claridad una marcada diferencia actitudinal en ambos géneros, mientras que la actitud es más favorable en el género masculino ante las relaciones coitales antes del matrimonio, la actitudes del género femenino a esto es más desfavorable. Los resultados que se obtuvieron en esta investigación muestran concluyentemente que también los adolescentes le brindan un peso importante al mencionado ya que más de la mitad de los adolescentes encuestados así lo manifiestan, el peso que le brinda las mujeres es del 22% del mismo modo los varones presentan dicho porcentaje.

En la Investigación llamada, Métodos cualitativos en una investigación sobre sexualidad y Sida en Adolescentes (18), en relación al cuestionamiento, de qué **la mujer decente no debe participar en ciertas actividades sexuales** señala que, las mujeres bien portadas, las sumisas, las obedientes, las mujeres de familia, las mujeres que estaban dentro de una relación monogámica, y una relación legitimada, eran las mujeres decentes. Las mujeres indecentes son las promiscuas, las que tienen capacidad erótica y las que tienen posibilidad de sexo. Los resultados que se obtuvieron al respecto, indica que para los adolescentes la mujer decente puede ser participe de ciertas actividades sexuales, indicando de esta manera que este aspecto no les genera algún tipo de conflicto.

Siguiendo con la referencias en el marco conceptual, muestran que para los adolescentes es importante tener conocimientos relacionados a los aparatos reproductivos así como los métodos de planificación familiar, más sin embargo en el contexto del erotismo, el placer, el disfrute del acto sexual es exclusivamente papel del varón. Una mujer que demuestre tener dicho conocimiento indica que ha tenido experiencias previas, y por lo tanto, no es merecedora de respeto y menos aún de una promesa de matrimonio (26), los resultados que se obtuvieron en el estudio, en relación al planteamiento de que si **es peligroso que la mujer conozca más que el varón sobre temas relacionados con la sexualidad**, para los adolescentes no existe amenaza porque las mujeres adquieran y conozcan de temas relacionados con la sexualidad, aunque para el 10% de los varones puede percibirse una amenaza ante dicha situación.

Se les cuestionó en relación a **qué tan importante es la religión en su vida sexual**, los varones mencionaron que no es nada importante (30%), las mujeres por su parte señalan con una proporción del 32% que tampoco tiene gran representatividad este aspecto en su vida sexual, aunque un 8% de los varones afirma que si es importante. En el estudio Virgindad e iniciación sexual (26); experiencias y significados, según los datos reportados

por dicha investigación, indica que ha dejado de prevalecer el discurso religioso como condicionante de la actitud sexual de los adolescentes y que hoy en día, los adolescentes están tratando de encontrar un sentido propio según las diferentes fuentes de información.

Otro cuestionamiento de gran importancia fue aquel relacionado con la **frecuencia con la que los adolescentes hablan de sexualidad con su madre, padre y los amigos**, obteniéndose los siguientes resultados, los adolescentes nunca hablan con su madre 76%. Un 78% de los adolescentes nunca habla con su padre, mientras que un 56% de los adolescentes lo hacen con sus amigos, por lo que el grupo de pares es señalado por ambos géneros como el “preferido” para establecer algún tipo de conversación referente a la sexualidad. En el estudio denominado La Comunicación entre los padres y los hijos Adolescentes (27), indican los siguientes resultados respecto a este mismo tópico, los jóvenes reportan haber recibido educación sexual de las siguientes fuentes: para los hombres: 20% madre, 28% padre, 39%; para las mujeres: 64% madre, 11% el padre, 29% las amigas, en dicho estudio las mujeres indican a la madre con el más alto porcentaje y más bajo para el padre, y para el adolescente ambos padres ocupan un porcentaje bajo (20 y 28%). Ambos estudios revelan un escaso o casi nulo el lazo de la comunicación entre los adolescentes con sus padres, lo que es de llamar de atención es que los éstos se inclinan por conversar con su grupo de pares más que a sus padres.

En el Estudio llamado El Sexo Recompensado (24), las jóvenes manifiestan la imposibilidad de **cuestionar la salud o la conducta sexual de su pareja**, puesto que se puede interpretar como una falta de confianza hacia éste. Sin embargo los adolescentes (62%) de la ENP, manifestaron que son capaces de hablar cómodamente sobre sexo y la historia sexual de su pareja, los varones con un 32% se inclinan por esta postura y 30% de las mujeres.

En relación a la **frecuencia con que acuden los adolescentes a que les proporcionen información relacionado a la Salud Sexual y Reproductiva**, las mujeres y los varones no acuden a que les proporcionen dicha información (46% y 42%), los motivos por los cuáles estos no acuden son en orden de importancia para los adolescentes son, en primer lugar no son accesibles geográficamente (22%), en segundo lugar, horarios, económicos y confidencialidad (8) y por último, accesibles culturalmente (2%). Para las adolescentes la accesibilidad geográfica y horarios (14%) ocupan el primer lugar por lo cual no asisten a los Servicios de Planificación Familiar, en segundo lugar, se encuentra la confidencialidad (10%), el tercer lugar lo ocupa el factor económico (8%) y el último le corresponde al factor cultural (6%). Señala el artículo Motivos y Expectativas (34) que refieren adolescentes de 15 a 19 años para utilizar los servicios de Salud que los principales motivos son los siguientes, que el grupo de pares dificulta la utilización de los servicios para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y además Se visualiza como obstáculo los trámites administrativos, la espera, la falta de garantía de confidencialidad, el trato del personal y la ineficiencia de los servicios de Salud.

VII.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

En el presente estudio de investigación que se llevó a cabo en la Escuela Nacional Preparatoria "Miguel E. Schultz", perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, y cuya hipótesis general formulada consistía en que si los Factores Relacionados influían directamente en la Toma de Decisiones en las prácticas de riesgo de los adolescentes, por tanto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la nula. No hay relación entre las variables. . Esto se obtuvo al realizar el análisis y comprobación de dicha hipótesis con paquete estadístico STATS TM, utilizando la X², como prueba estadística.

Por lo tanto las variables de Conflicto en la Toma de Decisiones, Valores o Creencias Personales, Falta de Experiencia, Percepción de Amenaza en los Valores Personales, Sistema de Soporte Deficitario, Falta de Información Relevante, no se consideran factores relacionados que influyan en la Toma de Decisiones de los Adolescentes de la ENP.

VIII.- CONCLUSIONES.

La Salud Sexual y Reproductiva en nuestro país representa para los adolescentes un problema de Salud Pública, sin embargo es necesario poner en marcha programas prioritarios cuya cobertura y operacionalización propicien el desarrollo y potencialidades del adolescente que les permitan una adecuada toma de decisiones.

Se reconoce que la adolescencia es actualmente, un periodo en el que, con el inicio de la actividad sexual, se adoptan patrones y conductas que tendrán efectos en la salud sexual y reproductiva que pueden menguar las potencialidades de desarrollo durante esta etapa y posteriormente se verán reflejadas en la adultez, es por ello, que las intervenciones tempranas orientadas a la Promoción de la Salud dirigidas específicamente a la Salud Sexual y Reproductiva son muy importantes.

Según los objetivos planteados se puede concluir que los Factores Relacionados no influyen en la Toma de Decisiones en los adolescentes, sin embargo se encontraron hallazgos importantes, ocasionando en éstos conflictos que pueden tener un impacto importante en su Salud Sexual, prevaleciendo este tipo de circunstancias mayoritariamente en los varones de la ENP.

En relación a los resultados de las diferentes variables se encontró que los varones mostraron Conflicto en la Toma de Decisiones en relación a;

- Decidir el uso del Condón (16%).
- Utilización del condón con alguna pareja sexual, que le indique no padecer de ITS (12%).
- Sugerir el uso del condón aunque piensen que padece alguna ITS. (12%).
- Colocarse un preservativo cada vez que establezcan un encuentro sexual. (8%)

En la variable relacionada a la Percepción de amenaza de los Valores Personales, se pudo apreciar que:

- Importancia del varón por haber mantenido relaciones sexuales prematrimoniales. (22% varón y mujer).
- La masturbación vista como un acto inmoral. (18%).
- Amenaza del hombre por que la mujer conozca más sobre sexualidad. (10%).
- Importancia de la religión en la vida sexual. (16%).

La variable referente al Sistema de Soporte reportó los siguientes datos:

- Hablar con la madre de temas relacionados con la sexualidad. (38% varón y mujer).
- Hablar con el padre de temas relacionados con la sexualidad (42% mujer).
- Estar listo y preparado para mantener relaciones sexuales (32% mujer).

La siguiente variable se enfoco a las Fuentes de Información Múltiple o Divergente, de la cual se obtuvieron los siguientes datos:

- Hombre es quien debe comprar condones. (34%)
- Las relaciones sexuales deben ser espontáneas. (40%).

En la variable Falta de Información Relevante, se obtuvo lo siguiente:

- Claridad en los contenidos de las ITS. (16% mujer).

Sin embargo es importante recapitular que en el Programa de Acción de Salud a la Adolescencia no se contempla categóricamente a los valores como una de las herramientas primordiales que integran a la educación sexual, y que es importante proporcionar a los adolescentes. ¿Acaso las escuelas de nivel medio superior y superior tienen contemplado en sus programas de estudio ésta característica tan importante, o más aún cuentan con un programa dentro de su currícula profesigráfica que contemple a la Educación Sexual, y que puedan brindar como profesionistas comprometidos a promover la Salud?

Se ha comprobado que la educación de los adolescentes en materia de anticoncepción, VIH y prevención de ITS es eficaz para reducir las consecuencias no deseadas, desafortunadamente los padres, madres y aún los docentes, aunque tengan intenciones de ayudar a los adolescentes, siguen sin establecer una comunicación adecuada en cuestiones relativas a la sexualidad, simplemente se sienten incompetentes para esa tarea, sobre todo acuden a tratar este tipo de temas con su grupo de pares, que más que proporcionarles una información clara, es totalmente turbia y empaña aún más las decisiones que tome el adolescente y que además tendrán un efecto no siempre positivo para su Salud Sexual.

Tradicionalmente la escuela ha brindado una educación sexual reduccionista, fisiologista y biologizada, dejando atrás otras dimensiones que integran de manera total la sexualidad, como lo son la psicológica y sociocultural. Si bien es cierto, proporcionar información sexual exacta y veraz es importante, no es el único objetivo, durante mucho tiempo y para muchas escuelas entre ellas la ENEO esto ha sido lo más fácil y lo más cómodo. Dar información es una cosa y formar es otra, brindar información sexual no garantiza que los estudiantes adquieran valores y actitudes positivas para vivir su sexualidad basada en el respeto, la responsabilidad, la autonomía, el amor, la reciprocidad, la tolerancia, que le permitan una verdadera toma de decisiones sobre su Salud Sexual y Reproductiva.

La educación sexual debe implicar a la persona en su totalidad, debe partir de las vivencias, las experiencias, los conocimientos, las creencias, los temores, las emociones, las actitudes y las características personales de los adolescentes. Generalmente la educación sexual se ha dirigido al dominio de lo cognitivo, como un requisito indispensable para exentar exámenes de alguna asignatura, descuidando los aspectos afectivos, actitudinales y comportamentales. Por lo que se sugiere que mediante la información que se le brinde al adolescente éste logre:

- Un pensamiento crítico que posibilite la adopción de actitudes positivas hacia la sexualidad
- Favorecer el proceso a través del cual es posible reconocerse, identificarse y aceptarse como ser sexual y sexuado durante todo el transcurso de la vida, sin temores, angustias ni sentimientos de culpa.
- Favorecer el desarrollo de roles sexuales en el marco de una dialéctica de valores basada en los derechos humanos, que propicie relaciones de respeto y equidad entre

las personas, superando toda discriminación de género.

- Favorecer un mayor conocimiento y vínculo con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento del autocuidado de la salud.
- Favorecer la adopción de conductas sexuales conscientes, placenteras, libres y responsables hacia uno mismo y los demás.
- Propiciar la comunicación en la pareja y en la vida familiar promoviendo relaciones equitativas y horizontales dentro del hogar, destacando el respeto y consideración que como personas merecen todos y cada uno de sus integrantes, cualquiera que sea su sexo, edad y condición.
- Promover conductas de responsabilidad recíproca en la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Otro problema lo representa los Servicios de Salud, que parecen estar totalmente distantes e inalcanzables para satisfacer las múltiples necesidades de los adolescentes, ya que los perciben inaccesibles geográficamente y un problema que se añade, no obstante, son los horarios, lo que podría sugerir la impostergable construcción y puesta en marcha de Servicios de Salud, en las mismas instalaciones escolares o en su caso, los Servicios de Planificación Familiar deben brindar mayor flexibilidad en relación a los horarios. Por lo tanto, los adolescentes son un grupo de población que hoy en día se encuentran desprotegidos por los Servicios de Salud ya que ambas situaciones se amalgaman y producen una sinergia cuyo efecto se traduce en un divorcio entre éstos y la población adolescente.

Además hay que añadir a estos factores, la importancia de integrar un equipo multidisciplinario de profesionistas que logren proporcionar una información, basada en la ética, garantizando la protección de las necesidades sexuales en sus aspectos afectivos, espirituales, reproductivos, placenteros y con equidad de género.

Es por ello, que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe contemplar a la Adolescencia, como una etapa de la vida, que requiere una visión más integral, ya que los programas de estudios vigentes, no permiten de manera focalizada manejar sustancialmente aquellas necesidades que requiere el adolescente. Más aún se hace impostergable la puesta en marcha de seminarios y asignaturas que permitan un mayor entendimiento de los adolescentes en todas sus muy diversas dimensiones.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

IX.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Salud Sexual y Reproductiva y Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades. Population Council. Instituto Nacional de Salud Pública. P 1-88.
- 2.- J. Silber T. Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Washington, 1992.;78.
- 3.- Pérez. Fernández, et al. Antología de la Sexualidad Humana. Tomo III, 2ª edic Porrua, México 1998; 694-695.
- 4.- M. Munist M, et al. La Salud del Adolescente y del Joven. Organización Panamericana de la Salud. OMS, Washington, 1996;15-16.
- 5.- Programa de Acción: Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia. Secretaría de Salud. México 2002.
- 6.- Bernal A. B. et al. Las Enfermedades de Transmisión Sexual ETS: otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. Rev SIDA-ETS 1997(3)3:63-67.
- 7.- Secretaria de Salud. Programa de Acción. VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), 2002:14
- 8.- Una oportunidad en un momento crucial. Los jóvenes y el VIH. UNICEF/ONUSIDA/OMS 2002:16
- 9.- Caballero, R. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. Rev Salud Pública de México. 2003 (45) 1: 109.
- 10.- Villaseñor A. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes . Salud Pública de México. 2003(45)1:73-74.
- 11.- Santos Preciado J. et al. La Transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Rev Salud Pública de México. 2003(45) 1:147
- 12.-Bernal A. B. et al. Las Enfermedades de Transmisión Sexual ETS: otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. Rev SIDA-ETS 1997(3)3:63-67.
- 13.- Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2003-2004. Nanda Internacional. España 2003.
- 14.- Jonson, M. Clasificación de los Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Autcomes Classification (NOC), 2ª edic, Harcourt. España 2002.
- 15.-C. Joanne. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). 3ª edic, Harcourt. España 2002.

- 16.- Claudio Stern. Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. Salud Pública de México. 2003(45)1:34-42
- 17.- Martínez Ramírez, Martha El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares Rev Med IMSS 2002; 40 (1): 35-41.
- 18.- Rivas, Z. Martha. Métodos cualitativos en una investigación sobre sexualidad y Sida en Adolescentes, UAM. UAG. IMSS, OPS. Salud, Sexualidad y Reproducción en la Adolescencia. Seminario Internacional. México 2002:138-148
- 19.- En el sexo me la juego. <http://www.jornada.unam.mx>
- 20.- Autoerotismo y salud sexual. <http://www.jornada.unam.mx>
- 21.- H. Morales H. Actitudes de los y las Adolescentes ante la Sexualidad. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. 1998;4(2):229-257.
- 22.- Gayet, C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Salud Pública de México. 2003; 45 (5): 632-640
- 23.- Villaseñor, S. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. Salud Pública de México. 2003;45 (1): 73-80
- 24.- Florence, L. T. El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. Salud Pública de México. 2004 (46) 2:104-111.
- 25.- Morales H. Actitudes de los y las Adolescentes ante la Sexualidad. Revista Archivos Hispanoamericanos de Sexología.1998(4)2:229-258.
- 26.- Pierde peso el factor religioso en el ejercicio sexual. <http://www.jornada.unam.mx>
- 27.- Rasmussen, C. B. La Comunicación entre los padres y los Hijos adolescente. Módulo de Fomento a la Salud del Adolescente. Salud, Sexualidad y Reproducción en la Adolescencia. IMSS. Universidad Autónoma de Guadalajara. OPS. 1995:88-90
- 28.- Nuño Gutiérrez L. El Sistema Familiar como influencia para que adolescentes bachilleres utilicen servicios de Salud I. Revista UNIVA 1998;31:11-18.
- 29.- Gayet C. Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA. Salud Pública de México.2002(44)2:122-128.
- 30.- Gayet C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Salud Pública de México, 200345(5):632-640.
- 31.- Hoyos, R. C. Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos

sobre el SIDA en adolescentes de México. *Rev. Saúde Pública*, 1997 31 (4): 351-359.

32.- Efectos de cultivo de la exposición a la televisión sobre actitudes sexuales de los adolescentes de Guadalajara. Unidad de investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. OPS. 2002. IMSS. P 166-171

33.- Villaseñor, F.M: Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 2003;45(1):44-57

34.- Hoyos, R.C.Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el SIDA en adolescentes de México. *Rev. Saúde Pública*, 31 (4): 351-359.

35.- Motivos y Expectativas que refieren adolescentes de 15 a 19 años para utilizar los Servicios de Salud I. *Revista Médica del IMSS* 1998;36(1):13:20.

ANEXOS

Cuestionario.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.

Objetivo. Este cuestionario forma parte de una investigación que pretende averiguar las actitudes en torno a la toma de decisiones de los adolescentes referentes a la Salud Sexual.

Este cuestionario es anónimo. Para contestarlo sólo tienes que colocar en la columna "Codificador" la respuesta que creas conveniente. Es importante que leas con atención las preguntas que se te realizan y las contestes con toda sinceridad. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, todas son válidas siempre que reflejen lo que tú consideres.

Edad: _____ años.

Sexo: () Masculino () Femenino

Grupo: _____

Conflicto de Decisiones.	Codificador.
1.- ¿Puede conversar acerca del uso del condón con alguien que podría ser su pareja sexual? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no.	
2.- ¿Puede usar un condón aunque su pareja no quiera que lo use? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no.	
3.- ¿Puede parar el encuentro sexual si una persona insiste que no use condón? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no.	
4.- ¿Puede usar un condón siempre que esta con una persona a quién conoce desde hace mucho tiempo? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no.	
5.- ¿Puede sugerir el uso de un condón a cualquier pareja nueva? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no.	

Valores o creencias personales poco claros.	Codificador.
6.- ¿Cree usted que al hablarle sobre sexo el hombre le muestra menos respeto a la mujer? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no.	
7.- ¿Cree usted que el hombre no puede controlar sus deseos sexuales tan fácilmente como la mujer? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no.	
8.- ¿Cree usted que masturbarse puede causar daños físicos o mentales? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no.	
9.- ¿Cree usted que masturbarse es una buena alternativa a las relaciones sexuales en los adolescentes? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no.	
10.- ¿Es preferible que el hombre lleve la iniciativa en la relación sexual y la mujer se deje llevar? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no.	
11.- ¿El uso del condón, quita el placer y espontaneidad a la relación sexual? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no.	

Falta de experiencia o interferencia en la Toma de Decisiones.	Codificador.
12.- ¿Cree usted que es el hombre quién debe decidir si se van a usar condones o no? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no	
13.- Si no esta seguro de los sentimientos de su pareja sexual sobre el uso del condón ¿Puede sugerir su uso? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no	
14.- ¿Puede usar un condón siempre que está con alguien que dice que no esta infectado con alguna Infección de Transmisión Sexual? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no	
15.- ¿Puede sugerir el uso del condón cuando no inicia usted la actividad sexual? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no	
16.- ¿Puede sugerir el uso del condón con una pareja aunque va a pensar que usted tiene una Infección de Transmisión Sexual? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no	
17.- ¿Puede ponerse un condón cada vez que tenga relaciones sexuales? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no	

Percepción de amenaza a los valores personales.	Codificador.
18.- ¿Cree usted que tener experiencias sexuales antes de contraer matrimonio es más importante para el hombre que para la mujer? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no	
19.- ¿Cree usted que la mujer decente no participa en ciertas actividades sexuales? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no.	
20.- ¿Cree usted que la masturbación como acto público es pecado? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no	
21.- ¿Cree usted que es peligroso que una mujer sepa tanto o más sobre el sexo que el hombre? 1.- Definitivamente si. 2.- Probablemente si. 3.- Neutral. 4.- Probablemente no. 5.- Definitivamente no	
22.- ¿Qué tan importante es la religión en su vida sexual, ¿Diría que: 1.- Extremadamente importante. 2.- Muy importante. 3.- Importante. 4.- Algo importante. 5.- Nada importante.	

Sistema de Soporte Deficitario.	Codificador.
23.- ¿Con qué frecuencia habla con su madre acerca de temas relacionados con la sexualidad? 1.- Siempre. 2.- Casi siempre. 3.- Algunas veces. 4.- Pocas veces. 5.- Nunca.	
24.- ¿Con qué frecuencia habla con su padre acerca de temas relacionados con la sexualidad? 1.- Siempre. 2.- Casi siempre. 3.- Algunas veces. 4.- Pocas veces. 5.- Nunca.	
25.- ¿Con qué frecuencia habla con sus amigos(as) acerca de temas relacionados con la sexualidad? 1.- Siempre. 2.- Casi siempre. 3.- Algunas veces. 4.- Pocas veces. 5.- Nunca.	
26.- ¿Eres capaz de hablar cómodamente con tu pareja sobre sexo y la historia sexual de tu pareja? 1.- Siempre. 2.- Casi siempre. 3.- Algunas veces. 4.- Pocas veces. 5.- Nunca.	
27.- ¿Te sientes listo(a) y completamente cómodo (a) contigo y tu pareja para tener sexo? 1.- Siempre. 2.- Casi siempre. 3.- Algunas veces. 4.- Pocas veces. 5.- Nunca.	

Falta de Información Relevante.	Codificador
28.- Acerca de los contenidos en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual de las que ha recibido información, ¿han sido totalmente claros? 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Acuerdo 3.- Más si que no. 4.- Desacuerdo. 5.- Total desacuerdo.	
29.- ¿Los contenidos tienen posibilidad de aplicación práctica? 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Acuerdo 3.- Neutral. 4.- Desacuerdo. 5.- Total desacuerdo.	
30.- Los contenidos ¿no son interesantes? 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Acuerdo 3.- Neutral. 4.- Desacuerdo. 5.- Total desacuerdo.	
31.- ¿Los contenidos poseen una clara estructuración? 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Acuerdo 3.- Neutral. 4.- Desacuerdo. 5.- Total desacuerdo.	
32.- ¿Los conocimientos sobre la temática de las Infecciones de Transmisión Sexual así como su prevención han aumentado? 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Acuerdo 3.- Neutral 4.- Desacuerdo. 5.- Total desacuerdo.	
33.- ¿Las expectativas sobre la información que usted ha recibido se han cumplido? 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Acuerdo 3.- Neutral 4.- Desacuerdo. 5.- Total desacuerdo.	
34.- ¿Consideras suficientes tus conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual? 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Acuerdo 3.- Neutral. 4.- Desacuerdo. 5.- Total desacuerdo.	

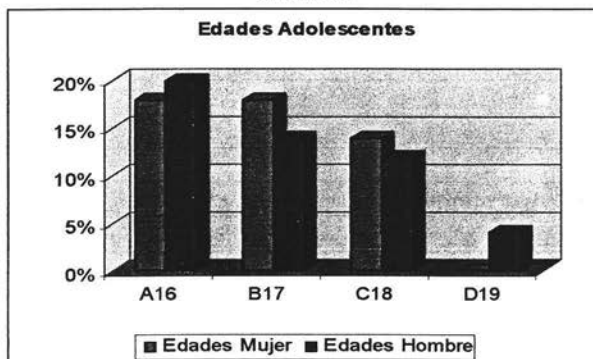
Fuente de información múltiple o divergente.	Codificador
35.- Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo. 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Acuerdo 3.- Neutral. 4.- Desacuerdo. 5.- Total desacuerdo.	
36.- El hombre es el que debe comprar los condones. 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Acuerdo 3.- Neutral. 4.- Desacuerdo. 5.- Total desacuerdo.	
37.- Las relaciones sexuales deben ser espontáneas. 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Acuerdo 3.- Neutral. 4.- Desacuerdo. 5.- Total desacuerdo.	
38.- El uso del condón es bueno para mi salud. 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Acuerdo 3.- Neutral. 4.- Desacuerdo. 5.- Total desacuerdo.	
39.- Las relaciones sexuales sólo deben de tenerse con la misma persona de por vida. 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Acuerdo 3.- Neutral. 4.- Desacuerdo. 5.- Total desacuerdo.	
41.- Acude a que le proporcionen información en relación a Salud Sexual en los Servicios de Planificación Familiar ¿Con qué frecuencia? 1.- Siempre. 2.- Casi siempre. 3.- Algunas veces. 4.- Pocas veces. 5.- Nunca.	
42.- Enumere en orden de importancia los principales factores por los que usted no acude a los servicios de Planificación Familiar existentes en su comunidad. 1.- Accesibles geográficamente. 2.- Accesibles en horarios. 3.- Accesibles económicamente. 4.- Accesibles culturalmente. 5.- Confidencialidad.	() () () () ()

Gráficas y Cuadros.

Cuadro 1

Género	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres.	25	50%
Hombres.	25	50%
Total		100%

Gráfica 2.



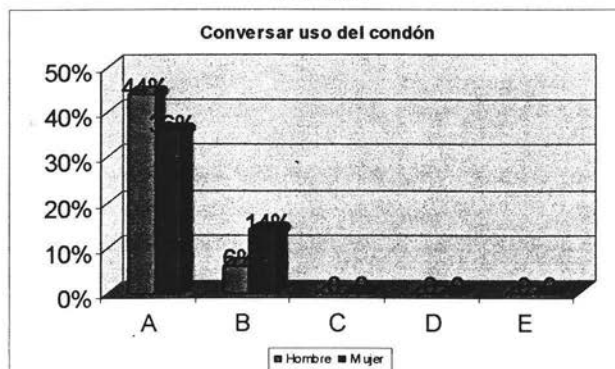
Cuadro 4.

Género.	Frecuencia.	Año Escolar	Porcentaje
Mujeres	25	5°	50%
Hombres	25	5°	50%
Total			100%

Cuadro 4.

Conversar uso condón					
	Fr	Varón.	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	22	44%	18	36%	80%
B. Prob. Si.	3	6%	7	14%	20%
C. Neutral	0	0	0	0	0%
D. Prob. No.	0	0	0	0	0%
E. Def. No.	0	0	0	0	0%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

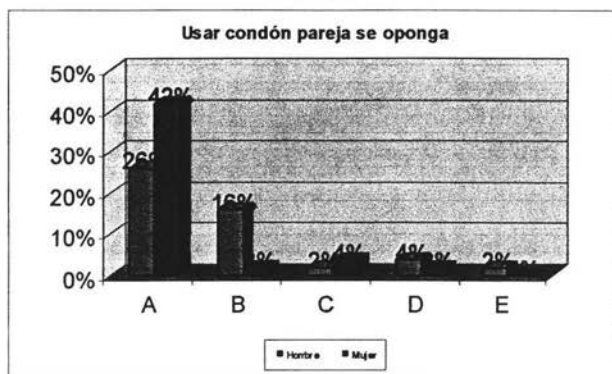
Gráfica 4



Cuadro 5.

Usar condón pareja se oponga					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	13	26%	21	42%	68%
B. Prob. Si.	8	16%	1	2%	18%
C. Neutral	1	2%	2	4%	6%
D. Prob. No.	2	4%	1	2%	6%
E. Def. No.	1	2%	0	0%	2%
TOTAL	25	50%	25	100%	100%

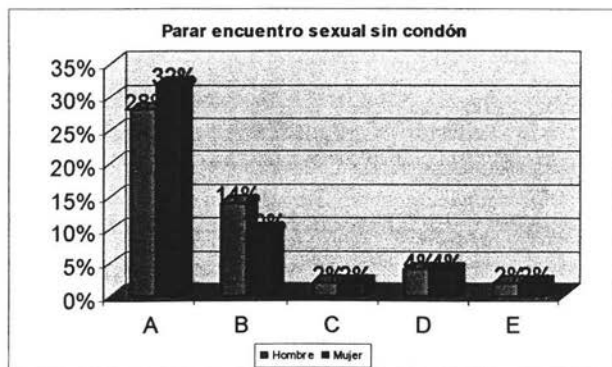
Gráfica 5.



Cuadro 6.

Parar encuentro sexual sin condón					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	14	28%	16	32%	60%
B. Prob. Si.	7	14%	5	10%	24%
C. Neutral	1	2%	1	2%	4%
D. Prob. No.	2	4%	2	4%	8%
E. Def. No.	1	2%	1	2%	4%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

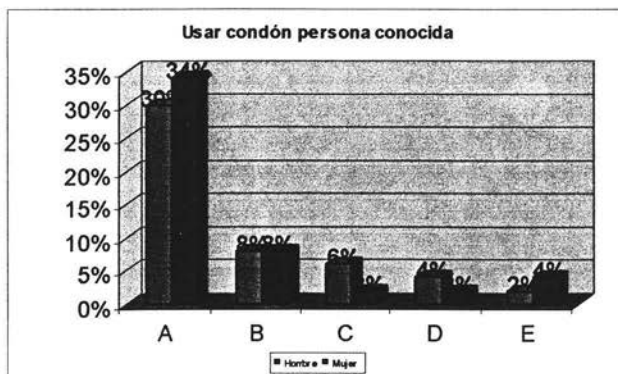
Gráfica 6.



Cuadro 7-

Usar condón persona conocida					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	15	30%	17	34%	64%
B. Prob. Si.	4	8%	4	8%	16%
C. Neutral	3	6%	1	2%	8%
D. Prob. No.	2	4%	1	2%	6%
E. Def. No.	1	2%	2	4%	6%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

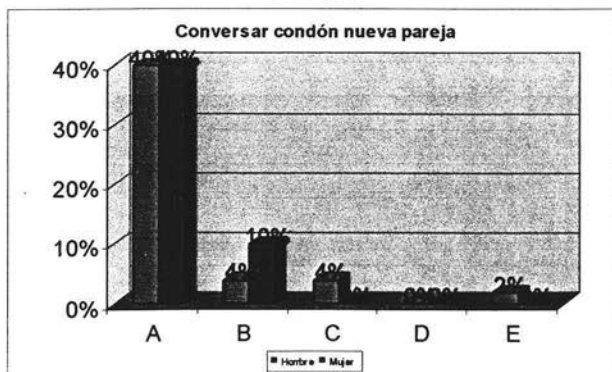
Gráfica 7



Cuadro 8.

Conversar condón nueva pareja					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	20	40%	20	40%	80%
B. Prob. Si.	2	4%	5	10%	14%
C. Neutral	2	4%	0	0%	4%
D. Prob. No.	0	0%	0	0%	0%
E. Def. No.	1	2%	0	0%	2%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

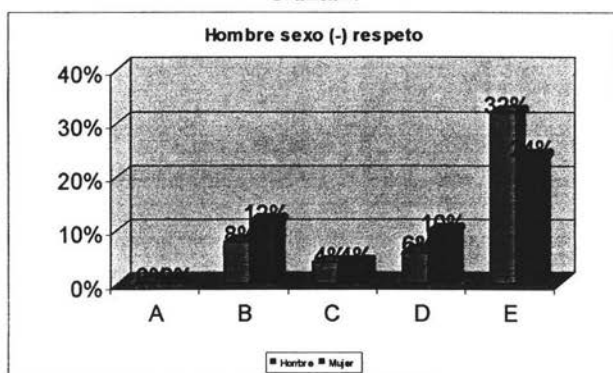
Gráfica 8.



Cuadro 9.

Hablar sexo hombre menos respeto mujer					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	0	0%	0	0%	0%
B. Prob. Si.	4	8%	6	12%	20%
C. Neutral	2	4%	2	4%	8%
D. Prob. No.	3	6%	5	10%	16%
E. Def. No.	16	32%	12	24%	56%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

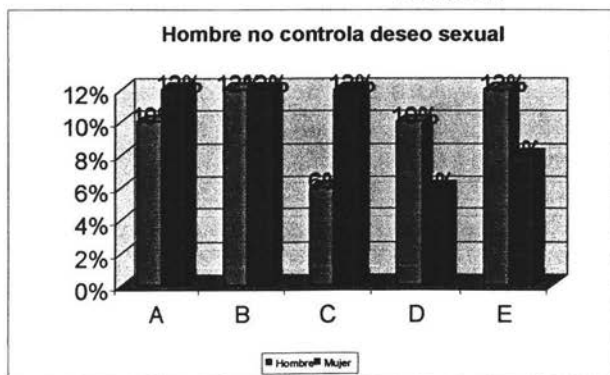
Gráfica 9.



Cuadro 10.

Hombre no controla deseo sexual					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	5	10%	6	12%	22%
B. Prob. Si.	6	12%	6	12%	24%
C. Neutral	3	6%	6	12%	18%
D. Prob. No.	5	10%	3	6%	16%
E. Def. No.	6	12%	4	8%	20%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

Gráfica 10.



Cuadro 11.

Masturbación daños físicos/mentales					
	<i>Fr</i>	Hombre	<i>Fr</i>	Mujer	Total
A. Def. Si	0	0%	1	2%	2%
B. Prob. Si.	5	10%	2	4%	14%
C. Neutral	1	2%	0	0%	2%
D. Prob. No.	1	2%	3	6%	8%
E. Def. No.	18	36%	19	38%	74%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

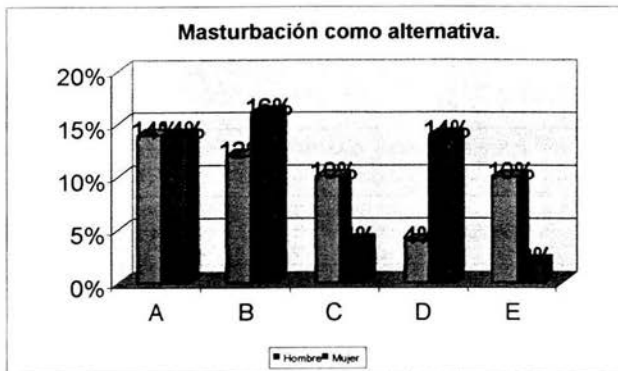
Gráfica 11.



Cuadro 12.

Masturbación como alternativa					
	<i>Fr</i>	Hombre	<i>Fr</i>	Mujer	Total
A. Def. Si	7	14%	7	14%	28%
B. Prob. Si.	6	12%	8	16%	28%
C. Neutral	5	10%	2	4%	14%
D. Prob. No.	2	4%	7	14%	18%
E. Def. No.	5	10%	1	2%	12%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

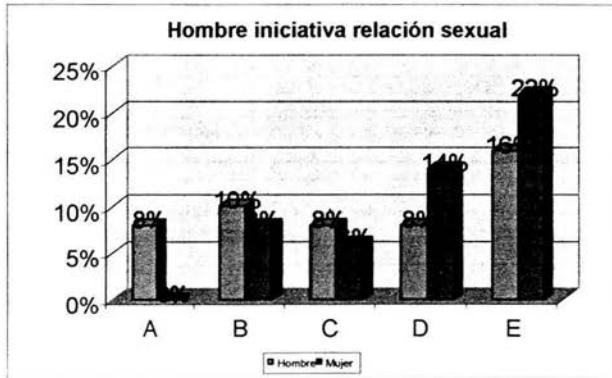
Gráfica 12.



Cuadro 13.

Hombre iniciativa relación sexual					
	<i>Fr</i>	Hombre	<i>Fr</i>	Mujer	Total
A. Def. Si	4	8%	0	0%	8%
B. Prob. Si.	5	10%	4	8%	18%
C. Neutral	4	8%	3	6%	14%
D. Prob. No.	4	8%	7	14%	22%
E. Def. No.	8	16%	11	22%	38%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

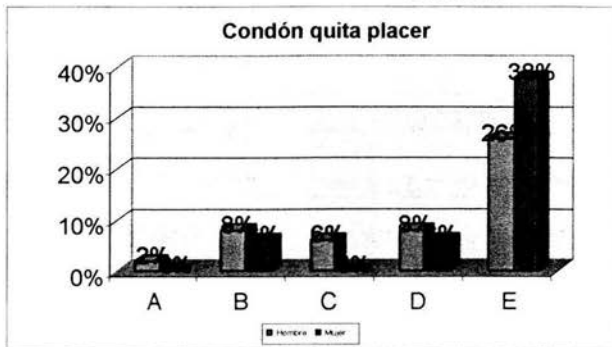
Gráfica 13.



Cuadro 14.

Condón quita placer.					
	<i>Fr</i>	Hombre	<i>Fr</i>	Mujer	Total
A. Def. Si	1	2%	0	0%	2%
B. Prob. Si.	4	8%	3	6%	14%
C. Neutral	3	6%	0	0%	6%
D. Prob. No.	4	8%	3	6%	14%
E. Def. No.	13	26%	19	38%	64%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

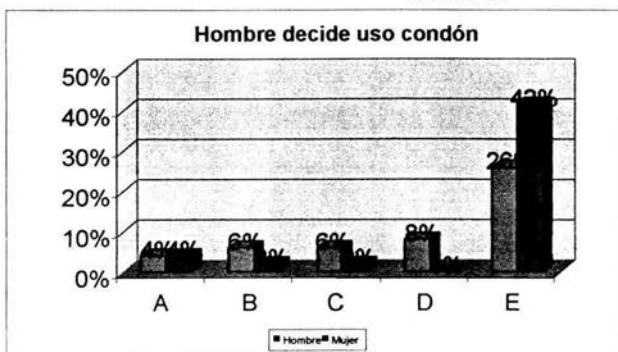
Gráfica 14.



Cuadro 15.

Hombre decide uso condón					
	<i>Fr</i>	Hombre	<i>Fr</i>	Mujer	Total
A. Def. Si	2	4%	2	4%	8%
B. Prob. Si.	3	6%	1	2%	8%
C. Neutral	3	6%	1	2%	8%
D. Prob. No.	4	8%	0	0%	8%
E. Def. No.	13	26%	21	42%	68%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

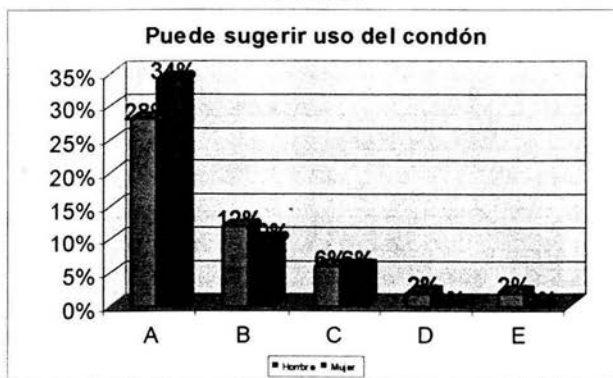
Gráfica 15.



Cuadro 16.

Puede sugerir uso del condón.					
	<i>Fr</i>	Hombre	<i>Fr</i>	Mujer	Total
A. Def. Si					
B. Prob. Si.	14	28%	17	34%	62%
C. Neutral	6	12%	5	10%	22%
D. Prob. No.	3	6%	3	6%	12%
E. Def. No.	1	2%	0	0%	2%
TOTAL	1	2%	0	0%	2%
	25	50%	25	50%	100%

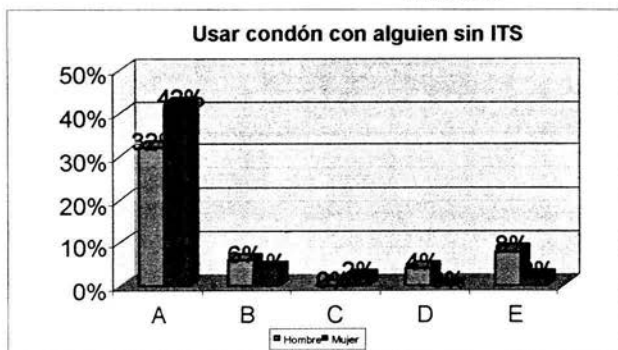
Gráfica 16.



Cuadro 17.

Usar condón con alguien sin ITS.					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	16	32%	21	42%	74%
B. Prob. Si.	3	6%	2	4%	10%
C. Neutral	0	0%	1	2%	2%
D. Prob. No.	2	4%	0	0%	4%
E. Def. No.	4	8%	1	2%	10%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

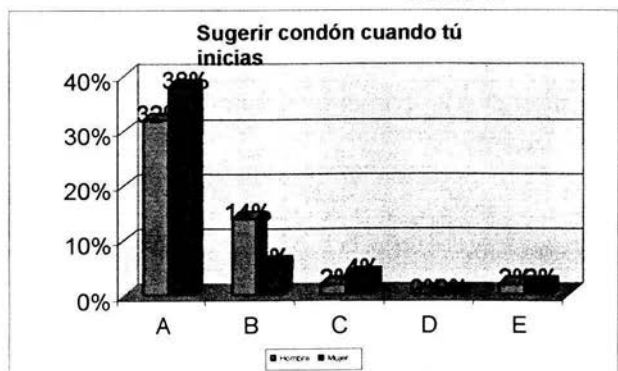
Gráfica 17.



Cuadro 18.

Sugerir condón cuando tú no inicias					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	16	32%	19	38%	70%
B. Prob. Si.	7	14%	3	6%	20%
C. Neutral	1	2%	2	4%	6%
D. Prob. No.	0	0%	0	0%	0%
E. Def. No.	1	2%	1	2%	4%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

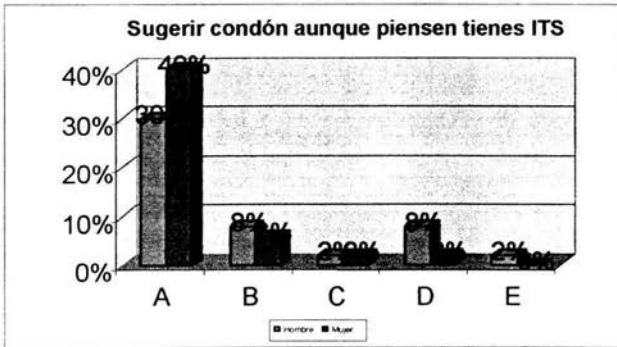
Gráfica 18.



Cuadro 19.

Sugieres condón aunque piensen tienen ITS					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	15	30%	20	40%	70%
B. Prob. Si.	4	8%	3	6%	14%
C. Neutral	1	2%	1	2%	4%
D. Prob. No.	4	8%	1	2%	10%
E. Def. No.	1	2%	0	0%	2%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

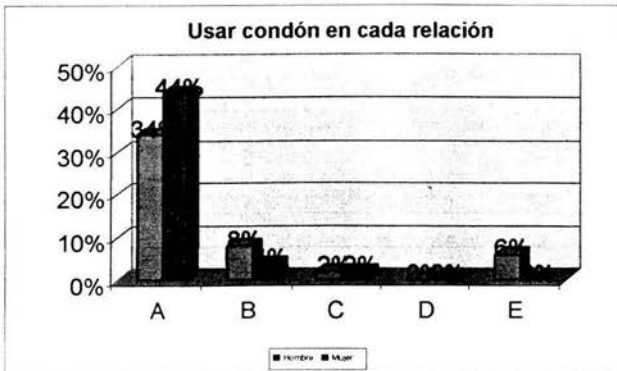
Gráfica 19.



Cuadro 20.

Usar condón en cada relación.					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	17	34%	22	44%	78%
B. Prob. Si.	4	8%	2	4%	12%
C. Neutral	1	2%	1	2%	4%
D. Prob. No.	0	0%	0	0%	0%
E. Def. No.	3	6%	0	0%	6%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

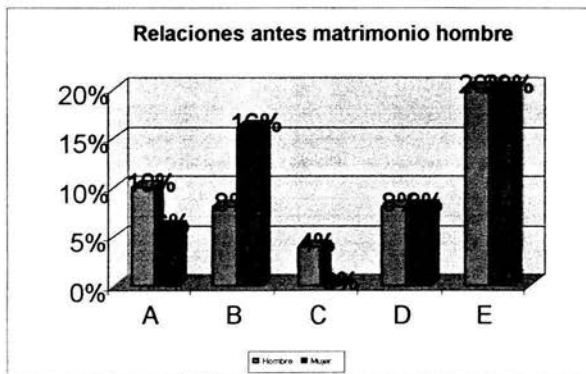
Gráfica 20.



Cuadro 21.

Relaciones antes matrimonio hombre					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	5	10%	3	6%	16%
B. Prob. Si.	4	8%	8	16%	24%
C. Neutral	2	4%	0	0%	4%
D. Prob. No.	4	8%	4	8%	16%
E. Def. No.	10	20%	10	20%	40%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

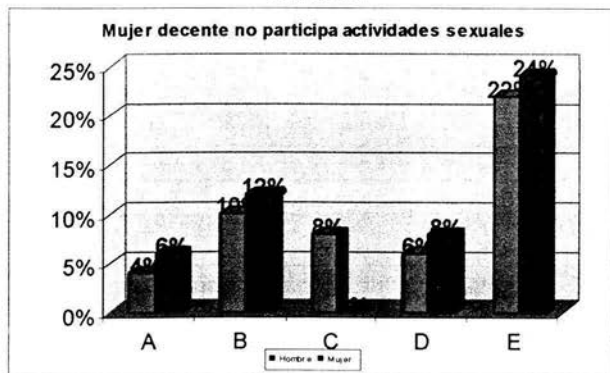
Gráfica 21.



Cuadro 22.

Mujer decente no participa actividades sexuales					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	2	4%	3	6%	10%
B. Prob. Si.	5	10%	6	12%	22%
C. Neutral	4	8%	0	0%	8%
D. Prob. No.	3	6%	4	8%	14%
E. Def. No.	11	22%	12	24%	46%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

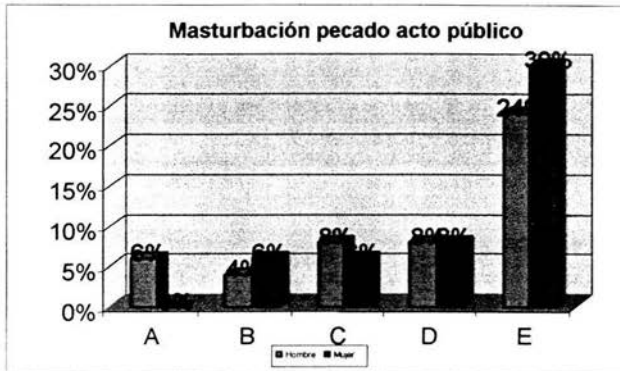
Gráfica 22.



Cuadro 23.

Masturbación pecado acto público					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Def. Si	3	6%	0	0%	6%
B. Prob. Si.	2	4%	3	6%	10%
C. Neutral	4	8%	3	6%	14%
D. Prob. No.	4	8%	4	8%	16%
E. Def. No.	12	24%	15	30%	54%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

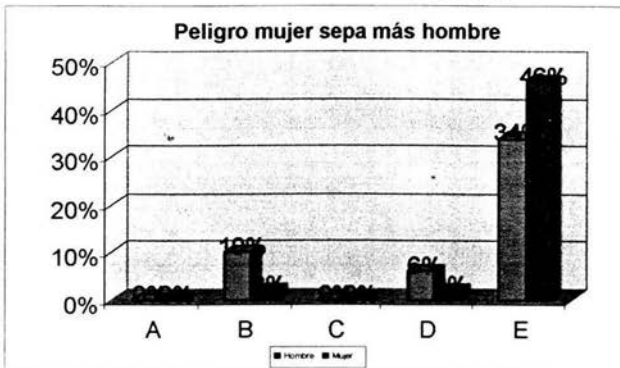
Gráfica 23.



Cuadro 24.

Peligro mujer sepa más hombre					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total.
A. Def. Si	0	0%	0	0%	0%
B. Prob. Si.	5	10%	1	2%	12%
C. Neutral	0	0%	0	0%	0%
D. Prob. No.	3	6%	1	2%	8%
E. Def. No.	17	34%	23	46%	80%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

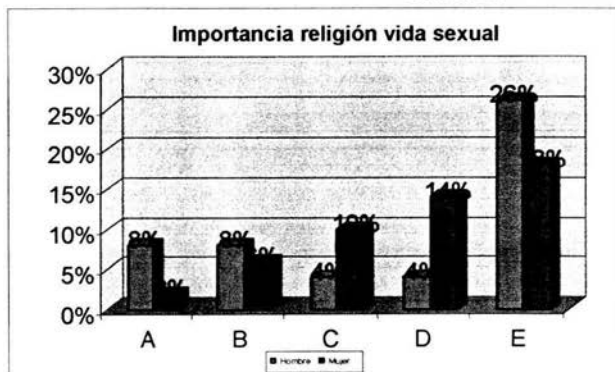
Gráfica 24.



Cuadro 25.

Importancia religión vida sexual					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Ext. Imp.	4	8%	1	2%	10%
B. Muy Imp.	4	8%	3	6%	14%
C. Neutral	2	4%	5	10%	14%
D. Alg. Imp.	2	4%	7	14%	18%
E. Nada Imp.	13	26%	9	18%	44%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

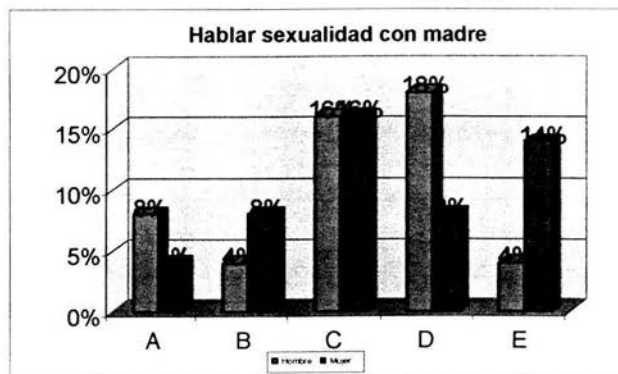
Gráfica 25.



Cuadro 26.

Hablar sexualidad con madre					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Siempre.	4	8%	2	4%	12%
B. Casi Siem	2	4%	4	8%	12%
C. Neutral.	8	16%	8	16%	32%
D. Poc. Vec	9	18%	4	8%	26%
E. Nunca.	2	4%	7	14%	18%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

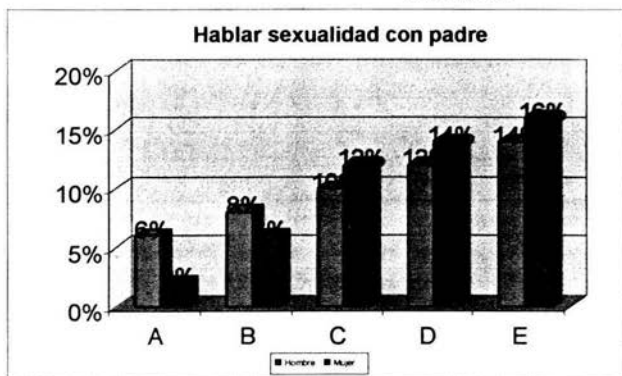
Gráfica 26.



Cuadro 27.

Hablar sexualidad con padre					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Siempre.	3	6%	1	2%	8%
B. Casi Siem	4	8%	3	6%	14%
C. Neutral.	5	10%	6	12%	22%
D. Poc. Vec	6	12%	7	14%	26%
E. Nunca.	7	14%	8	16%	30%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

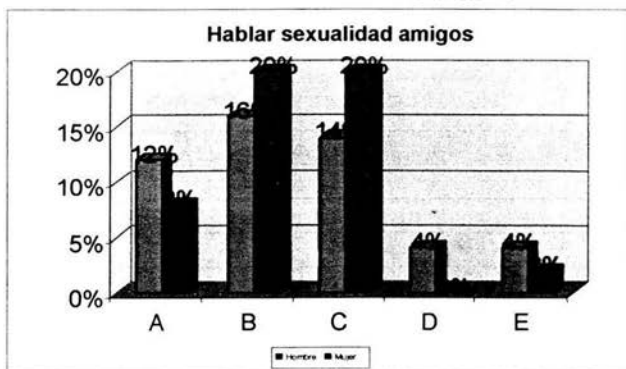
Gráfica 27.



Cuadro 28.

Hablar sexualidad amigos					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Siempre.	6	12%	4	8%	20%
B. Casi Siem	8	16%	10	20%	36%
C. Neutral.	7	14%	10	20%	34%
D. Poc. Vec	2	4%	0	0%	4%
E. Nunca.	2	4%	1	2%	6%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

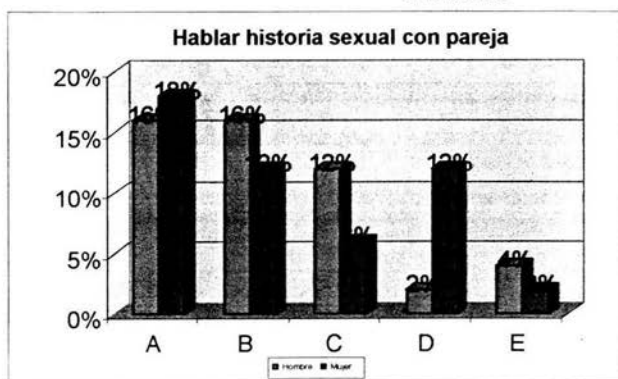
Gráfica 28.



Cuadro 29.

Hablar historia sexual con pareja					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Siempre.	8	16%	9	18%	34%
B. Casi Siem	8	16%	6	12%	28%
C. Neutral.	6	12%	3	6%	18%
D. Poc. Vec	1	2%	6	12%	14%
E. Nunca.	2	4%	1	2%	6%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

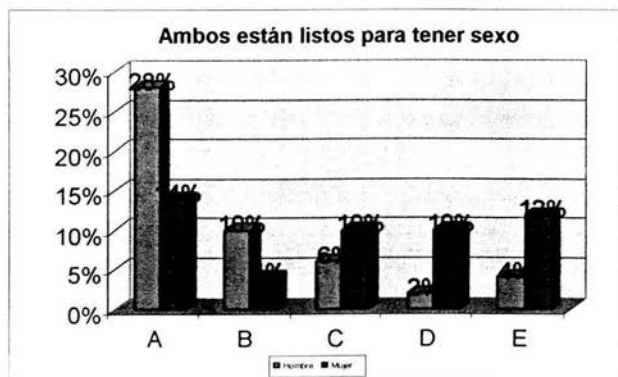
Gráfica 29.



Cuadro 30.

Ambos están listos para tener sexo.					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Siempre.	14	28%	7	14%	42%
B. Casi Siem	5	10%	2	4%	14%
C. Neutral.	3	6%	5	10%	16%
D. Poc. Vec	1	2%	5	10%	12%
E. Nunca.	2	4%	6	12%	16%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

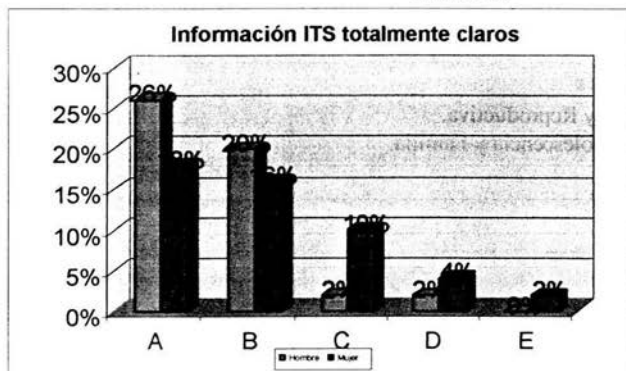
Gráfica 30.



Cuadro 31.

Información ITS totalmente claros					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	13	26%	9	18%	44%
B. Acuerdo	10	20%	8	16%	36%
C. Neutral	1	2%	5	10%	12%
D. Desac.	1	2%	2	4%	6%
E. Total Des	0	0%	1	2%	2%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

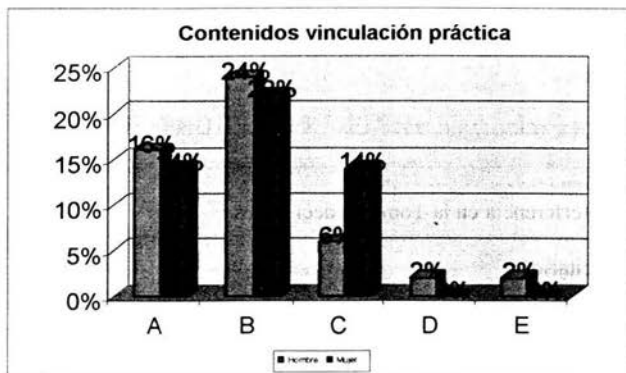
Gráfica 31.



Cuadro 32.

Contenidos vinculación práctica					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	8	16%	7	14%	30%
B. Acuerdo	12	24%	11	22%	46%
C. Neutral	3	6%	7	14%	20%
D. Desac.	1	2%	0	0%	2%
E. Total Des	1	2%	0	0%	2%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

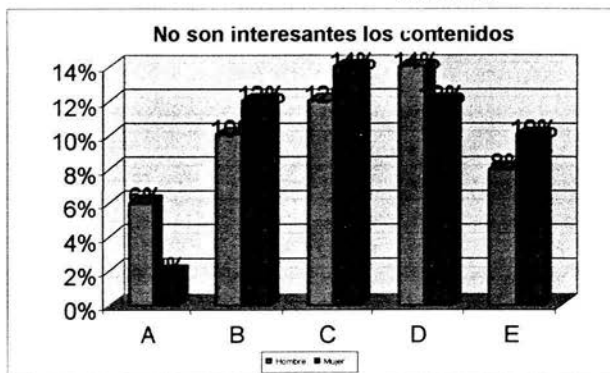
Gráfica 32.



Cuadro 33.

No son interesantes los contenidos					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	3	6%	1	2%	8%
B. Acuerdo	5	10%	6	12%	22%
C. Neutral	6	12%	7	14%	26%
D. Desac.	7	14%	6	12%	26%
E. Total Des	4	8%	5	10%	18%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

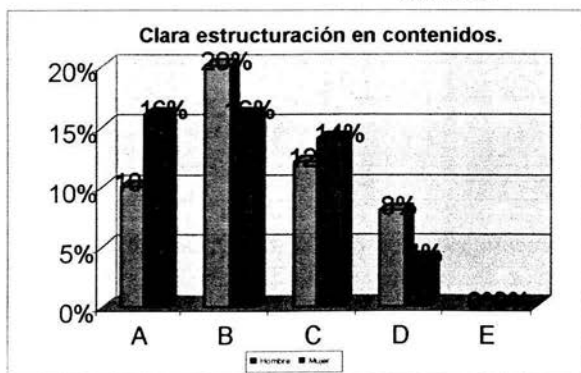
Gráfica 33.



Cuadro 34.

Clara estructuración en contenidos					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	5	10%	8	16%	26%
B. Acuerdo	10	20%	8	16%	36%
C. Neutral	6	12%	7	14%	26%
D. Desac.	4	8%	2	4%	12%
E. Total Des	0	0%	0	0%	0%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

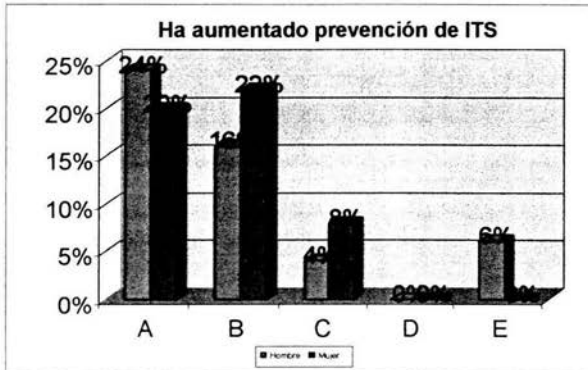
Gráfica 34.



Cuadro 35.

Ha aumentado prevención de ITS					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	12	24%	10	20%	44%
B. Acuerdo	8	16%	11	22%	38%
C. Neutral	2	4%	4	8%	12%
D. Desac.	0	0%	0	0%	0%
E. Total Des	3	6%	0	0%	6%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

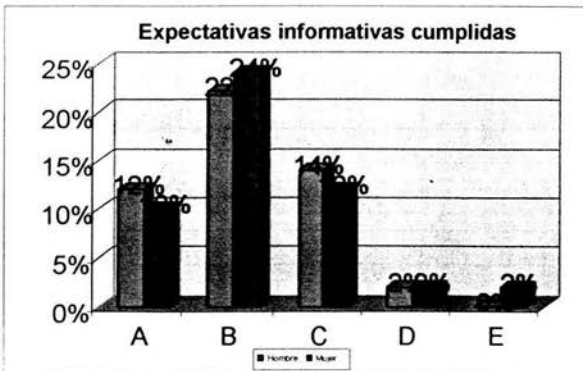
Gráfica 35



Cuadro 36.

Expectativas informativas cumplidas					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	6	12%	5	10%	22%
B. Acuerdo	11	22%	12	24%	46%
C. Neutral	7	14%	6	12%	26%
D. Desac.	1	2%	1	2%	4%
E. Total Des	0	0%	1	2%	2%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

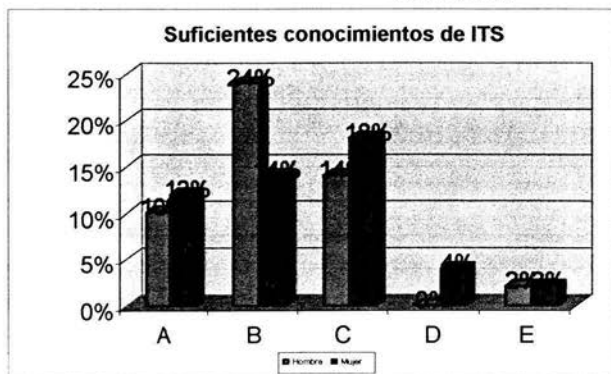
Gráfica 36



Cuadro 37.

Suficientes conocimientos de ITS					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	5	10%	6	12%	22%
B. Acuerdo	12	24%	7	14%	38%
C. Neutral	7	14%	9	18%	32%
D. Desac.	0	0%	2	4%	4%
E. Total Des	1	2%	1	2%	4%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

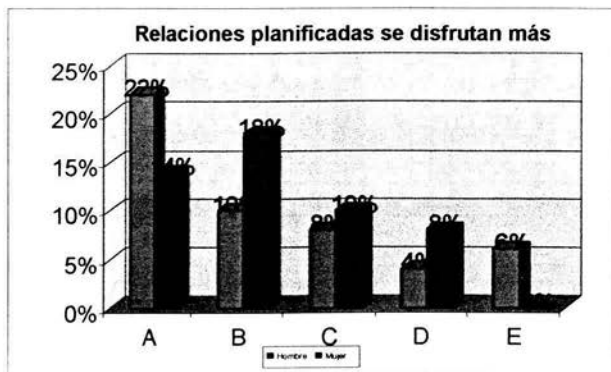
Gráfica 37.



Cuadro 38.

Relaciones planificadas se disfrutaban más					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	11	22%	7	14%	36%
B. Acuerdo	5	10%	9	18%	28%
C. Neutral	4	8%	5	10%	18%
D. Desac.	2	4%	4	8%	12%
E. Total Des	3	6%	0	0%	6%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

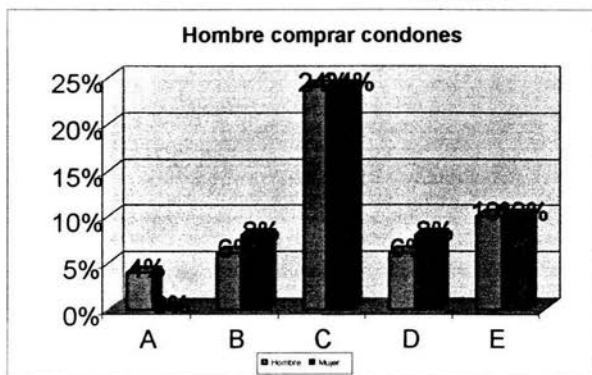
Gráfica 38.



Cuadro 39.

Hombre comprar condones					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	2	4%	0	0%	4%
B. Acuerdo	3	6%	4	8%	14%
C. Neutral	12	24%	12	24%	48%
D. Desac.	3	6%	4	8%	14%
E. Total Des	5	10%	5	10%	20%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

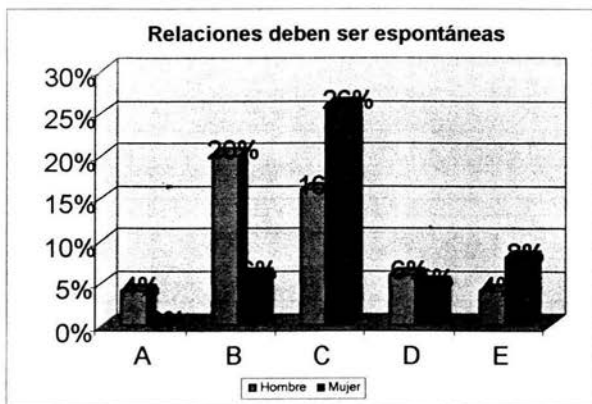
Gráfica 39.



Cuadro 40.

Relaciones deben ser espontáneas					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	2	4%	0	0%	4%
B. Acuerdo	10	20%	3	6%	26%
C. Neutral	8	16%	13	26%	42%
D. Desac.	3	6%	5	5%	16%
E. Total Des	2	4%	4	8%	12%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

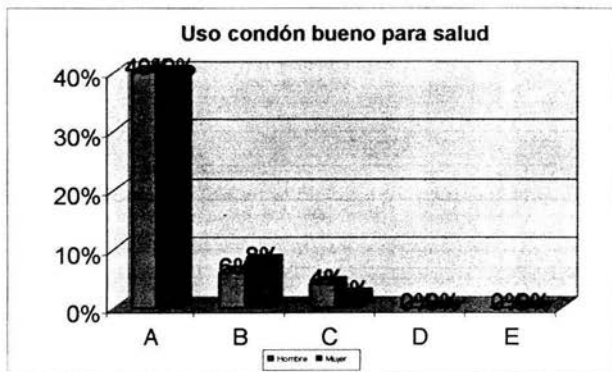
Gráfica 40



Cuadro 41.

Uso del condón bueno para salud					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	20	40%	20	40%	80%
B. Acuerdo	3	6%	4	8%	14%
C. Neutral	2	4%	1	2%	6%
D. Desac.	0	0%	0	0%	0%
E. Total Des	0	0%	0	0%	0%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

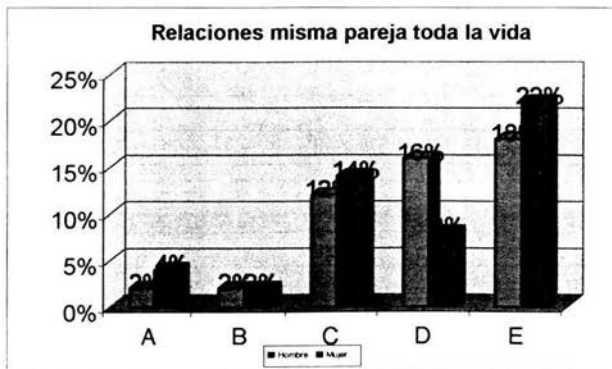
Gráfica 41.



Cuadro 42.

Relaciones misma pareja toda la vida					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	1	2%	2	4%	6%
B. Acuerdo	1	2%	1	2%	4%
C. Neutral	6	12%	7	14%	26%
D. Desac.	8	16%	4	8%	24%
E. Total Des	9	18%	11	22%	40%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

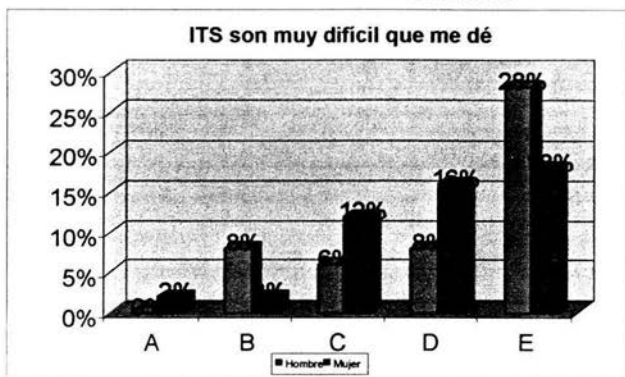
Gráfica 42.



Cuadro 43.

ITS son muy difícil que me de					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Total Acud	0	0%	1	2%	2%
B. Acuerdo	4	8%	1	2%	10%
C. Neutral	3	6%	6	12%	18%
D. Desac.	4	8%	8	16%	24%
E. Total Des	14	28%	9	18%	46%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

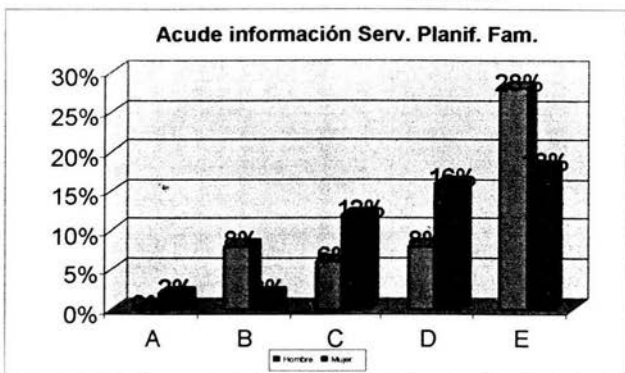
Gráfica 43.



Cuadro 44.

Acude Información a servicios Planificación Fam.					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
A. Siempre.	0	0%	1	2%	2%
B. Casi Siem	4	8%	1	2%	10%
C. Neutral.	3	6%	6	12%	18%
D. Poc. Vec	4	8%	8	16%	24%
E. Nunca.	14	28%	9	18%	46%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

Gráfica 44.



Cuadro 45.

Motivos por los que no acuden.					
	Fr	Hombre	Fr	Mujer	Total
G. Geograf.	11	22%	7	14%	36%
H. Horarios	5	10%	7	14%	24%
E. Economic	4	8%	4	8%	16%
CU. Cultural	1	2%	2	4%	6%
CO. Confid.	4	8%	5	10%	18%
TOTAL	25	50%	25	50%	100%

Gráfica 45.

