



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGIA Y SALUD**

**RELACION ENTRE RASGOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTAS
SEXUALES DE RIESGO, ELEMENTOS PARA LA INTERVENCIÓN
PREVENTIVA CON ADOLESCENTES ESCOLARES**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA
SONIA FÁTIMA MEAVE LOZA**

COMITÉ ACADÉMICO

Tutor Principal: Dra. Emilia Lucio Gómez- Maqueo

Tutor Adjunto: Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Tutor Externo: Dr. Fernando Cortés Cáceres

Jurado A: Dra. María Elena Teresa Medina-Mora Icaza

Jurado B: Dr. Claudio Mauricio Stern Feitler

Jurado C: Dra. Shoshana Berenzon Gorn

Jurado D: Dra. Patricia Andrade Palos



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.

**Quien nace en una ciudad de montañas y abismos
no puede más que anhelar los puentes**

**(Mónica Velásquez. G,
Poeta boliviana)**

A los adolescentes que aceptaron compartir parte de su mundo interior,
en un intercambio que me permitió aprender más,
de lo que ellos saben mejor.

A mis padres Carlos y Sonia que tomaron en serio mi decisión de
recorrer los caminos de la psicología a mis cortos 16 años.

A Ruggero por todos los momentos genuinos.

Esta investigación se llevó a cabo, en su primera parte gracias al apoyo la Dirección General de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México -a través de la beca para estudios de doctorado- y al proyecto PAPIIT IN 300002: “Diseños y estrategias de prevención e intervención en Problemas Emocionales de Adolescentes, con base en Factores de riesgo”; durante la etapa final se contó con el apoyo del Proyecto PAPIIT IN 302206: “La Resiliencia y el afrontamiento en las acciones de salud mental en los adolescentes”.

AGRADECIMIENTOS

A todos los miembros del comité académico por el extenso aprendizaje y calidad humana.

A mi tutora Dra. Emilia Lucio por la guía y el apoyo constante para lograr este trabajo. Por darme la oportunidad de acercarme al fascinante mundo adolescente

Al Dr. Claudio Stern por su generosidad y por enseñarme a cuestionar las fronteras aparentes.

A las doctoras María Elena Medina-Mora y Shoshana Berenzon por la retroalimentación constante y las luces en la oscuridad.

Al Dr. Fernando Cortés por su orientación oportuna y su guía en la construcción del conocimiento.

Al Dr. Samuel Jurado por su amistad y apoyo en los momentos críticos.

A la Dra. Patricia Andrade por las observaciones y sugerencias que ayudaron a mejorar este trabajo.

A todos los maestros y compañeros del doctorado que en el recorrido ampliaron mi visión del conocimiento, la psicología y los fenómenos humanos.

A la maestra Sara Reyes y a las trabajadoras sociales Guadalupe Molina y Elia Coba por su valiosa colaboración y verdadera vocación de trabajo en las escuelas.

Al equipo de trabajo de la Dra. Lucio que me prestó su tiempo y ayuda, en diferentes momentos. Mtra. Consuelo Durán, Rocio, Paulina, Quetza, Axel, Anayeli y Luz, muy especialmente a Lulú, Brenda, Hugo y Laura Patricia por haberme acompañado en este camino con pasión y compromiso.

A mis compañeros del doctorado Raúl, Aymé, Jorge, Carmen y Beatriz por su disposición, escucha y sincera amistad.

AGRADECIMIENTOS

A Ruggero que ha sido mi familia, por su paciencia y amor en esta etapa de laberintos.

A Ofelia y Riccardo Garofalo y mis amigas Laura, Shirley, Mónica y Vanesa que son mi familia en México.

A Norma por el entusiasmo y la radiante amistad que me ha acompañado este tiempo de viajes.

A Marcello y Adriana Poggioli por el infinito buen humor y enseñarme el valor de las pausas, incluso en los proyectos más serios.

A mis hermanos Paola, Mauricio, Andrés y el resto de mi familia boliviana, que siempre ha creído en mí,

A mis amigos de toda la vida que estando lejos, siempre están cerca en los momentos precisos.

LA SEXUALIDAD PLATICADA (Fragmento)

Una madre a su hijo adolescente de 15 años

__ Bueno, tú ya sabes todo lo que tienes que saber, ¿no?

__ Sí, mamá.

__ Entonces no tengo nada que explicarte, ¿verdad?

__ No, mamá.

__ Así es mejor.

(J. Ibarquengoitia; *Instrucciones para Vivir en México*)

ÍNDICE

CAPITULO 1. ADOLESCENCIA Y SALUD

1.1	Adolescencia	1
	▪ Desarrollo en la adolescencia	3
1.2	Salud	
	▪ Cambios epidemiológicos	4
1.3	Salud en la adolescencia	6
	▪ Morbilidad y Mortalidad	7
1.4	Salud Mental y adolescencia	
	▪ Contexto social y salud mental	10
1.5	Personalidad y salud mental	13
	▪ Psicopatología del Desarrollo	14
1.6	Epidemiología en salud mental	17
	▪ Panorama en México	18
	Conclusiones	28

CAPITULO 2. SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA

	• Salud sexual y reproductiva	30
2.1	Factores sociales	31
	▪ La sexualidad adolescente como problema	32
	▪ Sexualidad y matices socioculturales	34
2.2	Factores psicológicos	35
2.3	Factores biofísicos	
	▪ Pubertad	36
2.4	Conducta Sexual	38
	• Conductas sexuales de Riesgo	39
2.5	Salud sexual y Reproductiva en México	41
2.6	Embarazo en la adolescencia	43
2.7	Infecciones de transmisión sexual	47
2.8	Riesgos en la adolescencia	55
2.9	Modelos teóricos de conductas de riesgo	57
	▪ Modelo de Riesgo de Jessor	60
2.10	Consideraciones para la prevención	63

2.11	Prevención en salud sexual	65
	Conclusiones	69

MÉTODO

	Pregunta general de investigación	72
	Objetivos	72
	Preguntas de investigación	73
	Esquema de Procedimiento	73
	Consideraciones éticas	74
	FASE I : Instrumentación	77
	Instrumentación cuantitativa	77
	Producto Fase I: Características finales CDA	88
	Instrumentación cualitativa	91
	Producto Fase I: Resultados del piloteo G.de Discusión	93
	FASE II: Aplicación de los Instrumentos	98
	RESULTADOS FASE II	104
	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	105
	▪ Conclusiones	110
	CONDUCTA SEXUAL	
	▪ Pubertad	112
	▪ Conducta sexual-acercamientos	115
	▪ Conducta sexual coital	122
	▪ Uso de anticonceptivos	124
	▪ Conductas sexuales de Riesgo	129
	▪ Conclusiones	135
	RASGOS DE PERSONALIDAD	136
	▪ Conclusiones	145

FASE III : PROPUESTA DE PREVENCIÓN

▪ Modelo de Prevención	148
DISCUSIÓN	158
▪ Sugerencias para futuras investigaciones	177

REFERENCIAS

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig.1 Modelo Teórico	62
Fig.2 Modelo Conceptual basado en el Modelo de Jessor	71
Fig.3 Esquema del procedimiento por Fases	73
Fig.4. Grupos según nivel de riesgo	104
Fig.5 Número de hijos por grupo de riesgo	107
Fig.6 Grado de estudios del padre por grupo de riesgo	108
Fig.7 Grado de estudios de la madre por grupo de riesgo	109
Fig.8 Comparación de promedios por grupo de riesgo	110
Fig.9. Relaciones de afecto atracción hombres por grupo	113
Fig.10 Relaciones de afecto atracción mujeres por grupo	114
Fig.11 Acercamientos sexuales de mujeres por grupo	115
Fig.12 Acercamientos sexuales de hombres por grupo	116
Fig.13 Motivos para no tener relaciones sexuales por sexo	120
Fig.14 Tiempo de vida sexual por grupos	123
Fig.15 Uso de anticonceptivos en la 1ra relación sexual	124
Fig.16 Uso de métodos anticonceptivos subsecuentes	126
Fig.17A Frecuencia de uso de condón hombres por grupo	127
Fig.17 B Frecuencia de uso de condón mujeres por grupo	127
Fig.18 Motivos para usar condón por grupo de riesgo	128
Fig.19 Número de parejas sexuales en la vida	129
Fig.20 Conductas sexuales de riesgo relacionados a la pareja por grupo de riesgo	130
Fig.21 Conductas sexuales de riesgo relacionado a la pareja por sexo	130
Fig. 22 Sexo- alcohol-droga y antecedentes por grupo de riesgo	131

Fig.23 Sexo-alcohol y antecedentes de embarazo-aborto	132
Fig. 24. Perfil mujeres escalas clínicas por grupo	137
Fig. 25. Perfil mujeres escalas de contenido por grupo	138
Fig.26 Perfil hombres escalas clínicas por grupo	139
Fig.27 Perfil hombres escalas de contenido por grupo	139
Fig.28 Esquema resultados principales elementos de la	147

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla. A Comparación tasas de morbilidad por edad y sexo	9
Tabla. B Trastornos de salud mental adolescente en México	27
Tabla. C Comparación tasas de ITS por E.Federativas-D.F.	49
Tabla. D Prevalencia de SIDA por países y sexo	51
Tabla. E Instrumentos de Conducta sexual en adolescentes	
Mexicanos	80
Tabla. F Criterios de asignación a Grupos de Riesgo	90
Tabla. 1 Datos Generales por grupo de Riesgo	105
Tabla. 2 Características Familiares por Grupo de Riesgo	106
Tabla. 3 Edad de paternidad de los padres por G de riesgo	106
Tabla. 4 Edad de maternidad de las madres por Grupo de Riesgo	107
Tabla. 5 Pubertad y percepción de desarrollo hombres por grupo	112
Tabla. 6 Pubertad y percepción de desarrollo mujeres por grupo	113
Tabla. 7 Relaciones afectivas de atracción por grupo de riesgo	114
Tabla. 8 Hacer y recibir propuestas sexuales por grupos hombres	116
Tabla.9 Intención de inicio sexual por sexo y grupo	117

Tabla.10 Antecedentes de síntomas ITS por grupo de riesgo	118
Tabla.11 Embarazo adolescente en conocidos y familiares	119
Tabla.12 Presión para tener relaciones sexuales por grupo	119
Tabla.13 Edad del adolescente y su primera parejas sexual	122
Tabla.14 Primera pareja sexual por grupo de riesgo y sexo	124
Tabla.15 Motivos para usar condón por grupos de riesgo	128
Tabla.16. Anova conductas sexuales de riesgo por sexo	132
Tabla.17 Temas en la sexualidad por grupos de riesgo	134
Tabla.18 Escalas MMPI- A más significativas en hombres	140
Tabla.19 Escalas MMPI-A más significativas en mujeres	141
Tabla.20 Regresiones escalas de contenido Hombres	142
Tabla.21 Regresiones escalas suplementarias hombres y mujeres	143
Tabla.22 Rasgos de personalidad hombres y mujeres en riesgo	143-144

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1. Versión final del Instrumento CDA
- Anexo 2. Criterios calificación CDA
- Anexo 3. Cuestionario Sociodemográfico
- Anexo 4. Formato de consentimiento informado

RESUMEN

Las conductas sexuales de riesgo adolescente, como el inicio temprano de la actividad sexual y el uso inconsistente de anticonceptivos, han sido motivo de diversas investigaciones debido a las consecuencias: infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

El propósito de la presente investigación fue explorar la relación entre los rasgos de personalidad y las conductas sexuales de riesgo, para sugerir elementos para la prevención.

Participaron 403 adolescentes estudiantes de escuelas públicas de educación media del Distrito Federal, entre 13 y 18 años. La media de edad fue de 14.8 años 46.8% fueron hombres y 53.2% mujeres.

Los resultados muestran que los hombres reportaron más conductas de riesgo: inicio de vida sexual temprana, mayor número de parejas y relaciones sexuales ocasionales. Los contextos sociales refuerzan estas conductas en los hombres, mientras que en las mujeres, una sexualidad femenina pasiva y sin herramientas para articular conductas de autocuidado.

En cuanto a los rasgos de personalidad, se encontró que las mujeres en riesgo presentan ansiedad, mientras que los hombres, problemas de conducta y autoestima aparentemente inflada. En ambos sexos, el consumo de alcohol y el reconocimiento de problemas con el consumo fue otro factor de riesgo asociado.

Las sugerencias para la prevención destacan: las diferencias en el riesgo por sexo, la comorbilidad con problemas de conducta y consumo de sustancias, la educación sexual participativa, en un diseño que de alternativas de acuerdo al nivel de riesgo y la experiencia sexual de los participantes, debe incluir entrenamiento en habilidades sociales, manejo y control de emociones considerando el contexto socio-cultural.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período vital crítico. No sólo en el sentido de desarrollo fisiológico de la pubertad, sino en la transición psicosocial que utiliza este espacio para ensayar tareas y roles que más tarde serán responsabilidad del adulto (Newcomb, 2001). El adolescente emerge de la pubertad con capacidad biológica para la reproducción y la sexualidad, que ha estado presente desde su nacimiento, recobra importancia: contribuye a formar su identidad. A reconocer su sexualidad, el adolescente delimita su espacio afectivo y las relaciones con personas fuera de su familia.

La complejidad en el ajuste psicológico, conductual, cognitivo y emocional cobra importancia para el desarrollo psicosexual al ser un área que vincula la salud física con la salud mental.

En el marco de desarrollo, las grandes tareas relacionadas a la salud sexual adolescente son: la experiencia con los cambios de la pubertad, el afrontamiento de las sensaciones e impulsos sexuales, las decisiones respecto a la forma de expresión de esta activación sexual en su conducta; finalmente, para los adolescentes sexualmente activos está el manejo de la fecundidad, el mantenimiento de la salud y la prevención del embarazo temprano (Brooks-Gunn y Paikoff, 1993).

La interacción de todos estos factores puede colocar al adolescente en situación de vulnerabilidad, por que comprometería su salud actual y futura. Las conductas-sexuales-de riesgo como la no utilización de anticonceptivos y métodos preventivos, conducen al embarazo temprano y el riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual (ITS). Aceptar la actividad sexual por coerción también representa riesgo (Kimmel y Weiner, 1985).

Contraer una enfermedad como el VIH/SIDA puede significar un cambio drástico en la calidad de vida-por ser una enfermedad crónica y altamente costosa para quienes carecen de servicios médicos- que puede generar rechazo social y marginación, incluso la muerte en etapas productivas de la vida.

Por otro lado, el embarazo temprano, en especial para las adolescentes más jóvenes, aumenta el riesgo perinatal si no se tiene oportunidad de realizar controles médicos durante la gestación. Para las adolescentes que no desean continuar con su embarazo la práctica de un aborto en condiciones inseguras representa un riesgo para su salud.

Los efectos de la conducta sexual en población adolescente han sido motivo de estudio para diversas disciplinas. En este estudio, el objetivo fue conocer la relación entre alteraciones emocionales rasgo¹ y conductas sexuales de riesgo, para proponer intervención preventiva.

En el primer capítulo se revisará la adolescencia-como etapa de desarrollo multidimensional- y sus implicaciones; la situación de salud en la adolescencia, tanto física, como mental, sus principales problemáticas y los riesgos a los que se exponen esta población.

En el segundo capítulo, se abordará la importancia de la sexualidad en la adolescencia, los principales problemas de la salud sexual y reproductiva adolescente; se revisará lo que se ha hecho en términos de prevención. Por último, se planeará el problema de investigación y se presentará del modelo teórico que sustentó este trabajo.

El capítulo tercero expone el método de investigación. Los resultados son descritos en el capítulo cuarto, así como las conclusiones de cada uno de los instrumentos que recogieron datos de las variables en estudio.

En los últimos apartados se plantea el modelo de prevención con base en los resultados y la discusión de éstos acerca de la comparación con estudios similares. También se muestra hallazgos para el campo del conocimiento.

¹ Las alteraciones emocionales rasgo son los rasgos de personalidad que muestran tendencias relativamente estables y duraderas a la presentación de síntomas conductuales, cognoscitivos del estado de ánimo y relaciones afectivas en este caso ansiedad, depresión, baja autoestima y problemas de conducta.

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA Y SALUD

1.1 Adolescencia

La adolescencia es un proceso normo evolutivo común en todas las poblaciones del mundo, sin embargo, existen grandes diferencias sociales y culturales en la manera en que se percibe esta etapa y la forma como se vive la misma.

Algunas culturas no reconocen la transición de la niñez a la edad adulta como un momento de adaptación o ajuste psicológico. Los niños son considerados adultos después de adquirir habilidades para su propia subsistencia, o bien, después de algunos ritos que marcan su entrada al mundo adulto. Por ejemplo, un estudio descubrió que los esquimales sólo poseen dos grupos sociales: los niños y los adultos, la transición a la vida adulta ocurre al alcanzar la pubertad (Shaffer, 2000).

Los estudios de Hall sobre la adolescencia fueron pioneros en llamar la atención de la comunidad científica sobre la importancia del análisis de las características de ésta fase de la vida. Sin embargo, es probable que algunos fenómenos sociales hayan contribuido a su formación, como la industrialización de las sociedades occidentales, la creación de nuevas leyes que restringieron la participación de menores en actividades laborales y la asistencia obligatoria a la escuela. Estas condiciones propiciaron que los adolescentes pasaran mucho más tiempo con gente de su edad, separados de los adultos, en lo que se denominó, “cultura de pares” (Luker, 1996; Shaffer, 2000).

Establecer el periodo de edad en que se inicia y finaliza la adolescencia es aún una tarea difícil, depende de los criterios teóricos utilizados, por ejemplo la psicología emplea definiciones conceptuales diferentes de la medicina y la sociología.

Este estudio asumió como referencia la definición de la Organización Mundial de la Salud, que distingue a la adolescencia como el periodo que transcurre en la segunda década de la vida, entre los 10 y 19 años. Es una etapa de desarrollo que conlleva cambios considerables relacionados con factores físico-biológicos, psicológicos y sociales.

Sin embargo, no todos los adolescentes experimentan estos cambios con la misma intensidad, tampoco tienen una permanencia similar en todas las edades.

Según Bloss la adolescencia se divide en cinco etapas. La preadolescencia, de 10 a los 12 años, en la que se dan los cambios físicos de la pubertad; la adolescencia temprana, entre los 13 y los 14 años; la adolescencia propiamente dicha, de los 15 a los 17 años, en la cual los cambios físicos prácticamente ya se han completado; la adolescencia tardía, entre los 18 y los 20 años, y la post adolescencia, de los 20 a los 25 años (Bloss, 1981).

El estudio de la población joven cobra relevancia en distintos niveles. A nivel demográfico, los adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años representan la cuarta parte de la población mundial, es decir 1700 millones; de los cuales, el 80% vive en países en desarrollo (OPS, 1998). De acuerdo a las proyecciones de las Naciones Unidas en el año 2030 el número de jóvenes llegará al punto más alto de crecimiento alcanzando 3000 mil millones, luego se iniciará un lento descenso (ONU, 2003).

En México, el censo del año 2000 indicó que la población adolescente entre 10 y 19 años representaba al 21.3% de la población (Santos- Preciado, Villa, García, León, Quezada, Tapia, 2003). Durante el año 2005 el Conteo de población y vivienda refirió 10 109 021 adolescentes entre 15 y 19 años, para el 2010 según las proyecciones del Consejo Nacional de Población este grupo alcanzará su crecimiento máximo con 10 453 083 adolescentes (INEGI, 2005, CONAPO, 2004).

Desarrollo en la Adolescencia

La psicología del desarrollo aborda el estudio de los cambios que exhiben los individuos en diferentes edades o etapas desde una perspectiva interdisciplinaria, con el fin de identificar y explicar las continuidades (Shaffer, 2000), en este caso el proceso de desarrollo adolescente.

Durante el desarrollo humano pueden darse periodos críticos de adaptación, ya sea frente a situaciones sociales o individuales. En el caso de la adolescencia, el éxito o el fracaso en estas tareas de desarrollo pueden influir en etapas posteriores de la vida (Achenbach, 1990).

La etapa adolescente presenta una serie de procesos de maduración. La pubertad es el primer eslabón que se caracteriza por la maduración física: incluye cambios físicos y biológicos desencadenados por el incremento hormonal, particularmente la producción de andrógenos en ambos sexos; la presencia de la menarca en las mujeres y la primera polución (eyaculación) en los hombres son indicadores de la capacidad reproductiva. En cambio la adolescencia designa los cambios y ajustes psicológicos como la identidad sexual, el desarrollo de habilidades cognitivas, el ajuste social a diferentes roles, la pertenencia a un grupo de pares y el desarrollo afectivo (UNISER, 2000; Shaffer, 2000).

La maduración cognitiva implica cambios en los procesos mentales: el incremento en la capacidad de razonamiento sobre muchos temas, una transición del pensamiento concreto al estadio de operaciones formales aumentando la habilidad de entender y construir ideas abstractas. El adolescente es capaz de pensar el mundo en formas más complejas, incluso desarrolla la habilidad -reflexionar sobre sus creencias- conceptos e ideas.

El desarrollo psicológico reúne estos logros madurativos para consolidar la formación de identidad, la independencia de las relaciones familiares, la capacidad para asumir nuevos roles en la sociedad adulta y la construcción de un sentido o significado que el individuo imprime a sus experiencias (Archer, 1997).

1.2 Salud

El nuevo concepto de salud considera la participación de variables psico-sociales, tanto en el mantenimiento de la condición de salud, como en los factores que llevan o acompañan a la enfermedad, permitiendo la participación cada vez mayor de las ciencias sociales como la psicología, sociología y la antropología, las que han contribuido al conocimiento del peso de los factores sociales e individuales en el continuo salud-enfermedad.

La salud es un estado integral de bienestar; algo más que la mera ausencia de enfermedad. Implica sentirse bien consigo mismo y con las relaciones que se establecen con el entorno socio-ambiental. Se manifiesta como una relación de equilibrio entre tres factores primordiales: el organismo, la conducta y el ambiente. También incluye la potencialidad de cambiar las situaciones vitales y funcionar al máximo de las capacidades, teniendo en cuenta el proceso social y la vida comunitaria (Rivas y Fernández, 1996). El planteamiento de este estudio en el campo de la salud adolescente responde a este marco conceptual.

Cambios Epidemiológicos

Además de la revisión de los conceptos de salud, es imprescindible describir los cambios epidemiológicos actuales para tener un panorama más claro del campo de estudio.

Los cambios en los patrones de enfermedad han sido más notorios en los países desarrollados, debido a estilos de vida como el consumo de tabaco, alcohol, dieta inadecuada y falta de ejercicio físico; comportamientos que parecen propiciar un riesgo más elevado para la salud (Matarazzo, 1984; Latorre y Bellot, 1994).

La transición epidemiológica es un proceso dinámico y complejo en el cual los patrones de salud y enfermedad se van transformando en respuesta a cambios mayores -como los cambios demográficos, socioeconómicos,

tecnológicos, políticos, culturales y biológicos (Frenk, Bobadilla, Stern, Feijka y Lozano, 1991)-. En este estudio se analiza la transición epidemiológica derivada de los cambios en estilos de vida.

América Latina presenta una fase de rápido cambio en sus perfiles de salud, caracterizado por la disminución paulatina de los padecimientos propios del subdesarrollo y el incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados. La mortalidad general muestra una tendencia claramente descendente, al tiempo que aumenta la esperanza de vida al nacer. Este giro en el perfil sanitario define nuevos rumbos para las estrategias preventivas y nuevos retos a la prestación de servicios (Sepúlveda, 2001).

En el caso de México, la transición epidemiológica puede ser explicada bajo el "Modelo de transición prolongada y polarizada", caracterizado por la declinación de la mortalidad, la coexistencia de enfermedades de etiología infecto-contagiosa y crónico-degenerativa, así como los accidentes y la violencia (Bobadilla, Frenk, Frejka, Lozano y Stern, 1990).

El descenso de la mortalidad marca una pauta para la reestructuración de las enfermedades. Tres tendencias centrales afectaron la salud de la población: las tendencias económicas que inciden en la calidad de vida y el bienestar de la población; las tendencias socioculturales que determinan la organización social y la respuesta organizada de las demandas de salud, por último las tendencias demográficas que determinan el volumen, la estructura y la distribución de la población, y por la tanto, definen el monto de la población sujeta a las políticas de salud, la vulnerabilidad asociada a la edad y el sexo, así como el medio ambiente que habita y rodea a los individuos (CONAPO,1999).

Los factores socioeconómicos que determinaron esta transición fueron: los cambios macroeconómicos -el país que dejó de ser rural para ser agrario, zonas urbanas que ahora son industriales-la distribución desigual de la riqueza-

aumentó la pobreza y se amplió la brecha en el estatus de salud entre las clases sociales. Los estratos con mayor nivel de bienestar se encuentran en una fase avanzada de la transición, mientras que aquellos grupos más pobres continúan rezagados en este proceso. Se suma a esto la baja cobertura del sistema de salud, al cual le cuesta cada vez más atender casos nuevos de enfermedades crónico degenerativas (Bobadilla, Frenk, Frejka, Lozano y Stern, 1990; CONAPO, 1999).

En el año 2010 el escenario de salud-enfermedad albergará la tendencia al envejecimiento poblacional, el descenso de la fertilidad, las muertes por causas prevenibles, muertes por accidentes y violencia. Los adolescentes conforman el “bono demográfico” resultante de la disminución del grupo poblacional infantil y el incremento de la población en edad productiva; lo que aumenta una oportunidad demográfica transitoria, cuya atención planificada podría manifestarse en un desarrollo social y económico importante (CONAPO,1999).

1.3 Salud en la adolescencia

El periodo entre la adolescencia y la juventud es el momento evolutivo en el cual el ser humano despliega al máximo sus capacidades, todos los sistemas corporales llegan a un nivel óptimo de funcionamiento (Stansen y Thomson, 2001) y, proporcionalmente, este grupo de edad tiene menor morbilidad y mortalidad comparado con otros..

La adolescencia es una etapa crucial para mantener la salud o contribuir a la aparición de la enfermedad. En este momento se consolidan conductas de salud o de riesgo,(por ejemplo, la conducta de hacer ejercicio vs el sedentarismo). Por lo anterior, esta etapa es un momento óptimo para la prevención primaria. En otros casos, cuando ya se han iniciado conductas de riesgo, como el consumo de alcohol, es un periodo favorable para lograr la disminución del problema al detener la morbi-mortalidad mediante una intervención temprana (Mullan, Duncan y Boisjoly, 2002).

Investigaciones recientes señalan otros riesgos para la salud adolescente como trastornos de alimentación, conducta suicida y conducta sexual sin protección. Se ha observado, además, un aumento en el uso de servicios de salud por lesiones relacionadas al uso de drogas, por enfermedad sexual y embarazo. Estas características plantean la necesidad de incluir en el enfoque de salud indicadores tanto de salud mental como conductas riesgosas para la salud, antes que hacer una revisión específica de la mortalidad (Schulemberg, Maggs, Hurelman, 1997; Stansen, et al., 2001).

Los determinantes externos o sociales que influyen en las condiciones de salud adolescente son: el impacto de la globalización en la calidad de vida, los procesos de cambio cultural y el acceso a la información, los procesos políticos, el crecimiento de la población adolescente y la escasez de recursos para servicios de salud eficientes (Huerta, 2001). En América Latina la salud del adolescente se convierte en un elemento clave para viabilizar el desarrollo (OPS, 1998), social y económico.

Morbilidad y Mortalidad

Como se mencionó anteriormente, los adolescentes de hoy están en mayor riesgo de presentar resultados de salud adversos. Las causas de muerte están más relacionadas a factores externos que a enfermedades congénitas (USDHHS, 2000). La importancia de identificar los hábitos de salud y las conductas de riesgo radica en que éstos, normalmente persisten en los años siguientes a la adolescencia (Stansen, et al., 2001).

Las tendencias en la salud adolescente son consecuencia de factores sociales, ambientales y conductuales, también llamados “factores de morbilidad social”, que incluyen un espectro amplio de conductas y resultados relacionados como el uso de sustancias, violencia, suicidio, trastornos de la alimentación, complicaciones relacionadas al embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual, por nombrar algunas (Di Clemente, Hansen y Ponton, 1996; USDHHS, 2000; OMS, 2005).

Otros problemas que amenazan la transición saludable a la edad adulta son la pobreza, la falta de educación, las diferencias entre adolescentes rurales y urbanos, las diferencias de género, la deserción escolar por necesidad de trabajo.

La migración de la población joven, el desempleo y el trabajo en condiciones inadecuadas son factores que afectan la salud de los adolescentes (Huerta, 2001).

Se estima que cada año 1.7 millones de jóvenes hombres y mujeres entre 10 y 19 años pierden la vida por los factores antes mencionados, muchas de las conductas de riesgo y hábitos pueden ser tratados con medidas preventivas, las muertes de los jóvenes son muertes evitables (OMS, 2005). Aunque en diferentes naciones se observan tendencias similares de morbilidad y mortalidad en la población adolescente, es necesario focalizar características de la realidad nacional.

En México, los datos disponibles sobre las causas de morbilidad adolescente muestran cierta discrepancia, cada fuente toma un rango de edad distinto, muchas veces son tan amplios que los datos quedan subordinados al grupo de los niños o englobados en el grupo de adultos.

El sexo del adolescente es, para algunos autores, una variable que distingue el riesgo, según datos del INEGI (2006) las causas de defunción por sexo en el rango de edad de 15 a 29 años muestra estas diferencias. Los porcentajes de las cinco primeras causas de defunciones en hombres fueron: accidentes 37.7%, agresiones y homicidios 15.4%, suicidio 7%, tumores malignos 6.4% y VIH en 4.3%. En el caso de las mujeres las cinco principales porcentajes fueron: accidentes en 19.4%, tumores malignos 12.6%, relacionado al embarazo parto y puerperio 7.8%; agresiones y homicidios 5.5% y enfermedades del corazón 4.6%.

Otro factor importante en la salud adolescente es el incremento de riesgo mientras se va dando un aumento en la edad, los datos del Distrito Federal (DGIS-SSA, 2005) confirman ésta tendencia Ver Tabla A.

Tabla A. Comparación tasas de morbilidad por edad y sexo

Sexo	Edad						
	13	14	15	16	17	18	19
Mujeres	30.8	25.3	47.5	36.6	46.7	57.7	38.0
Hombres	35.4	48.3	54,5	78.6	102.6	130.9	110.9

Fuente: Secretaria de salud del Distrito Federal (2005)

Al establecer comparaciones entre las causas de muerte reportadas en los años 2001, 2003 y 2005 para el rango de edad de 14 a 19 años, se encontró que la agresión fue la primera causa de muerte en 2001(INEGI, 2001), en 2003 fue lesión por arma de fuego (Cervantes y Martínez, 2003); mientras que en 2005 (DGIS-SSA, 2005), la primera causa reportada fue accidentes (de vehículo y tránsito).

Las agresiones y los accidentes conforman un patrón que se mantuvo entre las tres primeras causas de muerte, existiendo una diferencia en los datos de INEGI (2001) que agrupó en una sola categoría agresiones y suicidio, mientras las otras dos fuentes diferencian las agresiones de las lesiones auto-inflingidas. Estos datos apuntan al adolescente como agente involucrado en actos violentos, como agresor y/o víctima, especialmente en el caso de los hombres.

Los datos anteriores muestran cómo las consecuencias negativas en la salud adolescente están estrechamente ligadas a componentes de salud mental, en tanto que las conductas están creando estilos de vida riesgosos, procesos paralelos al desarrollo adolescente “normativo” que busca vincularse con grupos y personas fuera de la familia, ensayar nuevas actitudes que reafirmación su identidad.

1.4 Salud mental y adolescencia

Actualmente, los trastornos de la infancia y la adolescencia abarcan una gran variedad de problemas conductuales, que van desde trastornos del desarrollo menos graves, que se limitan a un área determinada, hasta llegar a perturbaciones graves que afectan muchos aspectos de la conducta del individuo. Los criterios diagnósticos guardan una noción de continuidad dentro del desarrollo, existe evidencia creciente que indica que los síntomas o problemas de conducta presentados en la niñez pueden avanzar hacia la adolescencia e incluso a la vida adulta (Sue y Sue, 1996; Barton, Parry-Jones, 2004).

Las causas de los trastornos de salud mental en la niñez y adolescencia son: los biológicos como los factores genéticos, el desequilibrio químico en el organismo o el daño en el sistema nervioso central. Entre los factores ambientales que pueden afectar la salud mental están, por ejemplo, la exposición a la violencia, el estrés extremo y la pérdida de una persona significativa; otras causas pueden ser una combinación de ambas (SAMSHA, 2003) y los factores individuales.

Durante el proceso de la adolescencia el joven asume nuevos roles; modifica y re-negocia las relaciones con la familia y sus pares; tiene experiencias que le acercan a la vida adulta; cuestiona reglas y costumbres tanto familiares como sociales; en este tránsito la salud mental afecta otros aspectos de la salud, implica aspectos como: identidad; habilidad de enfrentar emociones intensas; el desarrollo de su personalidad; el respeto a los otros, la expresión saludable de emociones y pensamientos; y la aceptación de la responsabilidad de las propias acciones y roles (WHO, 2003).

Contexto social y salud mental

Como se mencionó anteriormente, las condiciones actuales de vida, junto con las condiciones políticas y económicas están creando un panorama de incertidumbre para el futuro.

Estos cambios están alterando la naturaleza del desarrollo adolescente en cada sociedad; los que habitan en naciones en desarrollo y regiones en crisis presentan mayores problemas que deben enfrentar (Larson, 2002; Seiffge-Krenke, 1998), como vivir bajo condiciones peligrosas e inseguras en conflictos políticos crónicos y condiciones de guerra, eventos que generan consecuencia en la salud emocional y física (Goleman, 1986).

La inestabilidad social propicia fenómenos como la migración, situación que ponen a prueba las capacidades de los individuos como lidiar con la pérdida del ambiente familiar, los cambios en estilo de vida y afrontar la discriminación y aculturación (Ashworth, 1982)

Por otro lado, la pobreza con constantes limitaciones afecta las relaciones maritales y la relación entre padres e hijos, el desempleo es un problema asociado que se transforma en estresor constante que puede causar trastornos psicológicos (Patton y Moller, 1984).

Los adolescentes que viven en pobreza son más propensos a: el consumo de alcohol y drogas, el inicio sexual temprano, la presentación de mayores trastornos mentales y el desempeño escolar bajo. Los cambios y la inestabilidad familiar causada por los factores económicos influyen en la conducta de los adolescente hombres que muestran impulsividad y agresión que en ocasiones llega a la conducta antisocial; en la mujeres el malestar emocional marca una tendencia a la ansiedad y depresión (Goosby,2006).

Un análisis de la trayectoria de años de pobreza en familias que participaron del año 1986 al 1990, encontró que los niños y jóvenes con trayectoria más prolongadas presentaban mayores niveles de depresión y niveles aún más altos de conducta antisocial (Mcleod y Shanaham, 1996).

La violencia es un factor que afecta el ajuste del adolescente puede presentarse en la familia, la escuela u otros espacios sociales (Cotterel, 1992), por ejemplo los adolescentes de nuevo ingreso escolar pueden presentar sentimientos de impotencia y alienación.

Otros tipos de violencia pueden ir desde el maltrato hasta el abuso sexual de menores, es un problema que van en aumento (Vizard, Monck y Mish, 1995). Un estudio nacional encontró que la prevalencia de abuso sexual en estudiantes de enseñanza media de escuelas públicas fue del 4.3% en adolescentes hombres y mujeres; también se observó la relación de este evento con la disposición al consumo de sustancias y la depresión (Medina-Mora, Borges-Guimaraes, Lara, Ramos, Zambrano, 2005).

Las zonas urbanas pueden ofrecer desarrollo económico y servicios como educativos, de transporte y de salud a diferencia de las regiones rurales; la contraparte es que las familias urbanas enfrentan problemas asociados, como la densidad poblacional, las dificultades de acceder a una vivienda adecuada que no genere problemas adicionales como el hacinamiento y la inseguridad. Todas estas condiciones pueden interferir el desarrollo de los adolescentes aumentando el riesgo en la salud mental (Black y Krishnakumar; 1998).

En el caso particular de las condiciones sociodemográficos de los adolescentes del Distrito Federal, indicadores muestran que su situación es privilegiada de acuerdo con las oportunidades de acceso a la educación y a la salud, aunque ello oculta grandes desigualdades que no se reflejan en las estadísticas. Paralelamente debe considerarse que el contexto de violencia, de inseguridad e incertidumbre sobre el futuro en que viven los adolescentes constituye una preocupación creciente, así como los comportamientos de riesgo que caracterizan a este grupo poblacional (Stern y Reartes, 2001).

Sin embargo esta relación causal entre ambientes de riesgo y trastornos mentales debe ponerse a consideración a la luz de tres cambios reconocidos.

El primero es la necesidad de diferenciar los indicadores de riesgo de los mediadores del riesgo, por ejemplo, el riesgo de desarrollar depresión en adultos jóvenes está más vinculado a una relación deficiente con los adultos que fueron cuidadores, que a la falta de uno de los padres.

Un segundo elemento es reconocer la proximidad del riesgo, en el caso de la pobreza, se la considera un factor distal, porque por sí misma no causa patología, es más bien una condición que hace más difícil cubrir las necesidades y el cuidado de los hijos; es el funcionamiento familiar en este caso el que opera como factor mediador entre el clima familiar y los problemas de relación personal. Por último, se debe tomar en cuenta la variación de las respuestas individuales frente al riesgo, algunos individuos pueden sucumbir ante el riesgo, otros pueden ser resilientes, o incluso fortalecerse al enfrentar el estrés y la adversidad (Rutter, 2005), sin desarrollar problemas de salud mental.

1.5 Personalidad y salud mental adolescente

Además de los factores sociales y contextuales, en este apartado se aborda a los factores personales e individuales que se manifiestan en la personalidad, sus características se convierten en mediadores que contribuyen a la salud mental y emocional, pero también facilitan la instauración de enfermedad o psicopatología.

La personalidad se refiere a las características y patrones de pensamiento, emociones, y conducta que actúan juntos en los mecanismos psicológicos. Las tendencias o disposiciones son patrones de interrelación que incluye conductas, cogniciones y afecto (Caparana y Cervone, 2000).

Desde los inicios de la psicología el tema de la personalidad ha sido objeto de numerosos estudios. No existe una sola teoría sobre las tendencias de personalidad cada una adopta diferentes estrategias conceptuales, lo común en ellas es que las personas muestran consistencia, patrones estables en la experiencia que los distinguen unos de otros.

Entre las teorías que explican las tendencias de la personalidad existen cuatro métodos principales, el enfoque de múltiples tendencias, el de una sola tendencia, el de las tendencias esenciales o básicas y el enfoque tipológico.

El enfoque de múltiples tendencias intenta cubrir el dominio de la personalidad, investiga cuales de estas tendencias correlacionan con la conducta específica de interés y buscan explicar las correlaciones (Funder, 2004).

En el enfoque de una sola tendencia se centra en una tendencia en particular la cual es examinada en detalle, como por ejemplo el autoritarismo.

En enfoque de las tendencias esenciales o básicas se ha ocupado de revisar muchas tendencias descritas en diferentes estudios, con el propósito de seleccionar un grupo que aglomere los elementos esenciales de la personalidad.

Por último el enfoque tipológico busca identificar grupo de personas que se parezcan lo suficiente entre ellos y sean suficientemente diferentes a los demás; retoma los patrones de las tendencias que caracterizan a las personas como un todo y tratan de seleccionar estos patrones en tipos de personas; también reconoce que la diferencia entre las personas es cualitativa, no solo cuantitativa (Caparana y Cervone, 2000).

Cada uno de estos métodos es una ruta para identificar los mecanismos que puedan explicar de forma consistente el funcionamiento de la personalidad. Las tendencias o rasgos individuales pueden ser explicados al determinar cuanto de cada diferente factor posee un individuo.

Psicopatología del Desarrollo

Las tendencias y los rasgos de personalidad se manifiestan y consolidan durante el proceso de desarrollo, a partir de tres fuentes principales de influencia; la primera tiene que ver con la forma en la que una persona fue criada y el ambiente familiar. La segunda está dada por las experiencias tempranas con personas fuera del ambiente familiar, como los amigos y otras personas. La tercera influencias es genética, que marca disposiciones hacia determinadas conductas, un ejemplo es el estudio en trastornos mentales como la esquizofrenia (Caparana y Cervone, 2000).

Todos los sujetos desde niños desarrollan una serie de características individuales o patrones de respuesta como el resultado de su interacción con su familia y el medio ambiente. Los estilos de respuesta construyen un temperamento básico que es reforzado por el aprendizaje en la familia, la escuela y la comunidad. Finalmente, la cohesión de estos patrones dentro de una frecuencia, conforman la personalidad, entendiendo que la personalidad es un sistema organizado que incluye componentes emocionales, conductuales y cognitivos que caracterizan la interacción del individuo con el mundo y la formación de experiencia (McCauley, Lee y Draguns, 2000).

En el campo de la salud varios estudios han explorado la relación de la personalidad con las enfermedades contemporáneas, y aunque se sabe que las enfermedades tienen causas múltiples se ha reconocido el papel del estrés emocional y la personalidad. La personalidad se expresa como una tendencia consistencia a lo largo de los dominios como extraversión; neuroticismo; conductas de enfermedad; o preocupación por el cuerpo.

Desde una perspectiva conductual se sitúa a la personalidad como el producto de la transacción entre la disposición de la personalidad y los factores situacionales (Pervin, 1990; Revele, 1995).

Allport(1961) fue uno de los pioneros en diferenciar dos métodos en el estudio de la personalidad; el nomotético que busca leyes como en las ciencias físicas; y el ideográfico que separa características individuales que usa los principios generales de la conducta del individuo; toma en consideración las variables específicas que hacen que la conducta del individuo sea única. Esta novedosa forma de ver la psicopatología también considera la “Desviación subcultural” donde la etnia, la clase social, el vivir o pertenecer a un grupo definido en un vecindario, tiene un referente de ciertas normas de conducta. Por ejemplo, las conducta sexual precoz, algunos tipos de delincuencia o el

fracaso escolar representan toda una desviación para la clase media, pudiendo ser eventos normales para los menores que crecieron en esa subcultura ya que no existían otras alternativas o recursos (Achenbach, 1990).

La psicopatología del desarrollo emerge desde los años 70, combinando propuestas teóricas de la psicopatología y de la psicología del desarrollo, se apoya en la investigación de clínicos y psicólogos del desarrollo en estudios longitudinales de la conducta de los niños en riesgo, para conocer los patrones adaptativos que puede terminar o no en patología. Los investigadores de la psicopatología del desarrollo se apoyan en varias teorías, obedecen a una propuesta multidisciplinaria e integrativa que tiene por objeto conocer los procesos de adaptación y desarrollo (Masten, 2006).

La psicopatología del desarrollo enfoca la interrelación entre el desarrollo normal y el desarrollo atípico o patológico, es una disciplina que tiene como objeto el estudio los procesos psicológicos y biológicos, surge como cuestionamiento ante la premisa que toda psicopatología se concibe como distorsión, alteración o trastorno; por lo que Cicchetti propone conocer “funcionamiento normal” contra el que se compara la psicopatología incluyendo los procesos sociales que complementan la comprensión de estos fenómenos, contexto necesario para trabajar prevención y tratamiento (Cicchetti, 1995).

Los principios de la psicopatología del desarrollo son: a) el principio de desarrollo, señala la dotación con la que nacemos, el impulso para acelerar o desacelerar la dirección adaptativa de una conducta; b) el principio normativo, regido por las tareas de desarrollo, son estándares de conducta y logros de una sociedad y cultura en particular, el salir mal de una tarea repercute en el individuo, como en la percepción de la familia y sociedad, este entorno contribuye a la generación del síntoma o por el contrario al reestablecimiento del bienestar; c) el principio del sistema, reconoce las interacciones constantes

con pares, familia, y grupos y cree que éstos tienen una capacidad transformadora de perturbaciones internas y externas; d) el desarrollo implica múltiples niveles, desde la actividad ambiental (físico, social, cultural) , la conducta hasta la actividad genética, e) finalmente, el principio longitudinal, ayuda a conocer los procesos de desarrollo, los momentos de estancamiento y de aceleración (Masten, 2006).

Los rasgos de personalidad bajo este enfoque pueden presentarse como características particulares, sin embargo cuando algunos rasgos son exagerados y marcan dificultades en el funcionamiento personal, social o en algún otro plano del desarrollo se van transformando en patología, por lo que es importante incluir una perspectiva clínica que revise las características generales de los trastornos más frecuentes en la adolescencia.

1.6 Epidemiología en salud mental

Los problemas de salud mental se han incrementado drásticamente en las últimas décadas, en todas las edades, contribuyendo tanto a la carga global de enfermedades como a la discapacidad.

La evaluación y la clasificación diagnóstica de trastornos mentales en la adolescencia sigue siendo un tema complicado, por las diferencias en los sistemas diagnósticos, la definición de casos y los procesos de evaluación, dificultan establecer una prevalencia e incidencia. Muchos adolescentes sin patología manifiestan fluctuaciones del estado de ánimo, cambios en el nivel de energía, preocupaciones por la salud y el cuerpo.

Extensas revisiones epidemiológicas, han señalado la prevalencia de trastornos mentales durante la adolescencia apenas difieren con otros grupos de edad; sin embargo, existe una manifestación de picos de trastornos particulares que aparecen a esta edad como las esquizofrenias, trastornos obsesivos compulsivos, seguidos de síndromes depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, uso de drogas y conducta suicida; el 70% de estos diagnósticos aparecen después de la pubertad y raramente se presentan en la niñez (Seiffge-Krenke, 1998).

En población anglosajona se estima que entre el 8 y 22% de los adolescentes tienen algún trastorno psiquiátrico diagnosticado (Barton, et al., 2004). Si se considera tamizajes con población abierta se halló que el 20 % de la población adolescente presenta trastorno psiquiátrico, entre ellos el trastorno de conducta el trastorno por déficit de atención con hiperactividad; los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, como el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor (Kazani, Carlson, Beck, 1987)

En América Latina entre el 11 y el 33 % de jóvenes entre 15 y 14 años tienen algún problema de salud mental, el aumento de las tasas de suicidio en los hombres y el reporte de síntomas depresivos son una preocupación en ésta población (Madaleno, Morillo, Infante-Espíndola, 2003).

La presencia de trastornos mentales en edades tempranas puede ser un obstáculo importante para su desarrollo individual.

Las alteraciones en la salud mental son precursoras o consecuencia de muchas conductas de riesgo para la salud, como el consumo de alcohol, abuso de drogas, relaciones sexuales no deseadas o sin protección, abuso físico, sexual o emocional; o las llamadas prácticas extremas. Y no menos importantes son las conductas de agresión, el fracaso y el abandono escolar o el aislamiento de los pares y de la familia (WHO, 2003)

La revisión de datos epidemiológicos y antecedentes que influyen en la salud mental ayuda a formar una idea de la presentación clínica de las alteraciones emocionales y los trastornos en la salud mental en adolescentes y los factores relacionados, sin embargo, se debe considerar las diferencias culturales, sociales y de los adolescentes que participaron de esos estudios a los adolescentes mexicanos. Por lo anterior, en el siguiente apartado se muestran datos más cercanos a la población meta.

Panorama en México

A continuación se presenta una perspectiva de los problemas más relevantes en adolescentes mexicanos.

Alcohol y uso de sustancias

Las razones para el inicio del consumo de alcohol en adolescentes envuelve factores sociales y culturales; el alcohol está asociado a mensajes que vinculan la diversión, la facilidad de socializar. El consumo social del alcohol con compañeros crea una norma subjetiva del consumo, como una conducta deseable y apropiada (Sarafino, 1994; Newcomb y Bentler, 1989).

La Encuesta Nacional de Estudiantes reportó el aumento del consumo de drogas entre 1997 del 12% al 14.7% en el año 2000, esto en adolescentes y jóvenes estudiantes entre 12 y 22 años. Según el tipo de droga, la cocaína y la marihuana son los más consumidos por los hombres, mientras que las mujeres hacen un uso mayor de tranquilizantes (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermudez et.al, 2002; Villatoro, Hernández, Fleiz, Blanco, Medina-Mora, et al., 2005).

La prevalencia del consumo de alcohol y tabaco presenta valores similares para hombres y mujeres. La edad de inicio del consumo de sustancias ha disminuido; ahora los adolescentes tienen un acercamiento experimental en edades tempranas lo que incrementa el riesgo de abuso, más si el consumo se está iniciando con sustancias más dañinas como la cocaína (Villatoro et.al, 2005).

La población joven es la más vulnerable al consumo de drogas, tanto para jóvenes de estratos económicos aventajados como para los adolescentes en condiciones de pobreza (Medina-Mora, Natera, Borges, 2001). Según datos de la Encuesta en Hogares Urbanos con jóvenes del Distrito Federal entre 12 y 21 años, los adolescentes entre 12 y 15 años que comparten con jóvenes mayores que consumen alcohol tienen una probabilidad de consumir en futuro, más si son hombres (Urquieta, Hernández-Ávila y Hernández, 2006).

El inicio temprano de consumo de tabaco en jóvenes y adolescentes representa un problema ya que se ha asociado a un mayor consumo de alcohol y marihuana y otras drogas. Estadísticas conservadoras indican que en México mueren 122 personas al día debido a enfermedades asociadas al tabaquismo (Tapia y Kuri, 2001).

La prevalencia del tabaquismo en estudiantes entre 12 y 15 años de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México fue del 24.9% (Valdes, Reynales, Lazcano y Hernández, 2007).

La conducta adictiva tiene consecuencias muy importantes para la salud física y mental; es una de la problemáticas que más atención ha recibido por sus vínculos con conductas reñidas con la ley, causa de accidentes, pérdidas materiales y personales, también es una conducta asociada a los riesgos en la salud sexual, tema de esta investigación.

Trastornos de alimentación

La anorexia, bulimia y obesidad causan serios desequilibrios en la salud física; en la adolescencia son especialmente importantes para las mujeres que tratan de adecuar los cambios corporales a los modelos sociales, motivadas y las expectativas de aceptación y de reconocimiento (Sarafino, 1992; Seiffge-Krenke, 1998).

Un estudio sobre los hábitos alimentarios en estudiantes bachilleres de la ciudad de México observó que dos terceras partes de los adolescentes consumen principalmente cereales y alimentos de origen animal antes que frutas y verduras. Las mujeres comen significativamente menos que los hombres aumentando el riesgo para anorexia (Samano, Flores-Quijano, Casanueva, 2005).

El riesgo para las mujeres aumenta con la edad de 5.4% a los 13 años, a 16.1% a los 16 años. De acuerdo al índice de masa corporal los adolescentes de mayor riesgo fueron los de sobrepeso, obesidad y los que están por debajo del peso adecuado que tienen percepciones distorsionadas sobre su peso real (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro, Fleiz, 2002). Trastornos como la bulimia aumentan en el segundo tramo de la adolescencia, también, es más común en las mujeres, se la relaciona a la insatisfacción corporal, que es una de las determinantes (Goñi, Rodríguez, Arantzazu, 2007).

La demanda de atención por estos padecimientos se ha incrementado considerablemente. Los ingresos de primera vez a la clínica de atención de los Trastornos de la conducta alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría pasaron de 1.9% a 67.9% en cinco años (Samano, Flores-Quijano, Casanueva, 2005), principalmente por casos de anorexia y bulimia.

Los trastornos alimentarios forman parte de los indicadores de salud de los adolescentes, porque están expuestos a mensajes que dan valor a la apariencia física, modelos de belleza que influyen en la aceptación social, por lo que pueden a su vez relacionarse con la baja autoestima y los conflictos personales.

Estrés

El estrés tiene un efecto importante en la salud mental, incluye un proceso de continua interacción entre el sujeto y el medio ambiente (Sarafino, 1994). La etapa adolescente conlleva muchas situaciones estresantes internas y externas en una proporción mayor a otras etapas de la vida (Newcomb, Huba & Bentler, 1981), lo cual produce un impacto en la salud (Simmons, Burgeson y Carlton-Ford, 1987).

Sin embargo, desde la perspectiva del desarrollo no todos los eventos estresantes son negativos, eventos comunes denominados normativos como el cambio de escuela, ansiedad acerca de la sexualidad y la aceptación de los pares. Mientras que los eventos estresores no normativos son aquellos que incrementan la probabilidad de desadaptación como el divorcio de los padres; o tener algún miembro de la familia con enfermedad psiquiátrica (Seiffge-Krenke, 1998).

Un estudio comparó los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes, uno de nivel socioeconómico bajo y otro alto de la Ciudad de México, encontró que los adolescentes hombres reportaron más sucesos estresantes, considerando el nivel socioeconómico el grupo de nivel bajo

reportó más sucesos estresantes que el grupo de nivel alto, con mayor notoriedad en adolescentes entre 17 y 18 años (Lucio, León, Durán, Bravo y Velasco, 2001).

La migración de los padres pueden generar estrés, un estudio realizado en Zacatecas observó como en los hijos adolescentes se va incrementando esta respuesta, acompañada de cuadros depresivos, ambos relacionados al aumento de responsabilidades, la presión de mantenerse estudiando y realizar actividades económicas para apoyar el sostenimiento familiar (Moya y Uribe, 2006).

Hasta este punto se ha revisado el papel de la personalidad en la salud mental a través de los rasgos y tendencias, además de las problemáticas más salientes de la salud mental de los adolescentes, respecto a este último punto es importante destacar que las alteraciones emocionales rasgo variables de este estudio serán presentadas a continuación cubriendo una descripción clínica y epidemiológica.

Depresión

La depresión forma parte de los trastornos afectivos, en los cuales las emociones causan malestar subjetivo que entorpece la capacidad de una persona para funcionar en la vida cotidiana, la depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza intensa, sentimientos de inutilidad y aislamiento de los demás (Sue et. al ,1994) entre otros síntomas.

Los estudios de Rutter han sido esclarecedores sobre las manifestaciones de la depresión en los adolescentes. Los sentimientos depresivos en población general son más comunes en la adolescencia que en la niñez, y su aumento está más relacionado con la aparición de la pubertad que con la edad cronológica. Las diferencias de género señalan un predominio en los hombres antes de la pubertad y en las mujeres después de la pubertad (Rutter y Tuma 1988).

Cuando se presentan trastornos bipolares, los síntomas maníacos se presentan con más frecuencia durante los años de adolescencia. Los suicidios son bastante inusuales antes de la pubertad, pero sí son significativos en los años adolescentes.

El concepto de baja autoestima en la literatura clínica se ha tratado como un síntoma que forma parte de los cuadros depresivos, además de ser considerado una característica de personalidad. La autoestima es una característica o rasgo difícil de medir por la subjetividad que implica, se refiere a la medida en que una persona se valora o aprecia a sí misma, en la adolescencia la alta autoestima puede actuar como protectora ante el riesgo suicida.

Se estima que entre un tercio y la mitad de los niños que llegan a la etapa inicial de la adolescencia presentan dificultades relacionadas a su autoestima.

El nivel de autoestima varía considerablemente durante la adolescencia, está relacionado a factores de género, clase social y puede variar en una misma persona, sentirse bien en un ámbito, pero mal en otro, en el caso de los adolescentes pueden existir diferencias en la escuela, su espacio social y familiar.

Cuando la autoestima permanece baja puede favorecer la aparición de problemas como la depresión, intento suicida, problemas escolares, embarazo temprano y conducta antisocial (Cornell University, 2003).

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad están ligados al miedo que es una experiencia humana común para niños, adolescentes y adultos, puede funcionar como una respuesta adaptativa en muchas situaciones, su aparición forma parte del proceso normal de desarrollo. La diferenciación entre miedo, fobia y ansiedad ayudan a clarificar el espectro diagnóstico.

El miedo es una respuesta discreta frente a una circunstancia específica, mientras que la ansiedad es considerada como una respuesta menos diferenciada frente a un estímulo difuso (Kendall, 1991).

Las fobias forman parte del desarrollo normal del individuo, para establecer el diagnóstico es necesario que el objeto o evento temidos sean variados y se presenten en una fase evolutiva, sean evitados o soportados con ansiedad intensa, además de presentar incapacidad social significativa.

Los adolescentes que tienen este diagnóstico sufren un deterioro en su desempeño social, muchas veces escolar. Las situaciones de género, edad y estado socioeconómico en relación a la prevalencia varían de un trastorno a otro (SERSAME; 2002).

Problemas de Conducta

En el caso del trastorno disocial desafiante y oposicionista la característica esencial es un patrón recurrente de comportamiento negativista y hostil dirigido a las figuras de autoridad; se caracteriza por la aparición frecuente de accesos de cólera, discusiones con adultos, desafíos o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos, realización deliberada de actos que molestan a otras personas, acusación a otros de sus propios errores, se sienten fácilmente molestos, iracundos, resentidos o rencorosos.

Es más frecuente en varones y su curso suele ponerse de manifiesto antes de los 8 años de edad o antes de la pubertad, en la adolescencia la distribución por sexos se iguala; aparece en la familia pero puede extenderse a otros ambientes y en una proporción significativa este trastorno puede constituirse como un antecedente evolutivo del trastorno disocial (SERSAME; 2002).

Las alteraciones emocionales depresión, baja autoestima, ansiedad y problemas de conducta serán evaluadas a través del inventario de personalidad MMPI-A (Lucio, 1998), no como cuadros patológicos sino como tendencias y rasgos de la personalidad, las características del instrumento fueron descritas en el capítulo de método.

En México, existen pocos datos sobre la epidemiología de cada uno de los trastornos mentales en adolescentes. Los datos aparecen en reportes técnicos que son de difícil acceso, o son reportados por adultos, se suma a esto el uso de diferentes sistemas diagnósticos y procedimientos de evaluación, también se debe tomar en cuenta que no toda la población con padecimientos tiene accesos a los servicios de salud y no están diagnosticados, sin embargo se presentan algunos datos que pueden ser útiles para tener un panorama epidemiológico general de la salud mental adolescente.

Un estudio exploró la prevalencia del trastorno de depresión mayor en adolescentes canalizados a la Clínica de atención adolescente del Instituto Nacional de Psiquiatría, todos residentes en la Ciudad de México de clase media y media baja, los resultados observaron una prevalencia del 38% y una con alta comorbilidad con trastornos como: déficit atencional, trastorno de conducta y trastorno de ansiedad, sólo el 10% recibió diagnóstico exclusivo de depresión mayor (Peña, Ulloa, Páez, 1999). Otro estudio sobre ésta misma temática en adolescentes hombres de 12-15 años, de escuelas particulares, en esta misma ciudad encontró que el 27% manifestó depresión mayor, el 10% presentó comorbilidad con otro trastorno, el rendimiento escolar pobre fue más característico de los adolescentes con diagnóstico depresivo (Peña, Estrada, Almeida y Páez, 1999).

La primera Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría, fue una de las iniciativas más

importantes en este campo, su propósito fue detectar la prevalencia de trastornos mentales y el uso de servicios de salud mental en el país. Se usó una, evaluación retrospectiva (mediante el instrumento CIDI) de los trastornos de la infancia y la edad de la aparición de las manifestaciones del trastorno.

Fue aplicada en seis regiones a nivel nacional en población urbana abierta, participaron adultos entre 18 y 65 años. Los criterios diagnósticos se ajustaron tanto a las clasificaciones diagnósticas del DSM IV, como al CIE-10 (Medina-Mora, Guillerme, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, 2003).

Los trastornos más identificados en orden de frecuencia fueron: la ansiedad de separación con una edad media reportada de 5 años, el trastorno de atención a los 6 años; fobia específica a los 7 años seguida por el trastorno oposicionista a los 8 años

Los resultados mostraron que el 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos del CIE-10 alguna vez en su vida, 13.9% reportó en los últimos 12 meses y 5.8% en los últimos 30 días.

Por su frecuencia, los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad con 14%, seguido por los trastornos por uso de sustancias 9.2% y los trastornos afectivos 9.1%. Con respecto al género, los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno que las mujeres 27.1% (Medina-Mora; et al, 2003).

En la Tabla B. aparece la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en el grupo de edad adolescente.

En la tabla se muestran datos de población escolar y muestras clínicas, sin embargo no se cuenta con una encuesta nacional haya indagado directamente con los adolescentes los síntomas y el uso de servicios en población abierta, muchas evaluaciones clínicas en menores consideran importante recoger información adicional de los padres e incluso de los pares

Tabla B Trastornos de salud mental adolescente en México

Diagnóstico	Dato	Fuente
Trastorno Depresivo Mayor	<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia en población general 0.4 es decir en 8% de los adolescentes: del 27 a. 40% en población clínica 	Peña, 1999.
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia 2% de la población nacional-durante infancia o adolescencia, 7 episodios promedio en la vida 	Benjet. et al 2004.
Problemas de Conducta	<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia del 12 al 16%, más frecuente en varones 	SERSAME 2002. Juarez.etal., 2005
Conducta antisocial	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la conducta violencia y robo para adolescentes del DF. 	SSA,*González-Forteza, Berenzon, 1999.
Conducta suicida	<ul style="list-style-type: none"> 12.5% entre 15-19 años dato del 1995. Mayor riesgo en Hombres. Ideación suicida en estudiantes secundaria y bachilleres DF 47% al menos un síntoma 	Medina Mora y cols 1994. González_Forteza, Villatoro, Alcazar, Medina-Mora et al., 2002)
Fobia (Ansiedad)	<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia aumentó del 8.3% en 1997 a 9.5 % en 2000, más mujeres 3 por cada hombre. Prevalencia 5-10% en niños y adolescentes, existe más disposición en hijos de padres ansioso. 	SERSAME,2002.

Una investigación sobre los síntomas y la búsqueda de atención en salud mental realizada con padres de niños y adolescentes, entre 4 años y 16 años. residentes en la ciudad de México, encontró que los síntomas más reportados fueron: inquietud, 19%; irritabilidad, 17%; nerviosismo, 16%; déficit de la atención, 14%; desobediencia, 13%; explosividad, 11% y conducta

dependiente, 9%. Con excepción de la irritabilidad, todas las demás manifestaciones se reportaron como conductas frecuentes con más de un año de presentación respecto a la fecha de la entrevista.

La mitad de la población presentó al menos una conducta sintomática evaluada, el 16 % tuvo mayores probabilidades de cursar un trastorno. Sólo una cuarta parte de los padres de los menores consideró la necesidad de atención, del grupo con síntomas más persistentes sólo el 13% pensó en buscar ayuda (Caraveo, Colmenares y Martínez, 2002).

Otros reportes epidemiológicos nacionales de los centros de atención en salud mental de la Secretaría de Salud en el grupo de niños y adolescentes según la clasificación diagnóstica del CIE-10, encontraron una alta prevalencia en trastornos hiperkinéticos 34.12% asociados al déficit de atención, trastornos mentales debidos a lesión o enfermedad médica y retardo mental 74.87%, trastornos mentales No especificados 15.%; Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, 9.90% trastornos disociales 9.74%. Se observa también un incremento en la tendencia al consumo de drogas y alcohol y una mayor incidencia en problemas de depresión, intentos suicidas y acciones violentas (SERSAME, 2002).

Conclusiones.

De la revisión teórica anterior se puede concluir que la adolescencia es una etapa relevante, en la cual hay una demanda constante de ajuste emocional, así como cambios de conducta para asumir nuevos roles en entornos sociales complejos, los adolescentes que viven en zonas urbanas como en el caso de la Ciudad de México, tienen que lidiar con condiciones económicas extremas, exposición a los medios de comunicación, las condiciones de violencia e inseguridad.

En este panorama la salud adolescente muestra una estrecha interdependencia entre las condiciones de salud física y los indicadores de

salud mental, en la cual la mediación de las características de personalidad (tendencias y rasgos) que se van consolidando, y pueden generar estados patológicos manifestados en hábitos y conductas poco saludables, pero en contraparte también pueden potencializar los recursos personales.

Desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, se toman en cuenta los procesos normales o “normativos”, que desembocan en un estado de bienestar, así como los procesos patológicos. Esto es especialmente importante por que la adolescencia es un pico de edad en el que aparecen serias enfermedades mentales, los trastornos del estado de ánimo como la depresión; trastornos psicóticos como la esquizofrenia, en los que un diagnóstico y tratamiento adecuados son críticos para una recuperación (WHO, 2003).

La visión integral de los problemas de salud de la población adolescente, no sólo obedece a conservar su derecho a la salud, a nivel social el momento actual del bono demográfico sugiere considerar el cuidado y atención a esta población como una inversión para el desarrollo.

Los problemas de salud mental de los adolescentes son suficientemente importantes para ser atendidos en niveles preventivos y de tratamiento. Los sistemas de salud tienen que considerar la comorbilidad de sus padecimientos (Sarraceno, Saxana, Carveo, Khon, Levav, Caldas y Vicente, 2005), conservando una visión integral de salud.

CAPÍTULO 2

SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA

La salud sexual adolescente es el campo central de conocimiento de esta investigación, por lo cual es importante iniciar esta revisión teórica con definiciones conceptuales sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva.

La sexualidad humana incluye tanto el cuerpo como la mente. Refleja la maduración biológica, el desarrollo cognitivo, el aprendizaje social, el grupo de pares como la familia. No es una respuesta automática, ni es el simple resultado de la experiencia. La sexualidad es única en cada individuo, es importante en todas las edades, no emerge por primera vez en la pubertad, ni se termina cuando nacen los nietos (Kimmel y Weiner, 1985).

Salud sexual y reproductiva

Se ha definido a la salud sexual y reproductiva como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social; en el que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria, teniendo además la capacidad de reproducirse y decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. Implícito está el derecho de tener información y acceso a los métodos de planificación familiar seguros para regular la fecundidad; y el derecho de acceder a servicios de salud apropiados que permita a la mujer transitar por un proceso de embarazo seguro, que mejore oportunidades para tener un hijo sano...” (OMS, 1994).

La salud sexual comprende una compleja interacción de factores que van desde la conducta sexual, actitudes, factores sociales, hasta los factores de riesgo biológicos y predisposición genética. Estudia temas tan diferentes como las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); los embarazos no deseados; el aborto; el VIH/SIDA e incluso las disfunciones sexuales. Puede recibir influenciada por la salud mental, la enfermedad crónica o las condiciones de violencia.

Se dirige tanto a los individuos como a la comunidad, opera desde marcos legales y políticos que aseguran el ejercicio de los derechos sexuales de toda persona.

La investigación de la sexualidad tendría idealmente que trascender el plano de la conducta sexual, para conocer el papel de los factores sociales, culturales y económicos que colocan en riesgo a los individuos y los hace vulnerables por ejemplo a una relación sexual no deseada. Temas como el VIH, y la violencia basada en el género han hecho que este campo de la salud se haya desarrollado los últimos 20 años (WHO, 2004).

2.1. Factores sociales

El proceso denominado socialización de rol de género involucra el aprendizaje de las conductas de género asociadas a ser un hombre o ser mujer, aunque está claro que los roles de género son diferentes en cada sociedad; la relación entre los roles de género, las conductas y actitudes sexuales varían a lo largo de cada cultura, lo que es normal en una cultura puede ser atípico o incluso anormal en otra. Por ejemplo los adolescentes asiáticos-americanos tienen menor actividad sexual que los no asiáticos, posponen el inicio sexual hasta el matrimonio por el valor que sus familias le dan a este rito, no seguir esta norma es motivo de vergüenza y desaprobación; en contraste los adolescentes afro-americanos inician su vida sexual en promedio a los 11.1 años, mientras que los japoneses lo hacen en la juventud, a los 21 años.

En cuanto a las diferencias de género, las adolescentes hispanas sostienen desconocer aspectos de la sexualidad para mantener una imagen de pureza e inocencia, mientras que la misma cultura impulsa a los hombres adolescentes a tener relaciones sexuales heterosexuales al llegar a la pubertad (Kimmel y Weiner, 1985).

Sin embargo, el cambio en las normas sociales sobre sexualidad, junto con el creciente número de adolescentes sexualmente activos, ha disminuido la tradicional brecha entre la conducta de chicos y chicas respecto a la actividad sexual (Heaven, 2000). Un estudio encontró que las adolescentes reportaron mayor número de parejas sexuales, prácticas sexuales -como el sexo oral- en comparación con otras generaciones. Aparentemente, la forma de recoger la información tuvo algunos efectos: se les indicó que, al responder, estarían conectadas a un detector de mentiras y se les aseguró completo anonimato. Las actitudes sexuales mantuvieron su diferencias entre hombres y mujeres (Fisher, 2003).

Existen varios factores sociales y biológicos que han sido identificados en el cambio de la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes, como el inicio temprano de la menarca, el inicio precoz de las relaciones sexuales, el aumento en la edad del matrimonio, el cambio en los valores morales debido a la urbanización, la exposición a diversos patrones culturales, la influencia de los medios masivos de comunicación, la declinación de familias extensas, factores que, para estos autores, prolongan la etapa adolescente y propicia grandes períodos de actividad sexual que pudieran influir en la fecundidad (Friedman, 1992).

La sexualidad adolescente como problema

La sexualidad en la adolescencia no siempre ha sido motivo de preocupación para padres, escuela, investigadores sociales y responsables de políticas públicas. En tiempos anteriores la gran mayoría de los matrimonios se daba entre adolescentes. La maternidad era una consecuencia esperada del ejercicio de la sexualidad. Muchas generaciones fueron hijas de padres y madres adolescentes. La sexualidad era “aceptada” en un marco social y moral si ocurría dentro del matrimonio (Luker, 1996).

La sexualidad siempre ha estado ligada a referentes sociales y culturales. Al respecto, Luker propuso un importante análisis de las dimensiones sociales que explican la forma de percibir la conducta sexual adolescente en la sociedad estadounidense. Retomar este trabajo es importante por tratarse de una de las naciones donde más investigación se ha generado sobre sexualidad adolescente y programas preventivos en materia de salud sexual y reproductiva.

Las relaciones sexuales eran un asunto muy privado, hasta que los estudios de Kinsey y colaboradores en los años 40 y 50 difundieron hallazgos sobre la conducta sexual de hombres y mujeres. El impacto social creó interés mundial sobre el tema. Por ejemplo, encontraron que las mujeres estadounidenses tenían relaciones sexuales premaritales cuando existía un compromiso matrimonial con su pareja sexual, años después la revolución sexual cambió el estigma de las relaciones sexuales fuera del matrimonio. Asimismo, la invención de los anticonceptivos separó a la sexualidad reproductiva de la sexualidad por placer (Luker, 1996).

Los mecanismos de control social empezaron a delimitar la edad “apropiada” para ejercer la sexualidad y el matrimonio, las políticas sociales se apoyaron en las nuevas teorías psicológicas de Hall sobre la adolescencia como etapa de “inestabilidad y sobrecarga” entre la niñez y la vida adulta. Esta nueva condición de inmadurez creó un marco de protección, en la que se requería crecer y prepararse para asumir responsabilidades adultas en el futuro. Sin embargo, el aumento de adolescentes sexualmente activos no pudo ser totalmente regulado: muchas adolescentes se embarazaron y este evento “natural de la vida” se transformó en un problema porque estaba ocurriendo en una etapa en la que no se esperaba que sucediera; se sumó el hecho de que los nacimientos estaban fuera del matrimonio y que los padres adolescentes no tenían suficientes ingresos

para mantener a sus hijos, transformando así la sexualidad adolescente en un problema social, cuyos costos económicos en ayuda social y gastos médicos afligieron al gobierno estadounidense (Luker, 1996).

A partir de ese momento, la sexualidad adolescente se quedó en la mira de las políticas públicas -con debates sobre el acceso a la anticoncepción, el derecho al aborto y las medidas de prevención necesarias- se generó un nuevo campo de investigación en la psicología y otras ciencias sociales.

Por otro lado, los países en desarrollo adoptaron este enfoque y agregaron otros argumentos para mantener el embarazo adolescente como problema social y de salud. Entre las principales preocupaciones se encontraron el aumento poblacional, el riesgo físico-biológico para la madre y se consideró el embarazo adolescente como un mecanismo perpetuador de la pobreza, debido a que la maternidad aleja a las jóvenes de la escuela y de oportunidades a futuro (Buvinic, Valenzuela, Molina y Gonzáles 1998; Stern, 1997); estos elementos serán comentados en el apartado del embarazo adolescente en México.

Sexualidad y matices socio-culturales

La sexualidad tiene una representación distinta dentro de cada cultura. En México, varios estudios se han ocupado de explorar estos significados y creencias. Un estudio sobre la construcción social de lo masculino, lo femenino y los significados de la sexualidad describió las diferencias entre hombres y mujeres: se observó un rechazo cultural hacia la sexualidad no procreativa de la mujer junto con una elevada valoración de la conyugalidad y fecundidad dentro de la unión marital, mientras que en los varones se estimulan las expresiones de erotismo, actividad y diversidad de experiencias, siendo ambas pautas importantes sobre las relaciones de poder y del ejercicio desigual de la sexualidad en México (Szasz, 1998).

Estas diferencias de género se mantienen sujetas a significados morales y religiosos claramente evidentes en los conceptos sobre la virginidad. Estos han sido construidos durante un largo tiempo de relaciones sociales y políticas.

Sin embargo, los comportamientos y los conceptos sobre la sexualidad no son estáticos, también reciben otras influencias como la difusión de la cultura moderna que, a través del crecimiento urbano y la comunicación masiva, parece estar provocando transformaciones: un encuentro entre los valores tradicionales y los valores modernos que produce una interacción compleja causante de dilemas entre diferentes concepciones y valores de la sexualidad (Amuchástegui, 2002).

Otra investigación sobre las diferencias de género y sexualidad adolescente en jóvenes mexicanos encontró diferencias en los patrones de comportamiento sexual y normatividad. Los hombres inician vida sexual antes que las mujeres, la primera relación la tienen con amigas, prostitutas o desconocidas mientras que las mujeres se inician a mayor edad, con el novio o esposo. La sexualidad para ellas tiene un componente afectivo de unión y procreación; ellos inician vida conyugal 7 años después del inicio de vida sexual, las mujeres de este estudio unos meses después (Szasz, 1997).

2.2 Factores psicológicos

La sexualidad, además de manifestarse en un determinado grupo social y cultural, es una condición psicológica importante, que ayuda al adolescente a desarrollar el sentido de identidad. La sexualidad forma la base para una nueva forma de intimidad emocional en las relaciones. La manera de expresar sentimientos sexuales varía con cada tipo de relación de pareja que tienen los adolescentes (Cobb, 2001).

Las diferentes facetas de la sexualidad se manifiestan, por un lado, en el desarrollo físico y por otro, en el desarrollo psicológico que integra elementos

como el interés sexual, la conducta sexual y la excitación sexual (Heaven, 2000). Los sentimientos sexuales se intensifican después de la pubertad. Reflejan el gran aumento de hormonas que circulan en los cuerpos de hombres y mujeres. La conducta sexual adolescente es una clara manifestación de componentes biológicos, sociales y psicológicos (Kimmel y Weiner, 1985).

En la adolescencia temprana la conducta sexual marca un cambio en el entorno social, en las relaciones de amistad del mismo sexo, en la relación con los padres, así como en la relación con el sexo opuesto. Independientemente del deseo o las preferencias de los padres y adultos, las experiencias en este terreno son importantísimas para la formación de la identidad sexual y el sentido de la individualidad (Graber, Brook-Gunn y Galen , 1998)

2.3 Factores biofísicos

La conducta sexual tiene un sustrato biológico que entra en juego en la respuesta sexual. Los circuitos hormonales acompañan las manifestaciones sexuales y gran parte de la conducta sexual. Se da el aumento en la producción de andrógenos que incrementa a su vez el impulso sexual, mismo que busca manifestarse en los ensayos de la conducta sexual. Estos factores inciden en la orientación sexual, la elección de pareja sexual y las primeras relaciones sexuales (Shaffer, 2000). Es durante la adolescencia cuando se aprende a regular estas manifestaciones.

Pubertad

La pubertad es definida como un proceso multifacético que incluye la superposición de varios eventos, desde los procesos biológicos (cambios físicos y hormonales), a los cambios físicos que son más visibles (Connolly, Paikoff y Buchanan, 1996).

Los cambios alcanzados en la pubertad representan los cambios biológicos de mayor envergadura desde los primeros años de vida. El hipotálamo se encarga de dirigir la presencia hormonal para que en esta etapa se complete el proceso que se inició antes del nacimiento. En las niñas, las hormonas gonadotrópicas y la hormona luteinizante preparan las funciones del ovario; mientras que en los niños las gónadas permiten la secreción de andrógenos en el periodo fetal y los mismos andrógenos son responsables del desarrollo de los órganos internos y externos (Paikkof y Brooks-Gunn,1991).

Takashi, Marshal y Taner (1971) encontraron que los cambios físicos para hombres y mujeres incluyen un rápido crecimiento en estatura y la ganancia de peso, con diferencias en la distribución de la grasa corporal. La velocidad de crecimiento es de 10.5 cm. por año en los niños y 9 cm. para las niñas. La espermaquia inicial o primera eyaculación se da aproximadamente dos años después de iniciar los cambios físicos, signos de la pubertad; mientras que la primera menarca es relativamente el evento más tardío en la pubertad, posterior al desarrollo de las mamas.

En general, la maduración temprana ha sido ligada a mayor riesgo de presentar problemas de conducta en adolescentes de ambos sexos. En las mujeres el desarrollo temprano se ha asociado con trastornos de alimentación . También se la ha relacionado con la actividad sexual precoz en las chicas; en el caso de los hombres los factores hormonales marcan el comienzo en la actividad sexual (Paikkof, et al., 1991). El desarrollo de la madurez reproductiva marca la transformación central entre la niñez y la edad adulta, los cambios son asimilados durante la adolescencia, incluso en los primeros años del adulto joven.

2.4 Conducta Sexual

A lo largo de los últimos años han cambiado, tanto la actitud sexual, como los patrones de comportamiento sexual; por lo general, los adolescentes de las últimas generaciones presentan formas más íntimas de actividad sexual (masturbación, caricias y coito) en comparación a los adolescentes de épocas pasadas (Langer y Tolber, 1996, Cobb, 2001).

El cambio es particularmente más notable en las mujeres adolescentes, que suelen adoptar un papel menos pasivo. Ellas están experimentando sexualmente a edades cada vez más tempranas (Shaffer, 1999). Prácticas como el sexo oral son más comunes en las actuales generaciones (Cobb, 2001).

La conducta sexual adolescente se presenta de forma similar a la conducta sexual adulta, tienen una progresión entre las conductas auto eróticas y las conductas socio-sexuales (Katchdourian, 1990). La conducta auto erótica incluye fantasías, orgasmos nocturnos y masturbación. Las conductas socio eróticas incluyen caricias, sexo oral y coito. Algunos estudios han reportado diferencias étnicas culturales en las etapas de la conducta sexual, los adolescentes caucásicos se inician con besos apasionados pasan por el toque mutuo de genitales y culminan en la relación sexual coital; mientras que los adolescentes afro-americanos saltan etapas hasta la relación sexual sin pasar necesariamente por el toque de genitales (Cobb, 2001).

No existe una sola razón que determine el por qué los adolescentes se involucran en conductas sexuales, los factores psicológicos asociados a la conducta sexual tienen causas y correlatos complejos. La conducta sexual ayuda a una variedad de funciones psicológicas incluyendo: el aumento del placer físico y psicológico; afrontamiento de consecuencias negativas; alcanzar intimidad con una persona en particular o ganar la aprobación de otros evitando la censura (Heaven, 2000).

Conductas Sexuales de Riesgo

La sexualidad expresada a través de la conducta sexual forma parte de la experiencia de vida de las personas, es una condición natural, sin embargo, cuando se trata de adolescentes es importante preguntarse cuál es exactamente el problema para considerar la conducta sexual como riesgo. Para algunas percepciones el problema está en que los adolescentes tengan relaciones sexuales, para otros lo problemático es que tengan bebés y que como consecuencia de estos embarazos elijan el aborto, criar a sus bebés (Lee, Bergman, 1997) o que puedan exponerse a las infecciones de transmisión sexual.

De esta gama de respuestas que pudieran estar cargadas de ciertas connotaciones morales emerge el problema que toca esta investigación, los efectos de la conducta sexual adolescente en su propia salud o la salud de otros, la salud comprendida como salud sexual-reproductiva y emocional.

Las conductas sexuales de riesgo pueden ser definidas de numerosas maneras. La forma más obvia es de acuerdo a las mismas conductas: relaciones vaginales, anales u orales sin protección. Una segunda forma se refiere al tipo de pareja sexual con quien se desarrolla la conducta: individuo VIH positivo, usuario de droga intravenosa o compañero sexual no exclusivo.

Las conductas sexuales de riesgo pueden tomar varias formas, desde tener un número grande de parejas, involucrarse en prácticas sexuales riesgosas o tener relaciones después de consumir alcohol o droga. Sin embargo, las dificultades de reconocerlas en el sistema de salud son grandes debido a que el adolescente no siempre está dispuesto a dar esa información de forma voluntaria. Muchas veces, estas conductas se identifican por el diagnóstico de ITS o embarazo (Hall, Holmqvist y Simon, 2004).

Los factores de riesgo identificados para embarazo adolescente son: precocidad de la primera menarquia y primera eyaculación; baja autoestima y baja percepción de auto eficacia, ausencia o mala comunicación familiar; falta de un adulto referente, abuso sexual; presión de la pareja, abuso de alcohol o drogas, abandono escolar; bajo rendimiento en la escuela, depresión o duelo por pérdidas: falta de un proyecto alternativo a la maternidad.

Los factores de riesgo para ITS y VIH-SIDA son: el inicio sexual precoz (anal, oral, vaginal), historia de ITS, tatuajes propios o de la pareja, abuso sexual, no usar preservativos, vivir en condición de calle, instituciones, pareja con VIH y prácticas de prostitución (CENEP, 2000).

Para esta investigación se seleccionaron las siguientes conductas de riesgo:

Uso-No uso de Anticonceptivos.

Haber tenido relaciones sexuales sin protección, tener relaciones sexuales usando anticoncepción, sin métodos de barrera o haber elegido un método de anticoncepción inapropiado como el retiro.

Pareja sexual.

Tener parejas sexuales simultáneas, o varias parejas sexuales en la vida. Tener relaciones sexuales con desconocidos, o haber tenido experiencia de abuso sexual, haber sido presionado para tener relaciones sexuales.

Conducta sexual.

Haber iniciado vida sexual a temprana edad, tener relaciones sexuales a cambio de algo (sexo recompensado), tener relaciones sexuales habiendo tomado alcohol o consumido droga.

Antecedentes y Factores de Riesgo.

Haber tenido un embarazo o varios, si se es mujer, o haber embarazado a una mujer si se es hombre. En ambos casos sin haberlo deseado o planeado antes de los 20 años.

Haber interrumpido uno o varios embarazos o que la pareja sexual haya interrumpido uno o varios embarazos. Tener uno o más síntomas de ITS. Y finalmente tener amigos y familiares que se hayan embarazado antes de los 20 años sin haberlo deseado.

2.5 Salud Sexual y Reproductiva en México

Las políticas de salud en este campo se iniciaron a partir de la alerta sobre las tendencias de crecimiento poblacional referida por los indicadores demográficos; la creación del Consejo Nacional de Población en 1974 fue la instancia institucional para implementar las políticas de población (Rodríguez, Corona, Pick, 1996). Posteriormente, en 1977 se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la meta fue reducir la tasa de fecundidad² de las mujeres en edad reproductiva, el éxito de este programa fue significativo especialmente entre mujeres mayores que ya no querían tener más hijos.

Las políticas de salud mantuvieron el objetivo de reducir la tasa de fecundidad entre las mujeres en edad reproductiva, las adolescentes no recibieron un trato diferenciado por que formaban parte del grupo de mujeres jóvenes, en su mayoría casadas o unidas, el motivo para acudir a los servicios de salud fue espaciar el tiempo entre gestaciones.

² La fecundidad se refiere al número medio de hijos por mujer, a diferencia de la tasa general de fecundidad que se refiere al número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, no todos los embarazos desembocan en nacimientos.

Gracias a la conferencia sobre población en el Cairo-1994- se llamó la atención hacia la salud reproductiva de los adolescentes (Population Reports, 1995) y se crearon nuevas líneas de trabajo para atender a esta población. Como se mencionó anteriormente, el embarazo en la edad adolescente asumió una categoría de asunto importante por las repercusiones sociales, económicas y de salud en este grupo de edad considerado vulnerable.

Además del embarazo, otros problemas de salud asociados fueron reconocidos como relevantes para los adolescentes y jóvenes, entre ellos el aborto practicado en condiciones desfavorables, la violencia, el abuso sexual, las enfermedades de transmisión sexual como el VIH-SIDA (Langer, et al., 1996).

La comparación de los datos nacionales con los mundiales y regionales ayuda a construir un panorama sobre la salud sexual adolescente. Según Dryfoos cada año 14 millones de mujeres adolescentes entre los 15 y los 19 años dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos a nivel mundial.

En América Latina, los embarazos adolescentes representan entre el 15 y el 20% del total de nacimientos (GIRE, 2004): comparado con países desarrollados, el embarazo adolescente registró un descenso en los últimos 25 años, las tasas más bajas las reporta Japón y países de Europa Occidental con menos de 40 por mil, con la excepción de países como Rusia que aún muestra rezagos en estos indicadores. Los motivos que contribuyeron a estos resultados fueron la motivación de los jóvenes para alcanzar niveles educativos más altos, obtener empleo o capacitación, la dotación de una educación sexual amplia, conocimiento y uso efectivo de anticonceptivos, habilidades para negociar el uso de anticonceptivos, así como el apoyo social en los servicios de prevención de embarazo e ITS (Guttmacher Institute, 2001).

Un reporte sobre el estatus de las naciones europeas respecto a estos temas de salud sexual y reproductiva señala, que estos gobiernos tienen una apertura hacia la sexualidad en general incluida la adolescente, sus políticas son pragmáticas, que se ocuparon de facilitar el acceso a la información y los servicios de salud sexual para toda la población (Advocates for Youth, 2004).

En México, el descenso de la tasa de fecundidad se debe al Programa Nacional de Planificación Familiar aplicado en la década de los 70. La tasa de fertilidad adolescente en 1970 estaba en 130/1000 y fue reduciendo progresivamente hasta llegar a 72/1000 en 1999, una disminución del 40% en aproximadamente 20 años (Stern, 2003). CONAPO estimó en base a las Encuestas Nacionales sociodemográficas, que en el año 2000 366 mil nacimientos fueron de madres adolescentes entre 15 y 19 años (GIRE, 2004).

Según la encuesta ENSAR, la tasa de embarazos adolescentes entre 12 y 19 años en 2006 fue de 79 por cada mil, mientras que la tasa específica de fecundidad para adolescentes entre 15 y 19 años por estrato social fue de 0.7 en el nivel alto y de 158 por cada mil en estratos bajos (Schiavon, 2006).

Para el 2000, el promedio de hijos vivos por mujer era de 3, se observó una disminución en todas las edades pero fue más notorio en mujeres entre 45 y 49 años. Para el 2005 el promedio de hijos vivos fue de 2.6 por mujer (INEGI, 2006).

2.6 Embarazo Adolescente

Algunas investigaciones han puesto su interés en los eventos psicológicos que preceden a los embarazos adolescentes, uno de los más estudiados es la toma de decisiones respecto a la expresión de la sexualidad, conducta sexual y capacidad reproductiva.

Estudios como los de Hayes (1986) y Pick, et.al, (1996) identificaron los siguientes eventos: el inicio en las relaciones sexuales lleva a plantear el usar o no métodos anticonceptivos, del no uso, se puede dar un embarazo frente al cual se puede elegir practicar un aborto o continuar el embarazo; después del nacimiento se puede decidir por la adopción o la crianza. La adopción planeada no es una alternativa al alcance de adolescentes embarazadas de países pobres, el rechazo de la crianza termina muchas veces con el abandono del producto. Estas decisiones no están aisladas de considerar efectos culturales, sociales y psicológicos donde participan los sujetos y grupos vinculados como son la escuela, los pares y la familia de origen. Las características personales de la adolescente embarazada y las del padre del bebé.

Los nacimientos tempranos pueden conducir a condiciones de menor calidad de vida. Una buena cantidad de estos embarazos terminan en abortos y muchos de ellos se realizan en condiciones inseguras.

En México, la población adolescente se encuentra en condiciones de desventaja, menor acceso a servicios de salud, bajo nivel de ingreso, y relaciones desiguales de poder familiar y género, entre otras (Menkes y Juárez, 2003).

Un análisis realizado por Stern sobre el embarazo adolescente, cuestiona la asociación lineal que se le atribuye al embarazo adolescente como generador de pobreza, se debe tomar en cuenta las condiciones preexistentes al embarazo, características de las adolescentes que se embarazan como nivel socioeconómico y el abandono escolar. De igual manera, se deben considerar otros factores como el crecimiento del grupo de adolescentes, que hace más visible el embarazo a esta edad; la disminución de fecundidad de las mujeres mayores contribuye a la concentración de la proporción de mujeres jóvenes que se embarazan; el acceso a servicios de salud de la población pobre ha incrementado la visibilidad de casos

en escenarios hospitalarios; y finalmente estos embarazos se vuelven importantes porque ocurren en contextos normativos donde se supone no deberían ocurrir, la escuela es uno de ellos. La persistencia de la pobreza y la falta de oportunidad para las mujeres tienen a conducir a la formación temprana de familias (Stern, 1997)

Las condiciones sociales y económicas marcan una vulnerabilidad social en éstas adolescentes. Los embarazos adolescentes ocurren más en estos sectores marginados por la estructura social endeble -debido, en gran parte, a las pocas oportunidades de empleo, la gran frecuencia de problemas familiares como la violencia y el consumo de alcohol, las escasas redes de apoyo y la escasa escolarización (Stern, 2004).

Un estudio revisó el fenómeno del embarazo adolescente según los estratos sociales en México a partir de las encuestas nacionales ENADID 1992 y 1997 ENJ 2000 y ENSAR 2000, descubrieron que el embarazo adolescente se concentra en 74% en los estratos bajos, ocurre mayormente en la adolescencia tardía, entre 17 y 19 años. Los embarazos que se dan de forma más temprana entre 12 y 14 años, corresponden a los estratos bajos. Los embarazos en estratos bajos se dan en adolescentes que dejaron la escuela. En el estrato alto, las adolescentes estaban en la escuela cuando se embarazaron y eran solteras cuando sucedió, a diferencia de la estabilidad de número de embarazos del estrato bajo, en el alto la tendencia es hacia el crecimiento (Stern y Menkes, en prensa)

Se considera al embarazo adolescente como de “alto riesgo” en el estudio de riesgo reproductivo, debido a su asociación con complicaciones materno infantiles. Esta visión es compartida por los especialistas médicos, no así por otros investigadores sociales (Pick, Atkin y Eherenfeld,1996).

Un estudio del Instituto Nacional de Perinatología concluyó que el embarazo adolescente tiene sus propias complicaciones, porque las adolescentes no se encuentran familiarizadas con los síntomas de la gestación, ni con el uso del sistema de salud, viven desajustes psicológicos con su familia, pareja y el propio embarazo. Las complicaciones médicas tienen correlación con el tiempo de embarazo, la calidad de cuidado perinatales y la adherencia a los servicios de salud (Vásquez; 1999).

Al respecto, un análisis de estudios epidemiológicos evidenció el peso de los factores sociales y culturales en el embarazo adolescente, al controlar variables sociodemográficas como el nivel de educación, la atención prenatal recibida y las características nutricionales, no se encontraron diferencias significativas entre los riesgos para la salud de la madre o la del niño en embarazos adolescentes de 15 a 19 años, comparadas con los embarazos que ocurren en mujeres jóvenes de 20 años y más. Con la excepción del embarazo precoz, que ocurren a partir de dos años postmenarca (Stern, 1997).

Otro estudio con adolescentes mexicanas embarazadas de dos cohortes -la primera de 16 años y menores comparadas con un segundo grupo de 20 a 23 años- no mostró diferencias estadísticas en ambos grupos, aunque resalta la importancia del seguimiento perinatal para tener resultados adecuados (Lira, Oviedo, Zambrano, Ibarrengoitia, Abuhed, 2005).

Los datos de estudios mexicanos sobre las características personales de las adolescentes embarazadas dan una imagen bastante consistente de sus características, tienen menores aspiraciones escolares, menos orientación hacia el futuro y con menos información sobre anticonceptivos; es probable que antes de la gestación ya hubieran abandonado la escuela (Atkin y Givaudan, 1991).

En contraparte el perfil de las adolescentes que deciden abortar tienen ambiciones educativas más altas, tienen más tendencia a ser buenos alumnos y estar más cerca de una clase social alta; son menos religiosos, tienen amigos y madres que son más tolerantes respecto al aborto (Fustemberg, Brook-Gunn, Chase, Landsdale, 1989). Entrevistas realizadas a mujeres de México, Bolivia y Perú que se practicaron abortos en la clandestinidad realizadas por el Population Council, concluyeron que hay pocos remordimientos con respecto a la decisión tomada, la culpa y consternación es mayor en mujeres religiosas y en quienes no recibieron apoyo moral y psicológico, la actitud del médico también influyó en los efectos psicológicos (Tolbert, Ehrenfeld y Lamas, 1996).

2.7. Infecciones de Transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) tienen más de 20 agentes causales, pueden ser hongos, parásitos, bacterias o virus. Entre ellos, la clamidia, gonorrea, sífilis, tricomoniasis, herpes genital, verrugas genitales, uretritis, hepatitis c, vaginitis, condiloma, chancro y virus del papiloma humano (VPH) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Las ITS siempre estuvieron presentes en el terreno de salud sexual, sin embargo es hasta la aparición del VIH- SIDA, en 1981, que el interés en la sexualidad humana y las prácticas sexuales se ve renovado, este hecho se considera uno de los hitos más importantes desde la revolución sexual y el invento de los anticonceptivos.

El resultado ha sido un amplio interés en el campo de investigación para la psicología, la medicina y otras ciencias sociales en temáticas tan amplias como las manifestaciones de la sexualidad, las minorías sexuales, las conductas sexuales de riesgo que se hicieron más relevantes desde que la infección del VIH se ha

establecido en cada país del globo, haciendo importante la investigación transcultural de la sexualidad para reducir las infecciones y establecer una barrera de prevención de la transmisión (Szchuman, Muscarella, 2000).

En la psicología se han desarrollado muchos estudios que tomaron en cuenta variables como actitudes, creencias y conductas asociadas al riesgo de contraer VIH. La mayoría de las investigaciones se han enfocado en hombres que tienen sexo con hombres, en el caso de los adolescentes se considera que la conducta sexual exploratoria puede incluir contactos homosexuales episódicos. En muchas culturas latinas esto no tiene ningún estigma, ya que la homosexualidad está definida sólo si se actúa como la pareja receptora.

La transmisión sexual sigue siendo la principal vía de contagio del VIH, por lo que el riesgo no se reduce al nivel individual. El contexto y las circunstancias pueden ayudar como las fiestas, los viajes de negocios y los tipos de prácticas sexuales; el sexo oral tiene un riesgo bajo comparado con el sexo penetrativo sin protección, sin embargo el riesgo es mayor para otras infecciones de transmisión sexual.

Otras investigaciones han encontrado cadenas de conducta que pueden aumentar el riesgo para VIH como consumir alcohol, tener relaciones sexuales y no usar condón. En el caso de los adolescentes ésta cadenas tienen mucha relación con las formas de socializar en ambientes urbanos, a lo que se le puede añadir las características personales como la búsqueda de sensaciones descrita como variable predictora de riesgo para VIH en hombres homosexuales y heterosexuales (Szuman, Muscarella, 2000).

Los adolescentes se convierten en una población vulnerable por los factores que se enumeraron; el periodo de latencia (2 a 8 años) antes que se

presenten de todos los síntomas del SIDA, hace muy probable que la infección haya ocurrido entre los 13 y 19 años (Seigffe- Krenke, 1998).

Datos sobre las ITS

Se revisaron las prevalencias nacionales de ITS según CONASIDA(2006) Solo se presentan las tres tasas más altas por tipo de infección y entidad federativa, distinguiendo al Distrito Federal ciudad donde se desarrolló esta investigación (Ver Tabla C.).

Tabla. C. comparación de tasas de ITS E. Federativas-DF

ITS	Entidad	1	2	3	DF
Gonorrea	Quintana Roo	Baja California	Coahuila		
	10.5	4.5	3.5		0.3
Sífilis	Baja California	DF	Nayarit		-
	12.6	12	10.9		-
Herpes	Yucatán	Jalisco	Tamaulipas		
	5.5	5	4.6		0.5
Linfogranuloma Venéreo	Chihuahua	Yucatán	Tamaulipas		
	1.5	0.8	0.8		05
Chancro	Morelos	Chiapas	Guerrero		
	16	15	13		0.1
VPH	Quintana Roo	Jalisco	Nayarit		
	171.3	79.8	51.3		31.4

(*) Tasa por 100,000 habitantes

1= Primer lugar; 2= Segundo lugar; 3= Tercer lugar

Fuente: CONASIDA (2006) al 31 de diciembre.

La Tabla C muestra tasas más altas en entidades federativas costeras aparentemente diferentes en los estilos de vida, además de la presencia del turismo. Los datos ocultan la proporción exacta de adolescentes afectados; sin embargo, brindan un panorama general, el Distrito Federal mantiene un perfil bajo (excepto en la sífilis) probablemente por que es la población que más se ha beneficiado de campañas preventivas; llama la atención la alta incidencia del virus del papiloma humano que afecta mayormente a las mujeres.

Una investigación realizada por MEXFAM en 1999, con dos mil adolescentes de 13 a 19 años de zonas urbanas encontró que el 11.9% de las mujeres y el 16% de los hombres reconocen haber presentado alguna infección del tracto reproductivo (Stern, Reartes, 2001).

Al inicio del milenio una de cada 200 personas en América entre 15 y 49 años estaba infectada por el SIDA. En América Latina se estima que se infectaron 567 personas cada día en el año 1999. México ocupa el tercer lugar de casos reportados después de USA y Brasil (CONASIDA, 2003).

En México, las enfermedades de transmisión sexual alcanzan un promedio de 220 mil casos reportados al año. Donde el primer factor de riesgo es el comportamiento sexual. El rango de edad más afectado es el de 25 a 44 años, mientras que la edad de mayor riesgo de contraer estas enfermedades está en la década de 15 a 25 años. La proporción de infectados es de un caso femenino por cada 6 casos masculinos (Maggis y Bravo, 1998, Bernal, Hernández, 1997).

Los casos acumulados de VIH hasta noviembre de 2007 en el rango de edad de 15 a 44 años fueron, 75,041 –el 75%- de casos de hombres y 14, 999 - 75.8% - de casos mujeres, la entidad federativa que tiene el 18% de los casos es

el DF, en segundo lugar el Estado de México, con 10% y en tercer lugar Veracruz, con 9% de los casos (CONASIDA,2007)

Los datos de la Tabla D. muestran diferencias entre países que pudieran estar explicadas por la cultura, el acceso a la salud y las formas de manifestar la sexualidad. Por ejemplo, se observan diferencias entre las culturas asiáticas si se comparan con otros países occidentales. Cuando se revisan los datos por sexo se observa que las mujeres aparentemente tienen prácticas menos riesgosas que los hombres en general ya que se infectan en menor proporción. Una posible explicación está en las formas de expresar la sexualidad como mujeres por ejemplo tener un menor número de parejas sexuales. Los datos de México en esta fuente, no concuerdan del todo con las fuentes nacionales.

Tabla. D Prevalencia del SIDA comparación por países

Países	Estima baja		Estima alta	
	Mujeres		Hombres	
Edad	15 a 19 años			
Francia	0.15	0.30	3.5	0.3
Italia	0.16	0.31	0.14	0.43-
Japón	0.01	0.01	0.6	0.49
China	0.02	0.03	0.07	0.18
Canadá	0.5	0.09	0.15	0.44
USA	0.15	0.30	0.25	0.75
México	0.05	0.08	0.33	0.48
Brasil	0.23	0.33	0.55	0.84

Fuente: Advocates for Youth (2004)

Uso de anticonceptivos y conducta sexual

La conducta de uso de anticonceptivos es la mayor medida de prevención tanto para el embarazo adolescente, como para las ITS. Se ha hecho un énfasis especial en el uso condón, por ser un método de barrera que evita el contacto con los fluidos que pudieran portar alguna ITS incluyendo el VIH, además de ser un preventivo del embarazo.

Las ITS tienden a presentarse en el inicio sexual temprano, como por el uso inconsistente de condón, motivo por el cual es imperativo otorgar educación sexual a los adolescentes sobre las conductas de riesgo sexual o sexo sin protección (Heaven, 2000), además de las medias preventivas.

Se ha encontrado que las prácticas anticonceptivas de los adolescentes sexualmente activos están ligadas al desarrollo cognitivo y varios aspectos del razonamiento formal; las dificultades en comprender las diferentes formas de anticoncepción, y la evaluación apropiadamente de las consecuencias de sus acciones. Los adolescentes hombres parecen no tomar en cuenta las necesidades de su pareja, subestimando el riesgo de embarazo. En contraparte las adolescentes tienden a romantizar la posición de su novio, percibiendo que la sexualidad sin protección es una afirmación de amor y compromiso con la relación. Estos muestra cómo las decisiones adolescentes sobre anticoncepción están relacionadas al contexto social (Heaven, 2000), que a su vez influye su conducta de uso de anticonceptivos.

Se han reportado variaciones en el uso de anticonceptivos por el tipo de pareja sexual y el sexo de quien usa el anticonceptivo. Un estudio sobre el uso consistente del condón para prevenir el VIH, con adolescentes y adultos jóvenes

entre 15 y 34 años, demostró que sólo el 18 % usa condón con su pareja estable y el 45 % lo hace con parejas casuales.

Las mujeres que más utilizan el condón compartían características como: hablar fácilmente del condón en cualquier conversación, tenían más conocimiento de su uso, considerándolo como una ventaja y finalmente presentaban tendencia a ser más auto eficaces con el uso del condón

Un estudio con dos mil adolescentes mexicanos encontró que los hombres adolescentes usan más el condón que las mujeres; las características del adolescente que usa condón en su primera relación sexual son: tener mayor edad, vivir en zonas urbanas y tener un nivel alto de escolaridad (Gayet, Juárez, Pedroza y Magis , 2003)

Alfaro (1995), en su estudio sobre predictores del uso del condón, encontró que los adolescentes que tienen más probabilidades de usar condón en todas sus relaciones sexuales son aquellos que reciben más presión social, factor normativo para que lleven a cabo esta conducta y los que evalúan positivamente el uso de condón con la pareja sexual regular o con parejas sexuales ocasionales.

Otra investigación con adolescentes con trastornos emocionales importantes, comparó la relación entre conductas sexuales de riesgo para el VIH de un grupo clínico contra un grupo sin patología. Las conductas de riesgo relacionadas al VIH fueron evaluadas mediante una entrevista estructurada, la evaluación incluyó edad del inicio sexual, uso del condón durante penetración anal o vaginal, número de parejas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales, homosexualidad, uso de drogas inyectables, compartir agujas, historia de embarazo o ITS. Los resultados mostraron que los adolescentes del grupo clínico reportaron más conductas de riesgo para VIH, y riesgos relacionados al consumo de drogas comparado con el otro grupo (Di Clemente, et al., 1996).

Pick, Andrade y Chávez (1988) indagaron las prácticas sexuales y anticonceptivas en 865 adolescentes mujeres, entre 12 y 19 años, de estrato socioeconómico bajo y medio-bajo de la Ciudad de México, encontraron que el 82.8% conocía algún método anticonceptivo, sólo el 16% afirmó haber tenido relaciones sexuales de este grupo; el promedio de edad para la primera relación fue de 16.4 años, sus parejas tenían entre 15-37 años. El motivo principal para tener la primera relación sexual fue por amor 59.6%. El 38% usó anticonceptivos, para evitar embarazarse, el método más utilizado fue el ritmo 26.4%, seguido por el condón 22.6%. De las adolescentes que no utilizaron anticonceptivos el 46% no lo hizo por lo imprevisto de la relación, 19 % por que querían embarazarse y el 7.3% por que no quería utilizar anticonceptivos.

El comportamiento sexual de los jóvenes mexicanos ha sido estudiado desde los años ochenta por instituciones como CONAPO y la Secretaría de Salud, además de organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de la salud.

Al comparar algunos datos de la Encuesta sobre el comportamiento reproductivo en adolescentes de 15- 20 años en el D.F.-ECRAMM- de 1993, y la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ) del Instituto Nacional de la Juventud (INJ, 2000) aplicada a jóvenes entre los 12 y 29 se pueden apreciar ciertas diferencias, como el aumento del uso del condón, así como el conocimiento de algún anticonceptivo. El rango de edad para la primera relación sexual estuvo entre los 15 y 19 años.

Uno de los estudios recientes sobre conducta sexual adolescente, que formó parte de la Encuesta de estudiantes del Distrito Federal, realizada con 10,107 alumnos entre 12 y 22, de escuelas públicas y privadas, de enseñanza media y media superior encontró que el 18% de estudiantes ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida.

El 26.3% de los hombres y 11% en las mujeres. El promedio de edad para la primera relación sexual fue de 14 años en los hombres y 15 años en las mujeres. El 25.9% de estudiantes de secundaria tuvieron de una a dos relaciones sexuales el último mes -en relación al tiempo de la encuesta-, el 27% de los hombres. Sin embargo, el 55% de los estudiantes no ha vuelto a tener relaciones sexuales desde la primera vez.

Respecto al uso de anticonceptivos las mujeres de todos los niveles escolares fueron quienes menos los usan. El condón es el método más usado (60.9%), sólo 1.8% mencionó el coito interrumpido. El 8.7 de los hombres y el 10.2% de mujeres indicaron haber estado embarazadas o hacer embarazado a alguien sin querer hacerlo. Y finalmente el 20% de todos los estudiantes tuvo relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol (Fleiz, Villatoro, Medina-Mora, Alcanzar, Navaro, Blanco, 1999).

2.8 Riesgo en la adolescencia

Las conductas de riesgo siempre han implicado un efecto para la salud, tanto de morbilidad como de mortalidad. Las conductas riesgosas eran sinónimo de actividades “extremas” como escalar montañas; actualmente el riesgo puede estar en una serie de conductas, incluso pueden ser socialmente toleradas como fumar tabaco por generar consecuencias para la salud (Yates, 1992).

El concepto de conducta de riesgo se entiende como una conducta que puede comprometer el bienestar, la salud y el curso de la vida; tiene el potencial de la conducta para dar resultados negativos o consecuencias adversas con el uso de drogas que tienen efectos en la relación con los padres y en muchos casos lleva a problemas con la ley (Jessor, 1998).

Como se expuso en el capítulo anterior la adolescencia es un momento en el cual aparecen conductas de experimentación y hábitos que pueden tener un efecto en la salud.

Aunque la mayor parte de los adolescentes pasan de la niñez a la vida adulta para transformarse en adultos sanos y productivos, otros presentan problemas de salud. Existe una preocupación cada vez más creciente, sobre la tensión de la transición adolescente que repercute en el bienestar y en la salud o en enfermedad y discapacidad. Siendo muchas de estas consecuencias adversas un resultado de conductas de riesgo (Di Clemente, et al., 1996).

Las tendencias indican que las conductas de riesgo adolescente son problemáticas y seguirán presentes en el futuro. Esto por indicadores como el inicio de uso de tabaco y drogas en edades cada vez más tempranas, y condiciones que facilitan esta experimentación como las socioeconómicas desventajosas. Como consecuencia los jóvenes son vulnerables a iniciar o experimentar conductas de riesgo que deterioren su paso por esta etapa misma, o se extiendan hasta el inicio de la vida adulta (Di Clemente, et al., 1996). Las conductas de riesgo usualmente están asociadas a la presencia de múltiples factores.

Por otro lado, varios estudios han evidenciado la concurrencia de estas conductas, se ha visto que los problemas de conducta delictiva se presentan asociada a la conducta sexual sin protección y al uso de drogas (Burth y Resnik, 2002; Jessor, Turbin y Costa, 1988, Dryfoos, 1990). Por lo general estas conductas no ocurren de forma aislada, el consumo de un tipo de sustancia lleva al consumo de otras. Es muy probable que los adolescentes que están involucrados en el uso de sustancias, también sean sexualmente activos, tengan conducción imprudente y participen en delincuencia menor (Jessor, 1998, Dryfoos, 1990). Se ha identificado es que las conductas de riesgo comienzan en la adolescencia temprana, pueden parecer al inicio de forma aislada, como el consumo de tabaco.

Si embargo, las conductas de riesgo tienden a presentarse asociadas como el uso de drogas y la conducta sexual. Para algunos adolescentes estas prácticas se mantienen en el tiempo, en otros casos tienden a extinguirse en el inicio de la edad adulta (Dryfoos, 1994).

La amplitud con que esta temática ha sido estudiada en las últimas décadas ha dado paso a diferentes propuestas teóricas para comprender los procesos de las conductas de riesgo y los factores que determinan las conductas de salud, por lo que revisaron los modelos teóricos más salientes sobre el riesgo aplicado en el campo de la salud, la salud reproductiva para finalmente explicar el modelo que utilizará esta propuesta.

2.9. Modelos teóricos de conductas de riesgo

Azjen y Fisbein a fines de los años setenta propusieron la teoría de la acción razonada que contribuyó a poner las bases de la teoría actual de la conducta planeada, esta se enfocó en los antecedentes causales de la intención de desempeñar o llegar a una conducta meta voluntaria, que la persona considere está bajo su control. La teoría de la conducta planeada incorpora establece que la conducta intencionada responde a tres determinantes: los de naturaleza personal que son las actitudes de las personas positivas o negativas hacia realizar una conducta; la influencia social tiene que ver con la norma social percibida en relación a la norma subjetiva; por último el manejo del control en el sentido de auto-eficacia para realizar la conducta de interés denominada control conductual percibido (Azjen, 2005).

La teoría de Bandura postula una estructura multi-causal en la cual las creencias de auto-eficacia operan junto con las metas, los resultados y las expectativas y el ambiente percibido, en el caso de la salud explora las barreras y facilitadores de la regulación motivacional para la conducta y el bienestar.

Las creencias de auto-eficacia ejercen control e influye en un nivel psicosocial en el funcionamiento saludable. La salud está en una dimensión social no solamente individual, por lo que la promoción de la salud influye cambios en los sistemas de prácticas sociales que tienen efectos probado sobre la salud humana (Bandura, 2004).

La revisión de modelos de riesgo y salud propuesta por Adler, Kegeles y Cenevros (1992); Millsatein e Inga (1995); señalan que aunque cada uno de los modelos resalta más uno de los componentes o presenta mayor complejidad, la línea común entre ellos es que los individuos pesan el costo y beneficio de realizar una conducta basado en estimaciones subjetivas de las consecuencias. Otros modelos incorporan variables sociales y del entorno. Entre ellos están los siguientes:

El Modelo de Creencias de salud de Kegele y Rosentock derivado de la teoría de aprendizaje de Tolman, propone que un individuo no tomará una decisión de salud para evitar un riesgo de salud, a menos que la persona este lista para tomar la acción, que lo lleva a revisar su estado de salud, la severidad de las consecuencias, o valorar las barreras personales para tomar una acción.

Entre otros modelos, el de protección y motivación de Rogers es un modelo de evaluación y expectativa, se centran en el miedo como el factor motivacional para ejercitar conductas de salud. El modelo de tendencias positivas propone lo contrario, las personas valoran los riesgo para su salud como distantes, minimizan sin embargo este no es un mecanismo defensivo, se trata de una dificultad para procesar cognitivamente el riesgo, ya que el individuo tiene escasos referentes cercanos del riesgo (Adler, et al., 1992).

Uno de los modelos que toma en cuenta más niveles es el modelo ecológico de Bronfrenbrenner, este se aplicó describir el mundo social del adolescente y sus riesgos.

El microsistema es el contexto más próximo incluye interacciones directas como el grupo de pares y la familia. El mesosistema está compuesto por varios microsistemas interconectados. Un contexto social más distante sería el ecosistema conformado por la comunidad, los medios masivos, y las políticas sociales. Finalmente, el macrosistema está representado por la influencia cultural. En el microsistema se ha estudiado la influencia de los pares en las conductas de riesgo; particularmente en el uso de sustancias, la conducta sexual y la conducta antisocial (Millstein, et al., 1995).

Los modelos de tendencias o rasgos sostienen que las diferencias individuales pueden estar asociadas a la tendencia a involucrarse en conductas de riesgo; la conducta de riesgo es vista como patológica, o una forma de funcionamiento mal adaptativo relacionados a algunos déficit dentro del individuo como la baja autoestima, depresión , impulsividad, habilidades sociales inadecuadas, o propensión a conductas poco convencionales. Un ejemplo de estas teorías es la de búsqueda de sensaciones de Zuckerman que propone que los sujetos que presentan conductas de riesgo desean elevar su respuesta al estímulo (Millstein, et al.,1995).

La mayoría de los modelos han sido la base para diversas investigaciones en las conductas de riesgo adolescente como el consumo de drogas y las conductas sexuales de riesgo, como las conductas de salud en el caso del uso del condón, protectoras ante el riesgo de VHI.

Sin embargo se crearon otros modelos específicos como el modelo de reducción de riesgo para el SIDA de Catania , Kegeles y Coates (1990), plantea tres estadios para cambiar las conductas riesgosas, la primera el reconocer el riesgo y pensar en el peso del riesgo; el segundo es tomar la decisión de cambiar el curso de la conducta sexual de riesgo y comprometerse al cambio; el tercer estadio es superar las barreras para mantener esa decisión.

Un modelo que intentó explicar la ocurrencia de embarazos no deseados fue el de Luker, planteó que las mujeres tienen un conjunto de costos-beneficios en relación a las conductas de riesgo que están determinadas por la importancia asignada al embarazo o al uso de anticonceptivos. Las adolescentes perciben costos más altos al utilizar anticonceptivos, en comparación con el beneficio de la intimidad física asociada con la relación sexual (Adler, et.al, 1992).

Además de estos modelos otros enfoques teóricos sociales y sociológicos han estudiado el tema de la sexualidad adolescentes y las conductas sexuales de riesgo aportando valiosos elementos para comprender la influencia de variables macro como la pobreza, la clase social y el rol de género entre otros.

Modelo de Riesgo Psicosocial de Jessor

Luego de la revisión de los modelos más empleados en la investigación psicológica de las conductas sexual adolescente incluidas las conductas sexuales de riesgo, se presenta el modelo seleccionado para orientar esta investigación.

El modelo de Jessor es uno de los modelos más probados, desarrollados e incluyentes, incorpora la perspectiva de desarrollo, en sus primeras formulaciones fue más conocido como la teoría de los Problemas de conducta. Los “problemas de conducta” o conductas de riesgo adolescente que incluyen transgresiones legales o normativas, como delincuencia, uso de drogas y alcohol e inicio temprano de la actividad sexual; a las que se sumaron el consumo de tabaco, el bajo rendimiento escolar; la depresión y otras variables como el autoestima (Jessor,1998).

Jessor propuso ver a las conductas problema como propositivas, significativas y orientadas a una meta, estas conductas de riesgo o conducta problema pueden servir como un instrumento para lograr metas de otras formas

no se alcanzarían; puede ser una forma de mostrar oposición a la autoridad adulta y a las convenciones sociales; puede ser una forma de ganar un lugar entre sus pares y demostrar solidaridad e identificación con las subcultura joven; una forma de confirmar su identidad ante sí mismo y los demás; o puede ser un símbolo de la transición en el desarrollo (Millstein , et al.,1995) La causalidad de estas conductas adolescentes está asignada a múltiples y complejas influencias covariantes (Jessor, 1998).

Las conductas de riesgo, sin embargo, tienen gran variabilidad y pueden ser heterogéneas. Los adolescentes que se exponen a un mismo riesgo no tienen el mismo resultado; por lo que es importante tomar en cuenta los llamados factores protectores.

Estos factores protectores tienen efectos directos e indirectos y reducen la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo o disminuyen los resultados adversos cuando ya hubo una incursión en las conductas de riesgo sirviendo de moderadores.

Finalmente, el modelo de la teoría de riesgo Psicosocial fue el que se empleó en esta investigación, explica que las conductas de riesgo están sujetas a variables personales, del contexto y de su interacción, en ese sentido reconoce una multiplicidad de dominios, que se combinan para generar riesgo y otro son factores de protección para determinadas conductas de riesgo y estilos de vida riesgosos, así como los resultados para la salud (Jessor, 1998).

El modelo está compuesto por tres niveles (Ver Fig. 1), el primero comprende los cinco dominios que pueden operar como factores de riesgo o factores protectores. Se refiere los antecedentes biológicos y genéticos, el ambiente social, el ambiente percibido, la personalidad y la conducta. Los dominios están relacionados entre sí e influyen en el segundo nivel que son las conductas de riesgos.

Esto se produce por que las interacciones que no son lineares, más bien se transforman en un sistema de red dinámico que puede cambiar a través del tiempo, donde todos los dominios y conductas de riesgo tienen influencia recíproca. Los ejemplos en el esquema pueden variar dependiendo del enfoque y del proceso de desarrollo actual, así una característica de personalidad como tendencia a la impulsividad puede influir en una conducta de riesgo específica como tener problemas en la escuela.

Modelo Psicosocial de Jessor

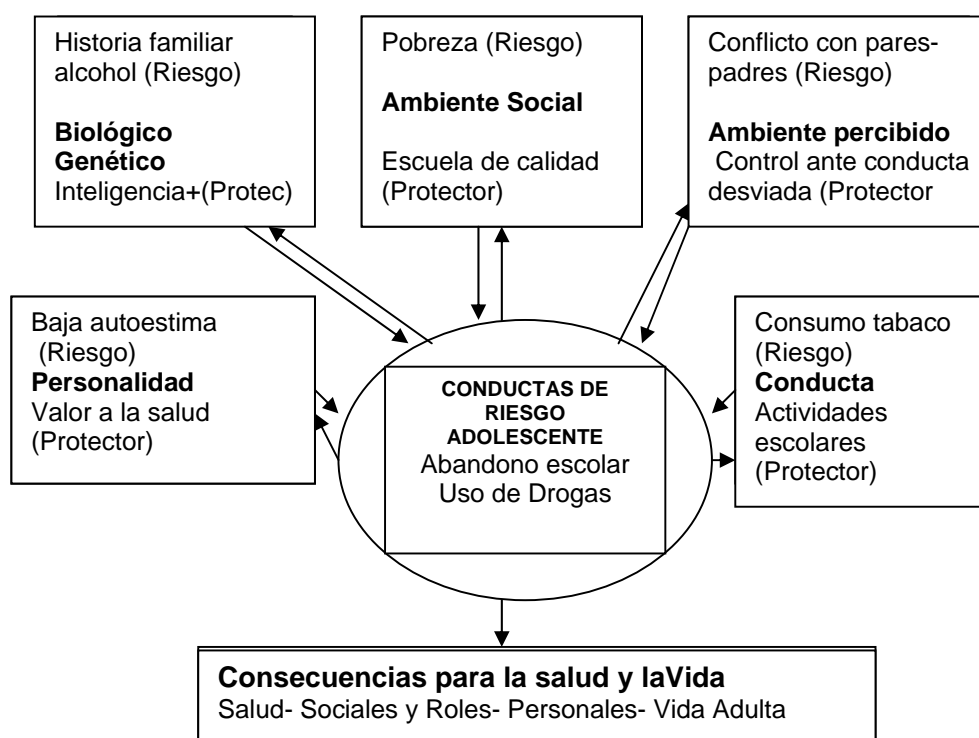


Fig.1. Modelo Teórico

Las conductas de riesgo que se presentan, pueden estar asociadas a otras conductas de riesgo, y si estas tienen una cierta permanencia en el tiempo, pueden causar estilos de vida poco saludables y resultados de riesgo.

Estos resultados de riesgo son considerados el tercer nivel, en el cual conductas como delincuencia, abandono escolar y el sedentarismo por mencionar algunos influyen directamente en la salud, a nivel social (roles), en el desarrollo personal y en la preparación para la vida adulta (Jessor, 1998).

Comparando el modelo de Jessor con los otros modelos revisados, se considera que explica los niveles de la problemática en la que se desea trabajar, las conductas sexuales de riesgo adolescente; al ser un modelo extenso que sin duda requeriría de un grupo amplio de mediciones, por cuestiones de factibilidad esta investigación seleccionó solo algunos dominios. Se descartó trabajar con los antecedentes biológicos y genéticos, el ambiente social fue abordado desde la percepción del adolescente sobre sus condiciones de vida y algunas características familiares.

2.10 Consideraciones para la investigación en prevención

El diseño de programas para contener las conductas sexuales de riesgo debe considerar lo siguiente: la prevención debe ser dirigida a los adolescentes más jóvenes; se deben desarrollar nuevos programas para los adolescentes con necesidades especiales; los programas de reducción de riesgo deben estar sistemáticamente ligados a otros programas que trabajen directamente con jóvenes en desventaja socioeconómica; los programas enfocados a las habilidades deben reconocer la naturaleza social de la conducta y la actuación a veces involuntaria o poco razonada.

Finalmente no se debe asumir que las actividades sexuales entre adolescentes se limitan a las penetraciones vaginales, ni que los adolescentes sean ambivalentes en la prevención del embarazo (Kalmus, y Davidson, Cohal, Laraque, Cassell, 2003)

La dificultad de realizar intervenciones tempranas se refiere a que muchas veces no existen tantas manifestaciones "problemáticas"; tampoco se puede esperar que el problema llame la atención de los proveedores de servicios de salud. Tomar en cuenta los factores positivos del adolescente puede servir como ser protectores a largo plazo (Burth, Resnick, 2002).

En la prevención en salud sexual se reconoce que la naturaleza de la conducta problema no se dirige a la supresión conductual como en el caso de las adicciones, sino a la disminución del riesgo, especialmente con los adolescentes que inician prácticas sexuales. Se deben incluir dos componentes; el mantener una sola pareja sexual y reducir los riesgos de infección (Vilata, 1993).

Prevención

La conexión entre el concepto de riesgo y la prevención se origina cuando la tradición de la salud pública pensó en las primeras estrategias para detener las enfermedades, como las campañas de vacunación.

Actualmente, existen varios modelos de trabajo en prevención, se diferencian según las problemáticas de salud.

En 1964, Caplan introduce las distinciones entre prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria en salud mental. La prevención terciaria no reduce la prevalencia del trastorno, su objetivo es aminorar los síntomas a largo plazo del trastorno. La prevención secundaria implica la reducción de la prevalencia de los trastornos, además de la canalización e intervención temprana de los casos detectados.

Los conceptos de salud pública no se aplicaron del todo en salud mental; ya que el concepto de trastorno está en un continuo que se basa en una serie de factores, y dadas estas dificultades conceptuales se creó una terminología diferente.

El término “prevención indicada” es un tipo de intervención que tiene por objetivo el trabajo con individuos que ya poseen signos detectables, pudiendo ser marcadores biológicos, que todavía no son diagnosticables. La prevención selectiva es la identificación de individuos específicos con un riesgo por encima del promedio, que por el momento no muestra síntomas o indicaciones de trastornos. La dificultad está en definir cuándo una característica dada o una conducta son un marcador o un factor de riesgo (Levine y Perkins, 1997). Mientras que la prevención universal trabaja con un número elevado de personas, tiene inconvenientes como el alto costo y la inseguridad de su efectividad.

El Modelo de Gordon usa las categorías de: prevención, tratamiento y mantenimiento; la primera categoría de prevención se subdivide en tres: prevención universal, prevención selectiva e intervenciones preventivas indicadas. La prevención universal es la que se dirige a toda la población.

La prevención selectiva se dirige a subgrupos de la población total que se considera se encuentran en mayor riesgo, pueden ser identificados por la presencia de factores de alto riesgo o riesgo psicosocial. Las estrategias de prevención indicadas son aquellas que están dirigidas a prevenir por ejemplo el inicio de las adicciones en sujetos que muestran signos tempranos de peligro para las adicciones como los estudiantes reprobados (Gordon, 1989).

2.11 Prevención en salud sexual

Los programas de prevención en conductas sexuales de riesgo con adolescentes, se han dirigido particularmente a dos problemáticas: prevenir el embarazo adolescente y la transmisión de ITS y VIH.

Las estrategias preventivas han considerado a las escuelas, las instituciones de salud, organizaciones comunitarias, marketing social a través de medios masivos de comunicación y la organización de eventos donde participan líderes juveniles o figuras importantes para los adolescentes.

Quizás el escenario más utilizado ha sido la escuela; por ser un escenario de población cautiva; y por que los adolescentes se encuentran en una etapa de desarrollo adecuada para aprender e integrar conductas saludables o relativas al cuidado de su salud, conductas saludables que podrían establecerse como hábitos, creencias y un estilo de vida que los ayude a mejorar y mantener una calidad de vida (Sarafino 1994, Di Clemente, et al., 1996).

Los programas de intervención preventiva en salud sexual, se basan en las necesidades de las adolescentes, particularmente los que se han implementado, detectaron la necesidad de servicios educativos y de anticoncepción, en especial estos últimos que por décadas han sido exclusivos de mujeres casadas y con hijos, por la falsa creencia que la información de planificación familiar alentaba un inicio sexual precoz (Miller, 2000).

La mayoría de estos programas preventivos pueden ser clasificados en dos rubros A) los programas para demorar el inicio de la actividad sexual y B) los programas que promueven el uso de anticonceptivos. La mayoría de ellos han centrado sus esfuerzos en los siguientes objetivos:

- Incrementar las habilidades para posponer la actividad sexual, promoviendo la comunicación entre padres e hijos.
- Ofrecer información vocacional sobre carreras y oficios, que aumenten la autoestima y el sentido de control sobre sus vidas.
- Brindar mayor educación sexual, que ayude al adolescente a ser responsable sobre sus decisiones, disminuyendo la actividad sexual y reduciendo el riesgo de un embarazo no deseado.
- Educación sexual usando nuevos enfoques como la solución de problemas, la toma de decisiones y el entrenamiento en asertividad (Miller, 2000).

Otra línea en los programas preventivos impulsa las llamadas oportunidades para la vida, apoyada en becas escolares para mujeres, apoyo laboral, consejería y trabajo comunitario. Una de las limitaciones principales de muchos de los programas es que pocos de ellos han sido rigurosamente evaluados (Hayes, 1987),

Las técnicas más empleadas han sido la educación sexual, la cual sigue siendo el eje de muchos programas. Sin embargo, se ha demostrado que la información sobre el riesgo no es suficiente para hacer prevención (Di Clemente, et al., 1996). Como se señaló en la revisión de modelos teóricos, teorías cognitivas conductuales han sido las que han brindado más elementos en las formas de trabajo de la prevención. Por ejemplo, las teorías del aprendizaje social y la autoeficacia que sostienen que el sujeto no aprende a tener sexo seguro por sí mismo, requiere de habilidades de regulación social muy necesarias para sus interacciones sexuales. Desde estas bases muchos programas han implementado el entrenamiento en habilidades de comunicación y la toma de decisiones en el campo de la salud sexual.

Prevención en México

En México el crecimiento poblacional llevó al gobierno a tomar dos medidas principales, promover el uso de anticonceptivos en las usuarias del sistema de salud y la formación de una nueva conciencia en materia de sexualidad a través de las escuelas, se instrumentaron programas de educación sexual basados principalmente en contenidos informativos sobre los cambios biológicos en la adolescencia, el embarazo en la formación de familias, los receptores de esta propuesta fueron los alumnos de secundarias públicas (García, 2000 A).

Además, se crearon algunas iniciativas importantes como el programa de Salud sexual y Reproductiva de los adolescentes en el DF "En Buen Plan" con un

enfoque interdisciplinario que involucraba asistencia médica, psicológica, trabajo social y enfermería (UIESSA, 2000). lamentablemente muchas de estas acciones no tienen continuidad o no son supervisadas adecuadamente como es el caso de las escuelas públicas.

Aparte de las iniciativas formales, otras organizaciones no gubernamentales han aportado su trabajo en la prevención a través de talleres en los cuales los contenidos abarcaron temáticas más amplias como la relación familiar, los lugares para obtener anticonceptivos, medidas de salud como la exploración y observación de la región genital y el uso del condón (Aguilar, 1994). Debido al interés y a la demanda de servicios muchas de estas organizaciones ampliaron su trabajo a la formación a educadores en salud sexual, desarrollo de material educativo, venta de anticonceptivos y en algunos casos se establecieron servicios médicos especializados.

Los programas preventivos siguieron las tendencias internacionales y se ocuparon de temas como la prevención del VIH, los contenidos de los talleres y cursos preventivos se enriquecieron con elementos de derechos sexuales y reproductivos, entrenamiento en el uso de condón y especialmente habilidades de comunicación en temas de sexualidad y uso de anticonceptivos.

Entre los más difundidos está el Programa "Planeando tu Vida", se trata de un programa educativo completo para la prevención universal del embarazo adolescente. El curso comprende una serie de actividades grupales dirigidas a adolescentes de ambos sexos, el objetivo es dar información en conductas protectoras como el uso del condón y habilidades como la comunicación asertiva. Se evaluó el efecto del programa después de seis meses y los resultados mostraron mejores resultados en el uso de anticonceptivos en adolescentes que no eran sexualmente activos cuando recibieron el curso; el grupo experimental reportó más conocimientos sobre sexualidad y uso de anticonceptivos y una mayor percepción de acceso a ellos comparado con el grupo control (Pick, Andrade, Townsend, Giavaudan;1994).

Un estudio sobre la conducta sexual protegida en adolescentes, encontró que las habilidades de comunicación asertiva son el mejor predictor para esta conducta cuando los adolescentes tienen pareja sexual regular. En el de los adolescentes con pareja sexual ocasional el mejor predictor para la protección son las creencias. Las conclusiones sugieren que la intervención a través de la educación sexual debe apoyarse en las habilidades de comunicación, y aumentar el conocimiento sobre sexualidad, embarazo y anticonceptivos (Pérez, Pick; 2006).

Además de la prevención en escuelas, hospitales de tercer nivel de atención del sector salud desarrollaron programas de prevención secundaria para usuarias de las clínicas de embarazo adolescente, estos talleres y cursos ayudan a las adolescentes en el periodo prenatal, y enseñan cuidados del bebé, algunos tiene la meta de que las adolescentes salgan del servicio con la conciencia de evitar un siguiente embarazo, motivo por el cual también reciben planificación familiar.

Stern y Reartes (2001) compararon dos programas de atención a la salud sexual adolescente, ambos de primer nivel de atención; el programa "En buen Plan de la SSA" y El programa educativo para adolescente, programa piloto del Hospital de la mujer. Encontraron que a pesar de que ambos programas están abiertos a la atención de adolescentes de ambos sexos, la población receptoras de servicios fue prioritariamente femenina, las demanda de servicios estuvo relacionada con su bienestar físico o mental; las adolescentes sanas no embarazadas no son su clientela natural; por lo que los servicios están menos orientados a la prevención del embarazo y ETS.

Conclusiones

A lo largo de este capítulo queda establecida la naturaleza multidimensional de la conducta sexual, que a diferencia de otras conductas que pueden ser claramente identificadas como problemáticas como en el caso del consumo

de sustancias, la conducta sexual como expresión de la sexualidad forma parte de la vida de los individuos, lo cual pone en relieve el cuidado que se debe tener al abordar el tema de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia.

Los conceptos de riesgo y de conductas sexuales de riesgo que son tema de esta investigación serán abordados desde un enfoque del desarrollo y de las diferencias individuales, este acercamiento ayudará a explorar el papel de las características personales en el riesgo, los rasgos de personalidad al ser patrones que se repiten en el tiempo pueden brindar nuevos elementos para comprender las variables que pueden estar mediando las conductas sexuales de riesgo más allá de los ya identificados factores cognoscitivos y conductuales.

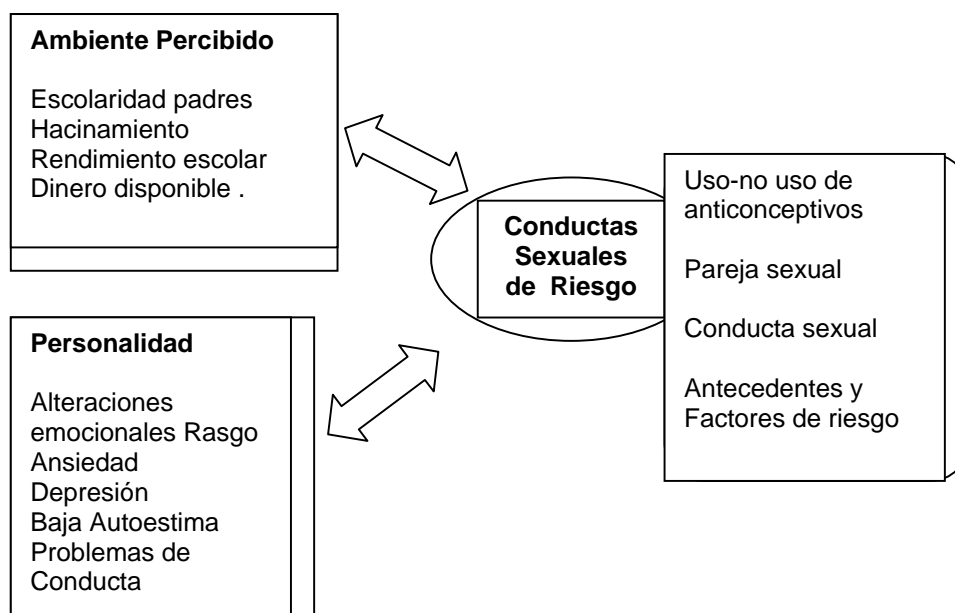
Por otro lado es importante reconocer que en México se han sostenido propuesta preventivas para adolescentes principalmente a través de las organizaciones no gubernamentales, tanto para prevenir el embarazo adolescente como las infecciones de transmisión sexual, sin embargo éstas líneas de trabajo presentan algunas limitaciones como las siguientes; a) a pesar del apoyo internacional o de las gestiones para mantener su presencia nacional (en algunos casos) el impacto de su trabajo aunque positivo es reducido considerando la población joven que no se beneficia de estos programas, b) el tipo de prevención que se ofrece es de tipo universal, existen pocos reportes de trabajos con adolescentes que tienen un riesgo mayor, finalmente c) muchos programas de prevención no han sido suficientemente probados o evaluados en cuanto a su eficacia .

Por lo anterior esta propuesta puede brindar nuevos elementos en la investigación de las características individuales en las conductas sexuales de riesgo adolescente y posteriormente proponer sugerencias para nuevos modelos de prevención que tomen en cuenta diferentes niveles de riesgo, y las características del entorno donde se desarrolla el adolescente.

El modelo conceptual resultante (Ver Figura 2) tomará algunas referencias del ambiente social percibido a través de reportes sociodemográficos de los propios adolescentes y el dominio de personalidad en cuanto a alteraciones emocionales rasgo.

La conducta de riesgo blanco son las conductas sexuales de riesgo, las formas de medición de estas variables quedaron explicadas ampliamente en el apartado de método, los hallazgos contribuirán a proponer otros modelos de prevención que ayuden a adolescentes con y sin riesgo.

Fig. 2 Modelo Conceptual basado en el Modelo de Jessor ³(1998)



³ El modelo de Jessor está descrito de forma ampliada en el apartado 2.9. Modelos teóricos de las conductas de riesgo.

MÉTODO

Pregunta general de investigación

¿Cuáles son las relaciones entre las alteraciones emocionales rasgo y las conductas sexuales de riesgo que se presentan en un grupo de adolescentes escolarizados de la Ciudad de México?

Objetivos

Para responder a esta pregunta se plantean los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo General

Conocer la relación entre las alteraciones emocionales rasgo y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, para proponer una intervención preventiva apropiada para este grupo, considerando de forma integral la salud emocional y la salud sexual y reproductiva.

Objetivos Específicos

- Construir un instrumento que mida conductas sexuales de riesgo en adolescentes escolares.
- Describir las conductas sexuales de los adolescentes con y sin riesgo
- Comparar las conductas sexuales de riesgo entre hombres y mujeres para conocer si existen diferencias.
- Conocer cuáles alteraciones emocionales rasgo están más relacionadas con las conductas sexuales de riesgo.
- Identificar las características sociodemográficas y familiares que distinguen a los adolescentes en riesgo de los que no lo están.
- Conocer la percepción de los adolescentes sobre el riesgo relacionado a las ITS, embarazo no deseado y otros factores involucrados a las conductas sexuales riesgosas.

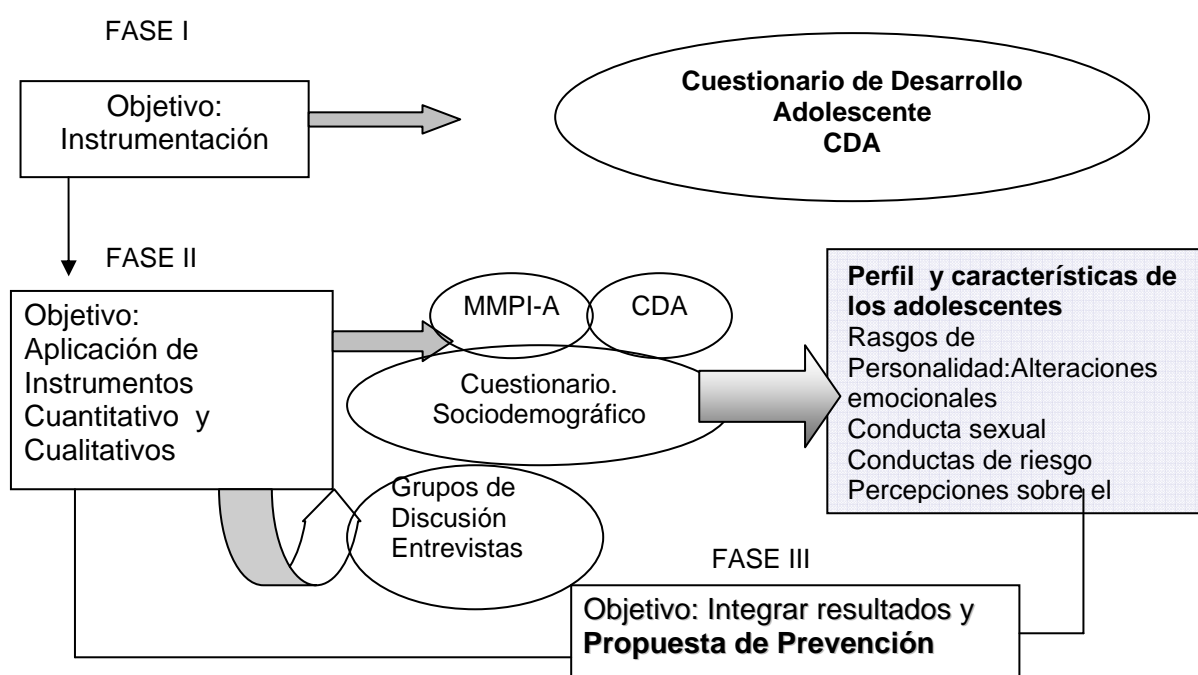
La meta final de este proyecto es proponer un modelo de prevención basado en la evidencia que se genere.

Preguntas de Investigación

1. ¿Cuáles son las conductas sexuales de riesgo más frecuentes de la población en riesgo?
2. ¿Cuáles son las diferencias entre las conductas sexuales de riesgo de hombres y mujeres?
3. ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de los adolescentes en riesgo en comparación con los adolescentes sin riesgo?
4. ¿Cuál es la relación de las alteraciones emocionales rasgo depresión, ansiedad, baja autoestima y problemas de conducta, con las conductas sexuales de riesgo?
5. ¿Qué otros rasgos de personalidad describen el perfil de los adolescentes en riesgo?
6. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y familiares que describen a los adolescentes en riesgo?

Para llevar a cabo el proyecto de investigación se dividió el estudio en fases, las cuales permitieron organizar el trabajo de acuerdo a los objetivos y de esta forma facilitar la planeación de recursos materiales y humanos

Figura 3. Esquema del Procedimientos por fases



En la figura 3 se puede apreciar un resumen secuencial de las fases de investigación y sus objetivos, los productos de cada fase fueron resaltados en negrillas.

En la primera fase se prepararon los instrumentos de evaluación como el cuestionario sociodemográfico y la construcción del cuestionario de desarrollo adolescente. En la segunda fase se obtuvo la información de los adolescentes a través de dos métodos, uno cuantitativo y otro cualitativo, para poder responder a las preguntas de investigación, finalmente en la tercera fase se analizaron los resultados y se organizó el planteamiento del modelo preventivo con base a los resultados obtenidos. Cada fase será detalladamente descrita en el apartado correspondiente

Antes de iniciar la descripción de las fases es importante destacar las consideraciones éticas que se emplearon en este estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En todas las fases de esta investigación se siguieron las normas éticas de la American Psychology Association (2002) y de la Sociedad Mexicana de Psicología en torno a los temas de confidencialidad, consentimiento informado para la evaluación e intervención. Así como la responsabilidad en la capacitación de colaboradores

Consentimiento Informado

Padres y tutores

Obtener el consentimiento de los padres de familia o tutores legales, fue una prioridad ya que en su mayoría los adolescentes eran menores de edad.

El procedimiento para obtener el consentimiento se adaptó a las características de cada escuela, se obtuvo principalmente en actividades como firma de boletas y junta de padres, se solicitó a los padres o tutores consentimiento para la evaluación y participación de sus hijos en talleres preventivos.

En la forma de consentimiento se describió los objetivos de la investigación y la importancia del tema; en la parte final el padre debía señalar si aceptaba que su hijo fuera evaluado y recibiera el taller. También se le pidió señalar en la forma si le interesaba asistir al taller para padres (Ver Anexo 4).

En algunas escuelas se habilitó un espacio para resolver las dudas de los padres respecto al trabajo planeado con sus hijos, pocos padres acudieron.

Consentimiento de los adolescentes

Para los estudiantes de nivel preparatoria los adolescentes mayores edad (18 y 19) años quedaron exentos del procedimiento y bastó con que ellos dieran su consentimiento directamente. A los menores de edad se les solicitó su número telefónico para contactarlos, confirmar su participación en las actividades y ratificar que sus padres o tutores estuvieran de acuerdo en su participación.

Antes de la evaluación se explicó a los adolescentes los objetivos de la investigación; se verificó que los que aceptaron también contaran con el consentimiento de sus padres. Se respetó el derecho de no participar incluso se ya se encontraban respondiendo los cuestionarios. Algunos estudiantes que inicialmente no quisieron participar y solicitaron ser incluidos con sus compañeros, estos participaron con el compromiso de traer la forma de consentimiento firmada por sus padres.

Entrenamiento a colaboradores

Otro de los aspectos éticos que esta investigación cuidó fue la capacitación del equipo de apoyo, no sólo en los procedimientos sino también en la actitud profesional, respeto y desarrollar habilidades necesarias para interactuar con los adolescentes en situación de evaluación como en los talleres preventivos. Una ventaja fue que la mayoría de los colaboradores eran jóvenes (20- 24 años), esto logró mayor empatía y colaboración de parte de los participantes.

Se les dio capacitación en entrevista de exploración, aplicación de instrumentos, algunos también fueron facilitadores en los talleres preventivos.

Devolución a la Población

Se realizaron actividades de prevención para los alumnos que participaron del estudio como una retribución por su participación, también se realizaron talleres para padres de los participantes el tema fue “Comunicación y salud sexual adolescente un tema para padres”. Se debe aclarar que estas actividades no formaron parte de los objetivos de este estudio, sin embargo la experiencia sirvió para enriquecer y organizar el modelo preventivo

Atención a casos especiales

A lo largo de este trabajo se canalizaron y atendieron a algunos casos especiales; se realizaron entrevistas de seguimiento a los adolescentes que respondieron afirmativamente ante la pregunta de abuso sexual, antecedentes de embarazo, aborto o diagnóstico de ITS.

Algunos adolescentes solicitaron ayuda y orientación al equipo por situaciones personales relacionadas a la sexualidad u otros problemas escolares, motivo por el cual facilitó números telefónicos para contactar al equipo. Varios adolescentes se comunicaron y fueron atendidos en el centro de servicios psicológicos de la facultad de Psicología- UNAM por integrantes de la línea de investigación para adolescentes escolares o en su caso fueron referidos a otras instituciones capacitadas para dar atención psicológica.

Con los padres se resolvieron dudas respecto a la participación de sus hijos en la investigación. Y también se les proporcionó información sobre otros programas de atención de la Facultad de Psicología y otras instituciones que atienden problema de violencia familiar, problemas de aprendizaje. En algunos casos integrantes del equipo capacitados y con formación clínica atendieron (intervención en crisis) a padres en espacios de la escuela por el estado emocional en el que se encontraban.

FASE I : INSTRUMENTACIÓN

Como se mencionó anteriormente en esta fase se adecuaron los instrumentos antes de su aplicación, excepto el inventario de personalidad MMPI-A que fue validado con población escolarizada y muestras clínicas

Preparación de escenarios

En esta fase se contactaron alrededor de ocho escuelas, cinco secundarias y tres de nivel preparatoria; sólo se logró establecer un acuerdo con cinco, se trabajó con algunas en la fase de instrumentación y piloteo y con otras en la aplicación final de los instrumentos. Los escenarios escolares reunieron las siguientes características: tener estudiantes entre 13 y 18 años de edad, disponibilidad de tiempo y espacios para llevar a cabo las actividades de la investigación.

Se eligió trabajar con escuelas públicas debido a que estas representan las condiciones socioeconómicas de un gran sector de la población, a pesar de su marcada variabilidad. Además de ser una población cautiva en la cual es más viable poder trabajar en grupos, y economizar tiempos y recursos; asimismo la escuela constituye un espacio ideal para generar programas de intervención preventiva basada en conocimientos científicos que luego pudieran ser generalizados a escenarios similares.

Instrumentación cuantitativa

También se trabajó en la instrumentación, realizando modificaciones al Cuestionario Sociodemográfico (Lucio y Meave, 2005), y principalmente la construcción del Cuestionario de Desarrollo Adolescente CDA (Meave y Lucio, 2006) que será descrito en el siguiente apartado.

Cuestionario Socio Demográfico

Este instrumento fue adaptado de la Ficha Sociodemográfica (Lucio, Durán et al, 2002), que fue diseñado para conocer las condiciones sociales y demográficas de los adolescentes en riesgo suicida y con alteraciones emocionales en investigaciones anteriores.

Es un cuestionario que se aplica en forma grupal en la misma escuela, el adolescente responde preguntas sobre la conformación de su familia, bienes, servicios, dinero disponible, escolaridad de padres y su propio rendimiento académico (Ver Anexo 3).

Para hacer la adaptación del instrumento se seleccionaron los reactivos que contribuían a delimitar las características sociales del entorno familiar del adolescente, que pudieron operar como factor de riesgo para la presentación de las conductas sexuales de riesgo, se identificaron las siguientes características sociodemográficas y familiares de los adolescentes como: nivel educativo de los padres, condiciones de hacinamiento, estatus civil de los padres, composición familiar, número de hijos entre otros.

El Cuestionario Sociodemográfico en su versión B para la investigación (Lucio y Meave, 2005) explora las características antes expuestas y quedó constituido por 21 reactivos.

Cuestionario de Desarrollo Adolescente (CDA)

Objetivo

El objetivo fue elaborar un instrumento para detectar casos que manifiesten conductas sexuales de riesgo para el embarazo adolescente, como para el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, en adolescentes escolares de la Ciudad de México.

Procedimiento

Revisión de Instrumentos

Antes de iniciar la construcción del cuestionario se realizó una extensa búsqueda de instrumentos utilizados en estudios anteriores. Se encontró que muchos de ellos evalúan conductas sexuales de riesgo junto con otros aspectos de salud sexual y reproductiva, como: las conductas de exploración de mamas, uso de anticoncepción, creencias y actitudes respecto al contraer VIH, como es el caso del Adolescent Sexual and Reproductive Health Questionnaire (García y Alberts, 2000).

La mayoría de los instrumentos están orientados a la población adulta, algunos son específicos para alguna orientación sexual (Homosexual, heterosexual) o para un sexo en particular, como el cuestionario de conducta sexual no marital de hombres en riesgo de contraer VIH (Chowdhury, Anwar, Alam, Ahmed, Mallick, et.al ,2002), que recoge antecedentes sociodemográficos, conducta sexual desde las primeras prácticas, tipos de prácticas, número de parejas, riesgos para contraer VIH, conocimiento y actitudes frente al VIH.

Varios instrumentos para jóvenes en edad reproductiva fueron probados en usuarios de servicios de salud, aplicados por personal de salud como médicos y enfermeras. Otros fueron explícitamente creados para poblaciones específicas, como la medición de conducta sexual de jóvenes agresores sexuales (Kemshall, 2002), combinando métodos de evaluación clínica con monitoreo conductual, para establecer medidas legales y de atención.

En población escolar general se usó la encuesta Youth Risk Behavior Surveillance System (1999), del Center for Disease Control, la cuál evalúa el riesgo de jóvenes y adolescentes para involucrarse en las conductas de riesgo como: uso de drogas o alcohol, conducta violenta, conducta delictiva, conducta sexual de riesgo, dieta y, actividad física; de su aplicación periódica se reunieron elementos para políticas de prevención.

Siguiendo la línea de evaluación de riesgos múltiples está el Adolescent Risk Inventory de Lescano, que evalúa historia sexual, abuso sexual, lesiones autoinflingidas, ideación suicida y actitudes impulsivas, se basa en las teorías de riesgo relacionado y aumento de morbilidad (SciencieD, 2007).

La Organización Mundial de la Salud desarrolló una entrevista y una guía de grupo focal para investigar la conducta sexual en el campo de salud sexual y reproductiva con jóvenes (Ingham, OMS; 1999). Ambos instrumentos indagan sobre las fuentes de información en temas de sexualidad, desarrollo

sexual y primer encuentro sexual, experiencia sexual, inexperiencia sexual, conducta sexual subsecuente y conductas sexuales de riesgo. El uso y la adaptación de estos instrumentos en diversas poblaciones, según el reporte de la OMS fueron una base y referencia importante para la construcción del Cuestionario de Desarrollo Adolescente (CDA).

En cuanto a la evaluación de la conducta sexual se han empleado distintos procedimientos para recolectar datos, los más usados son la entrevista individual cara a cara, el cuestionario autoaplicado en papel o a través de computadoras, encuestas telefónicas y por correo, autorreportes, diarios, grupos focales y grupos de discusión.

Una investigación encontró que el uso de un formato de atribución del inicio de conductas sexuales a las parejas del respondiente, logró que los participantes reportaran más conductas sexuales de riesgo como sexo desprotegido y más parejas sexuales (Scandell, Klinkenberg, Hawkes, Spriggs; 2003). Sin embargo se reconoce que a pesar de los procedimientos persiste la dificultad para evaluar la conducta sexual.

Adicionalmente, la revisión incluyó instrumentos adaptados o contruidos para población mexicana, con el propósito de conocer la forma en que se abordó la sensibilidad cultural, al mismo tiempo determinar si alguno podía ser útil en el estudio. La síntesis de revisión aparece en la Tabla. E

Tabla E. Instrumentos de Conducta sexual en adolescentes mexicanos

Instrumento - Autor	Características	Teoría
Cuestionario de comportamientos sexuales, sociales y corporales para adolescentes Hidalgo, Caballero, .et.al (2003)	Dominio Social: Fantasía, Imagen, Búsqueda, Noviazgo informal, Noviazgo formal. Dominio corporal: Contacto externo Sensaciones autoeróticas Contacto íntimo no genital , Contacto íntimo genital	Teoría de la secuencia del Comportamiento sexual (Byrne) Relaciones sociales y experiencias románticas (Roche y Silva) Población: Adolescentes escolares Región: Estado-Guadalajara

<p>Escala de autoeficacia para la Prevención del SIDA en adolescentes</p> <p>SEA</p> <p>Adaptada por</p> <p>(López-Rosales; Moral de la Rubia, 2001)</p>	<p>Auto eficacia- Habilidades sociales con la pareja sexual</p> <p>Conducta de uso efectivo de condón</p> <p>Actitudes hacia el uso del condón, diversas parejas sexuales, SIDA, Historia primera relación sexual.</p> <p>Seleccionar por magnitud el nivel de riesgo de 15 situaciones</p>	<p>Teoría de la Auto eficacia (Bandura).</p> <p>Población: Adolescentes-Jóvenes</p> <p>Región: Estado- Nuevo León</p>
<p>Cuestionario de uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio de VIH</p> <p>(Alfaro, 1995)</p>	<p>Creencias</p> <p>Actitudes e intenciones hacia las relaciones sexuales y el uso del condón.</p> <p>Vida sexual para los jóvenes que tienen relaciones sexuales</p>	<p>Teoría de la acción razonada de (Ajzen y Fishbein).</p> <p>Población: Adolescentes-Jóvenes</p> <p>Región: Ciudad de México D.F.</p>
<p>Cuestionario sobre el Uso del Condón</p> <p>(Velásquez,2005)</p>	<p>Conocimiento uso del condón masculino y femenino</p> <p>Creencias sobre el uso del condón</p> <p>Actitud hacia el uso del condón</p>	<p>Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein).</p> <p>Población: Adolescentes-Jóvenes</p> <p>Región: Ciudad de México D.F.</p>
<p>Cuestionario del Programa "Planeando tu vida"</p> <p>(Pick, et al 1986)</p>	<p>Relación familiar, escuela, conocimientos en anticoncepción, ITS, actitudes hacia el embarazo adolescente, antecedentes primera relación sexual. adolescentes</p>	<p>Habilidades para la vida, asertividad y comunicación.</p> <p>Teoría de la acción razonada de (Ajzen y Fishbein).</p> <p>Población: Adolescentes-Jóvenes</p> <p>Región: D.F., otros estados.</p>

De todos los instrumentos revisados el cuestionario de Pick, et al. (1986) fue el más cercano a la propuesta, pero se descartó su empleo por que fue

construido para evaluar el curso de prevención primaria “Planeando Tu Vida”, abordando temas como el embarazo no deseado, información sobre sexualidad, actitudes y entorno familiar. Estos instrumentos tampoco incluyeron un enfoque del desarrollo desde la pubertad hasta la vida sexual actual, aunque Hidalgo y Caballero (2003) retomaron la secuencia en la conducta sexual, el énfasis estuvo en el contexto social de la conducta sexual. No se empleó ninguno de los instrumentos por tener enfoques teóricos y objetivos distintos, varios cubrieron rangos de edad distintos y fueron probados en regiones distintas, no obstante la revisión fue de utilidad para preparar el cuestionario.

Finalmente se seleccionaron definiciones conceptuales de conductas sexuales de riesgo y se consideró la sexualidad adolescente en un continuo desde los cambios de la pubertad, acercamientos sexuales, conductas sexuales coitales y conductas sexuales de riesgo, se identificaron las dimensiones del constructo y se redactaron los reactivos que integraron la primera versión del instrumento, con opciones para adolescentes con y sin experiencia sexual.

Piloteo 1- Forma de aplicación y comprensión del instrumento

Se utilizó la primera versión con 30 preguntas en un formato de auto reporte. Participaron 19 adolescentes estudiantes de secundaria; 5 hombres y 14 mujeres, entre 13 y 16 años. Este piloteo permitió probar si los sujetos comprendían las instrucciones, reactivos, la utilidad del formato y dos formas de aplicación, una grupal (N=16) y otra individual (N= 3).

Como resultado se consideró: 1) cambiar el formato para facilitar la lectura, 2) mejorar la redacción para ayudar a la comprensión de instrucciones, distinguiendo preguntas para todos los adolescentes y otras específicas por sexo. Se sustituyeron términos por palabras más coloquiales, sugeridas por los mismos adolescentes como “free” para la relación de atracción sin

compromiso, “caldo” para el beso apasionado, “kiko” para el beso en los labios, “amigo con derechos” o “amigo cariñoso” a la relación de amistad que también incluye contactos sexuales.

En la aplicación individual algunos adolescentes contestaron de forma abierta y sin dificultad sobre sexualidad, mientras que otros mostraron ansiedad y desconfianza, aparentemente las entrevistas cara a cara fueron relacionadas con “las llamadas de atención” en la escuela o “estar en problemas”. Esta modalidad de aplicación fue costosa en tiempo y requiere experiencia y capacitación especial para los aplicadores, así como la disponibilidad de varios espacios con suficiente privacidad en la escuela para lograr un clima confortable y seguro.

Durante la aplicación grupal se observó inquietud, risas y desconcierto ante el cuestionario, pero al mismo tiempo la condición grupal ayudó a disminuir estas reacciones por estar todos en la misma situación, aunque fue necesario ratificar el carácter confidencial del manejo de las respuestas. La aplicación grupal resultó ser la alternativa más económica en cuanto a tiempo y recursos humanos tomando en cuenta que la meta fue trabajar con grupos escolares.

Además se realizaron entrevistas exploratorias con el propósito de conocer de forma más amplia y directa la percepción de los adolescentes sobre los temas incluidos en el instrumento. Se convocó a 8 adolescentes 4 hombres y 4 mujeres de la misma escuela en la que se realizó el primer piloteo, participaron 3 mujeres y 2 hombres, 3 no llegaron a la entrevista por inasistencia o porque se dieron de baja de la escuela. Para facilitar el análisis de sus respuestas se les solicitó su consentimiento para audiograbar la entrevista; sólo 2 accedieron. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 50 minutos (delimitado por la escuela); el abordaje de las temáticas fue gradual según la comodidad, experiencia sexual y disposición de los entrevistados para hablar de los distintos temas; se obtuvo mayor información de los adolescentes de 15 años.

Se apreciaron diferencias en la forma en que hombres y mujeres describen las conductas sexuales y el contexto de la sexualidad, los relatos fueron distintos en adolescentes que están iniciando la adolescencia 12-13 de los adolescentes entre 15-16 años.

A partir de la información que se obtuvo en las entrevistas surgieron varios elementos para ser considerados en la construcción del instrumento y el contexto de la investigación. Uno de las más importantes fue reconocer que en la conducta sexual adolescente no se puede realizar una separación rígida entre los que tienen experiencia sexual coital y los que no la tienen, ya que existen una serie de prácticas intermedias, como lo manifestó uno de los adolescentes que respondió “no tuve relaciones sexuales” en la aplicación grupal pero durante la entrevista reveló prácticas de sexo oral, al mismo tiempo este comentario indica que muchos adolescente pudieran revelar solo en parte sus conductas sexuales.

Tomando en cuenta los resultados del primer piloteo y las entrevistas, se realizó la revisión del cuestionario, en su estructura, la secuencia de las preguntas y aspectos de forma y redacción que se mencionaron anteriormente.

La versión corregida fue expuesta a un grupo de estudiantes de doctorado con experiencia en la construcción de pruebas, así como a 12 expertos en el tema de adolescencia y/o salud sexual y reproductiva con adolescentes, esto ayudó mejorar la el cuestionario en forma y contenido, resultando la segunda versión A (2005).

Para guardar el anonimato de los respondientes se modificó la forma de aplicación, se le asignó a cada adolescente un número de identificación que coincidía con su cuestionario foliado con el mismo número, al momento de entrega del cuestionario en sobre cerrado, el aplicador debía verificar la identidad del destinatario. Este procedimiento ayudó a mantener un mayor control sobre el ritmo de la aplicación, se incluyó la instrucción de abrir el sobre todo el grupo al mismo tiempo, al terminar de responder el adolescente debía entrega el cuestionario lleno en el mismo sobre cerrado.

Piloteo 2- Prueba del CDA población similar a la muestra

Para esta aplicación se preparó la coordinación con las escuelas participantes en esta fase, así como los recursos humanos y materiales. Se trabajó con dos secundarias públicas ubicadas en las Delegaciones Tlalpan y Coyoacan respectivamente.

Después, se solicitó el consentimiento de los padres o tutores de los adolescentes para aplicar el cuestionario (ver Consideraciones éticas).

La muestra fue de 303 adolescentes estudiantes de secundaria entre 12 y 16 años. La media de edad fue de 13.7 años, 52.8% fueron mujeres y 47.2% fueron hombres. El tamaño de la muestra se calculó de acuerdo al número de reactivos del instrumento, siguiendo el parámetro de la construcción psicométrica que recomienda como mínimo 5 respondientes por reactivo; como el CDA Versión A (2005) contó con 44 reactivos, se calculó un mínimo de 220 sujetos.

Para la aplicación se contó con el apoyo de 2 estudiantes de doctorado, un estudiante de servicio social, 2 estudiantes tesistas y 2 psicólogas colaboradoras del proyecto. El procedimiento de aplicación fue revisado con todo el equipo antes de la aplicación. La aplicación tuvo una duración de 50 minutos en una sola sesión, se administró primero el Cuestionario sociodemográfico (Lucio y Meave, 2005) y luego el CDA.

Al iniciar la aplicación se detectó una serie de dificultades, los respondientes no comprendieron los saltos (Ej., pasar a la pregunta X) para los adolescentes sin experiencia sexual coital quienes siguieron respondiendo, su ritmo de lectura fue lento, en algunos casos se observaron problemas de conducta y dificultad para mantener la atención. Por estos motivos se suspendió la aplicación para hacer nuevas modificaciones al formato, se incluyeron algunas sugerencias de expertos en el manejo de encuestas con poblaciones jóvenes, se modificó el formato para que todos contestaran todas las preguntas, encontrando una opción apropiada a su nivel de experiencia,

con estos cambios se consolidó la versión B (2005), empleada en el segundo piloteo. Para mantener el control en los grupos se trató de tener tres aplicadores con los grupos difíciles. El equipo regresó a las escuelas hasta en dos oportunidades para cubrir la muestra, ya que la escuela modificó la planeación o no se facilitó un lugar de trabajo adecuado.

Modificaciones finales al cuestionario CDA

Se revisaron las frecuencias de respuesta eliminando los reactivos cuyas frecuencias fueron bajas. Se tomaron en cuenta dificultades al momento de responder, por ejemplo se detectó que a los hombres les fue difícil reconocer la edad de su primera eyaculación, por lo que se ajustaron alternativas para facilitar su respuesta. Adicionalmente se incluyeron opciones de respuesta, como “Ya no he tenido relaciones sexuales” esto por anotaciones que hicieron los adolescentes en el mismo cuestionario.

La comprensión del lenguaje y preguntas no generó ninguna dificultad, excepto por el término “free” que tiene una connotación distinta de acuerdo a la edad y referentes de socialización del adolescente, variando incluso de una escuela a otra por lo que se sustituyó explicando el término como “relación casual por atracción”.

Finalmente se compartió la versión revisada del instrumento con tutores con experiencia en el tema de salud sexual y reproductiva con adolescentes.

Procedimiento para Validar el CDA

La validez aparente del instrumento fue fortalecida al encontrar tendencias de respuestas similares a otras encuestas sobre conducta sexual en adolescentes, que fueron realizadas en condiciones muy parecidas a la población de esta investigación como es el caso de la Encuesta a estudiantes (Fleiz, Medina-Mora, et al.,1998) que en una de sus áreas indagó sobre la conducta sexual adolescente.

También se emplearon entrevistas exploratorias con formato semi-estructurado para confirmar los casos positivos de riesgo y los negativos. Los participantes fueron seleccionados al azar de los casos positivos, es decir adolescentes que respondieron afirmativamente ante uno o más criterios de riesgo. Y los casos negativos de adolescentes que respondieron que no tienen conductas sexuales de riesgo.

Las entrevistas las realizaron 5 pasantes de psicología que fueron entrenados para este fin, se preguntó a los adolescentes sobre su percepción de las respuestas de sus compañeros, si respondieron con la verdad o si ocultaron información en cada una de las partes del cuestionario. En la segunda parte de la entrevista y después de lograr un clima de confianza se les preguntó cómo fueron las respuestas de ellos. La actitud del entrevistador fue de respeto y apertura hacia las repuestas confirmatorias como no confirmatorias.

En el primer escenario se convocó a 12 adolescentes, 6 con riesgo y 6 sin riesgo, solo 10 asistieron. De los cuales 8 confirmaron su condición de riesgo y sin riesgo respectivamente; los 2 casos que no se confirmaron fueron de adolescentes hombres, uno que fue descuidado y el otro fue un falso negativo es decir que ocultó sus conductas de riesgo en el cuestionario pero sí las admitió en la entrevista.

En el segundo escenario se convocó a 10 adolescentes de los cuales 9 acudieron a entrevista, se confirmaron 7 casos 3 sin riesgo y 4 con riesgo. El criterio de riesgo de abuso sexual no fue confirmado por los adolescentes que respondieron afirmativamente, no se puede establecer si fue un descuido o si a estos adolescentes hombres les cuesta reconocer que pasaron por un evento potencialmente perturbador.

Los criterios de calificación del cuestionario fueron sometidos a jueceo, a cada una de las respuestas del instrumento se le asignó un puntaje de riesgo de acuerdo a la literatura que sustenta el instrumento. Participaron un total de 16 jueces expertos que cumplieron al menos una de dos condiciones: tener

experiencia de trabajo con adolescentes en el campo clínico y de educación sexual o ser investigador en el tema de salud sexual y reproductiva con adolescentes. De esta convocatoria 13 jueces devolvieron la forma. Los acuerdos sobre la asignación solicitada fueron de 86% de acuerdos para la Parte I, 94.5 % para la Parte II, 85.6% en la Parte III y finalmente 90.2% para la Parte IV, las sugerencias para mejorar el instrumento se tomaron en cuenta para futuras investigaciones.

PRODUCTO FASE I: Características finales del Instrumento CDA

El CDA (Meave y Lucio, 2006) versión para la investigación explora la conducta sexual adolescente en un continuo desde las conductas “normativas” que la mayoría de los adolescentes van mostrando hasta las conductas sexuales de riesgo, en el marco de la psicología del desarrollo toma en cuenta los hitos de la pubertad y los procesos psicológicos de intimidad y relaciones afectivas.

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

El cuestionario tiene cinco partes:

Parte I. Desarrollo Físico- pubertad: Las preguntas se refieren a los hitos del desarrollo como la primera menarca, primera eyaculación, y la percepción de estos cambios respecto a su interés sexual hacia otras personas.

Parte II: Conducta sexual: En esta parte aparecen preguntas sobre los primeros acercamientos, y relaciones significativas amistad o pareja, conductas como hacer y recibir propuestas sexuales. Contiene una pregunta filtro que diferencia los que tuvieron relaciones sexuales coitales de los que no tuvieron relaciones sexuales, en el caso de los sin experiencia sexual se explora los motivos que demoran el inicio sexual.

Parte III. Conducta sexual coital: Este apartado va dirigido para adolescentes que si tuvieron relaciones sexuales se explora la primera relación sexual, uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales subsecuentes. En el caso de ya no haber tenido relaciones sexuales después de la primera dejan de responder.

Parte IV. Conductas sexuales de riesgo: En esta parte se explora cada una de las conductas sexuales de riesgo para los adolescentes que reconocen haber tenido relaciones sexuales. Las circunstancias que facilitan el riesgo como conocer a alguien cercano que se haya embarazado sin desearlo antes de los 20 años. También se incluye el no uso o mal uso de anticonceptivos. Las experiencias por coerción o abuso sexual.

Parte V. Recursos- necesidades: Las preguntas de esta parte exploran cuales son sus recursos en caso de necesitar orientación en temas de sexualidad y finalmente los temas en los que requieren información, las opciones fueron elaboradas a partir de dudas escritas por los adolescentes.

Forma de Aplicación: Grupal, probado en escuelas secundaria y nivel preparatoria.

Características de los Aplicadores: El uso de este instrumento es aconsejable para aplicadores entrenados, ya que el tema de la sexualidad es un tema que requiere total actitud ética, experiencia profesional y sensibilidad para trabajar con población adolescente.

Limitaciones del Instrumento: El instrumento no es una escala, requiere de mayores ajustes, necesita ser empleado con adolescentes de otras condiciones socioeconómicas (escuelas particulares), muestras cénicas adolescentes diagnosticados (ITS- y Embarazo adolescente) y adolescentes que no asisten a la escuela regular.

Criterios de Calificación

Los niveles fueron 0 sin riesgo o conducta normativa por ser una conducta esperada para la edad; 1 para factor de riesgo, entendida como una característica, conducta o situación que pudiera predisponer al riesgo pero que no implica riesgo por sí misma, 2 para riesgo leve o menor cuando las conductas están relacionadas a una actividad sexual coital en contexto exclusivo, acompañada de uso de anticonceptivos; 3 riesgo mayor para las conductas sexuales que llevan claramente un riesgo de embarazo o riesgo para contraer alguna infección de transmisión sexual.

Para la calificación se suman las respuestas de cada parte, las mismas que conforman un puntaje parcial por área, debido a que la primera y segunda parte explora antecedentes de desarrollo son puntuados en conjunto con la selección de reactivos que si pueden aportar al riesgo, en el resto de las partes se dan más peso a algunos reactivos, para conocer cuales son los reactivos (ver Anexo 2).

Una vez obtenidas las calificaciones se realizó una sumatoria de los puntajes parciales para obtener el puntaje total, considerando que a mayor puntaje mayor es el riesgo. La asignación a grupo se realizó considerando los criterios de la Tabla F.

Tabla F. Asignación a Grupos de Riesgo

Grupo Sin Riesgo	Grupo Riesgo Menor	Grupo Riesgo Mayor
<ul style="list-style-type: none"> No han tenido relaciones sexuales Acercamientos sexuales no coitales Pueden tener pareja pero no tienen relaciones 	<p>Conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> Ha tenido relaciones sexuales alguna vez Son sexualmente activos- usan anticonceptivos <p>Pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> Pareja sexual exclusiva Presionado a tener relaciones sexuales 	<p>Conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> Experiencia de Abuso sexual Sexo –alcohol Sexo- droga Edad inicio sexual (-16 años) <p>Anticonceptivos</p> <ul style="list-style-type: none"> No uso en la primera rel sex No usa en las subsecuentes Usa métodos naturales <p>Pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> N de parejas sexuales en la vida. 1 o + adolescente tiene entre 13 y 15 años 3 o+ adolescentes (16 y 18 a)

	<p>Anticonceptivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usa solo pastillas (riesgo para ITS). <p>Síntomas ITS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor ardor al orinar <p>Factores de Riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener 1 amigo o 1 familiar que haya o se haya embarazado antes de los 20 años sin desearlo • Alguien tocó en una forma sexual sin tu permiso 	<p>Pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo con desconocido • Sexo por recompensa <p>Parejas sex simultaneas 1 o +</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión de la pareja sexual a tener relaciones sexuales • Alguien (pareja o no) forzado a tener relaciones sexuales <p>Factores de Riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener 2 o + amigos o y/o familiares con embarazado adolescente. <p>Síntomas ITS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al menos 1: granitos, flujo, mal olor en genitales <p>Antecedentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 o + embarazos • 1 o + abortos
--	---	--

Instrumentación Cualitativa

MÉTODO

Grupos de Discusión

Como se mencionó al inicio de esta sección se planeo realizar grupos de discusión con el siguiente objetivo: conocer la percepción de los adolescentes en relación al riesgo, las ITS el embarazo adolescente y otros factores involucrados en las conductas sexuales de riesgo.

Se seleccionó la técnica de grupo de discusión por ser la más adecuada para explorar e identificar los contextos subjetivos y sociales percibidos en el riesgo, en grupo que es el reproductor natural de las dinámicas sociales – ciertas normas y formas de la relación entre los adolescentes, permite observar los modelos de interacción prevalentes (Amuchastegui, Rivas ,Bronfman,1995). Escuchar la voz a los participantes, contribuye a rescatar sugerencias para formular intervención preventiva, ayuda a entender o interpretar el fenómeno estudiado en términos del significado que le dan las personas involucradas (Thornton ,2002).

Se usó un método secuencial en vista que primero se recogieron datos cuantitativos y después se llevó adelante una fase cualitativa con un método distinto (Tashakikori y Teddlie, 1998).

Piloteo del instrumento

De forma similar a la preparación de instrumentos cuantitativos, se consideró probar la técnica con los adolescentes que participaron del piloto 2 en el ajuste del instrumento CDA. Los objetivos fueron:

- a) Probar la guía de discusión en una población similar a la muestra, así como la logística de manejo de grupos con un moderador, un observador participante y un observador externo.
- b) Someter a prueba dos condiciones de agrupación de los adolescentes por sexo y por niveles de riesgo

Sujetos

Participaron voluntariamente en este estudio 70 adolescentes entre 14 y 16 años, escolares 2 escuelas secundarias públicas del sur de la Ciudad. Se establecieron 6 grupos, cada uno de ellos con un promedio por 12 participantes. Se establecieron dos grupos de hombres; dos grupos de mujeres y finalmente dos grupos mixtos

Instrumento

Se elaboró una guía de discusión que exploró ideas, pensamientos y creencias sobre la sexualidad, la sexualidad adolescente, la percepción del riesgo

Ejemplos de preguntas Guía del grupo de Discusión

Preguntas

- ¿Qué efectos tiene expresar nuestra sexualidad?
- ¿Cuáles serían los efectos positivos?
- ¿Se dice que los adolescentes tienen conductas sexuales riesgosas o de riesgo? ¿Ustedes que piensan de esto?

¿Qué entienden por conductas sexuales de riesgo? ¿Cuáles son ?

¿Cuáles riesgos que preocupan más a los adolescentes?

¿Qué situaciones ayudan a que tengamos conductas sexuales de riesgo?

¿Qué se puede hacer para disminuir o controlar el riesgo?

Procedimiento

Después de concluir la aplicación de instrumentos cuantitativos se seleccionó un grupo de alumnos utilizando los indicadores de riesgo del cuestionario CDA (Meave, Lucio, 2006) y se los invitó a participar en los grupos de discusión y talleres preventivos, participaron los adolescentes estuvieron de acuerdo. En el caso de estudiantes de preparatoria se convó en mayor número por el alto ausentismo en las actividades escolares.

Para el grupo de discusión se les solicitó permiso para audio grabar, los participantes estuvieron de acuerdo.

Cada grupo de discusión se realizó en una sola sesión con una duración de una hora y un máximo de dos horas y media, limitado a la disposición de los adolescentes de compartir en grupo y los tiempos máximos otorgados por la escuela.

La dirección de los grupos estuvo a cargo de un moderador y la ayuda de un observador participante, el observador externo apoyó en el audio grabación y transcripción de todas las sesiones.

Se alentó la participación en un marco de respeto y escucha, creando un espacio de confianza para expresar sus opiniones sus propias dudas. En el cierre de la sesión se solicitó retroalimentación a la actividad por escrito en un buzón de opiniones o de forma directa al equipo de trabajo.

PRODUCTO FASE I : Resultados del piloteo grupos de discusión

El producto del piloteo fue bastante fructífero, no solo por comprobar la utilidad de las técnicas cualitativas, en este caso del grupo de discusión, cómo herramientas que abren un camino complementario al indagar las respuestas al de las preguntas de investigación.

Las percepciones de los adolescentes pusieron en perspectiva como la construcción y aprendizajes de la conducta sexual están estrechamente relacionada con la familia y la escuela; así como las diferencias de género.

En cuanto a la forma de agrupación, se observaron diferencias entre hombres y mujeres los adolescentes hombres reportaron mayor comodidad al hablar de temas de sexualidad en comparación con las mujeres, su actitud se mantuvo parecida en la agrupación del mismo sexo que en los grupos mixtos.

En las mujeres se observó mayor dificultad para hablar del tema de sexualidad en general, su participación en los grupos mixtos dependió de la actitud favorable de los hombres, para algunas adolescentes estar en un grupo solo de mujeres resultó más cómodo, sin embargo muchas adolescentes mayores consideraron importante compartir y escuchar opiniones con sus compañeros.

Esta experiencia ayudó a esclarecer y mejorar los procedimientos, la agrupación de los adolescentes responde al equilibrio al conformar el grupo. Once participantes fue un número ideal; la respuesta positiva del grupo depende de poder establecer un rapport, la motivación de los adolescentes por participar, y que se conociera con anticipación algunas características como problemas de atención o problemas de conducta para utilizar otras estrategias.

Balancear el grupo en un número parecido de hombres y mujeres fue importante para permitir que se sintieran “protegidos” en esa grupalidad.

Los contenidos de la guía fueron adecuados, pero concluyó que el equipo trabajo (moderador, observador participante y externo) debe tener flexibilidad y recursos para responder a las diversas conformaciones grupales, así como establecer una comunicación que use un lenguaje cercano a los adolescentes sin perder los objetivos de la intervención.

Sobre los contenidos y los temas que generaron se marcaron líneas preliminares de análisis, que sin embargo ilustran la forma en que viven la sexualidad estos adolescentes.

Los discursos fueron marcados por diferencias de género, una es la normatividad cultural respecto a la conducta sexual para las “mujeres” y otra para los hombres.

Adolescente mujer, grupo mixto “yo lo veo así como que se contradicen, porque a su hijo le dicen, tú si ten muchas chavas y a las mujeres, tú no puedes tener novio y aunque tengan novio las regañan si las ven platicando con un chavo”.

Adolescente hombre, grupo solo hombres “ Para los hombres pues ir allá con sexo servidoras ¿no?”, “ir a table dance”.

A mujer, grupo mixto “...a las mujeres las protegen por que no se pueden defender y a los hombres no les pasa nada porque ellos no se embarazan” “aunque luego las embarazan y los papás las están regañando, que porque se embaraza, que porque no sé qué...”

A mujer, grupo mixto “...Pues depende porque a los padres lo que les preocupa cuando somos mujeres es que salgamos embarazadas y con los chavos no, y a las chavas no nos dejan tener novio, quieren que nos quedemos hasta el ultimo, hasta los 18 podemos tener novio”.

La familia está presente como moduladora de estas experiencias, los temas de preocupación de los padres es el embarazo, el discurso hacia las mujeres es de responsabilidad, de mantener el valor de la virginidad.

A mujer, grupo solo mujeres “la chava que queda embarazada es por que quiso, es porque a veces le da pena o no tiene comunicación con sus padres”

A hombre, grupo mixto “por que no es muy común que se hable”.

A mujer, grupo mixto “En mi casa dejan entrar a los novios, pero si los ven muy alocados pues me dicen que no los puedo meter, desconfían”

A mujer, grupo solo mujeres “.., bueno yo tuve un novio que tiene mas de 20 años y entonces mi mamá decía: y cómo vas a andar con él si sólo te quiere nada mas para eso...solo te quiere para tener sexo.”

El tema ligado a lo anterior y que también fue referido por los adolescentes era el embarazo y la posibilidad de convertirse en padres.

Para las mujeres la responsabilidad de crianza y para los hombres la de ser proveedor, renunciar a la vida de joven.

Sobre las consecuencias de un embarazo A mujer, grupo mixto “hay que trabajar, lavar, cocinar, ya son más gastos, porque si se enferma el niño hay que llevarlo al doctor y cuando crezca, la escuela...”

A hombre, grupo mixto “Un embarazo cambia mucho... cambia todo: ya no iríamos a la escuela, tendría que trabajar para mantener...educarlos, cuidarlos si se enferma”

Las enfermedades de transmisión sexual y sobretodo el SIDA son preocupaciones mayores que existen en la población adolescente sin embargo la información que tienen es muy escasa.

A mujer, grupo mixto “luego también dicen, por ejemplo; que el chavo tiene la enfermedad y tiene relaciones y la chava esta, queda embarazada y el bebé tiene la misma enfermedad, no?...Creo que también por medio de la leche...”

A mujer, grupo mixto “Antes de que tengas tu relación, buscas información y tu sola vas viendo para no salir embarazada ni nada...así ya puedes protegerte”

A mujer, grupo solo mujeres “por que el embarazo tienen algunas soluciones, pero una enfermedad como el SIDA, no”

Los contextos de riesgo predominan en las fiestas sin supervisión adulta y en ocasiones están asociadas al consumo de alcohol y/o drogas como un factor que provocan las relaciones sin protección. A mujer, grupo mixto “En las fiestas a veces te echan algo, te drogan”.

El contexto donde manifiestan la sexualidad sigue siendo la escuela, las fiestas y las agrupaciones sociales

A mujer, grupo solo mujeres “en las fiestas a veces te echan algo, te drogan”

Moderador: ¿Por qué se da esto?:

“también depende de ti” “a veces te dan refrescos y tú sin saber nada, te lo tomas como si nada”

Moderador: ¿Hay otro tipo de presiones para tener relaciones sexuales?

A mujer, grupo mixto “Además del novio en los comerciales que salen también te dicen tengan relaciones sexuales o algo por el estilo...se ve bien (ríe)”

Limitaciones

A pesar de los elementos valiosos del piloteo, no se pudo cumplir con la meta de la siguiente fase, hacer grupos de discusión en tomando en cuenta los diferentes niveles de riesgo.

Solamente se consiguió trabajar con los adolescentes de secundaria, quienes mostraron poca disposición a la actividad. Es posible que otros factores como el cambio en el equipo de colaboradores, y la inasistencia – que desequilibró el número de participante por género- hayan tenido algún efecto, sin embargo no se pueden descartar los comentarios de los adolescentes que sí respondieron y se interesaron por la actividad.

Con los adolescentes mayores de nivel preparatoria no se pudo programar la actividad original (grupos de discusión) por dificultades de coordinación y los tiempos del calendario escolar, alternativamente se intentó una convocarlos de forma externa con autorización de las autoridades, se los contactó telefónicamente al centro de servicios psicológicos de la UNAM, no asistieron a pesar de haber confirmado su participación.

Para enfrentar este problema se coordinó la realización de algunas entrevistas exploratorias en instalaciones escolares. El equipo de apoyo recibió una capacitación breve e intensiva para recoger la información, ninguna entrevista fue audio grabada por que no se contaban con los recursos para dotar de material a todos los entrevistadores.

De las entrevistas que se lograron se pudieron rescatar algunos elementos que se usarán en algunas viñetas que ejemplifican los hallazgos. Del material total obtenido en entrevistas y grabaciones de los grupos de discusión del piloteo se pretende realizar un análisis más profundo que será presentado más adelante en otro documento o material de divulgación.

FASE II. APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

En esta fase se aplicaron los instrumentos seleccionados, tanto los que se prepararon durante la instrumentación, como el inventario de personalidad MMPI-A que no requirió de ninguna adecuación. Durante esta fase se describen los procedimientos de la aplicación de instrumentos cuantitativos.

Objetivo

Los objetivos de este estudio fueron: 1) detectar adolescentes que presenten alteraciones emocionales rasgo (ansiedad, depresión, problemas de conducta, baja autoestima) y manifiesten conductas sexuales de riesgo; y 2) conocer las características sociodemográficas familiares del adolescente que presenta de conductas sexuales de riesgo.

Sujetos

Los participantes fueron adolescentes escolarizados de ambos sexos, que se encontraban cursando secundaria o preparatoria del sistema educativo público, tuvieron una edad cronológica entre 13 y 19 años. La participación fue voluntaria, todos los menores de edad contaron con la autorización de sus padres o tutores legales.

Quedaron excluidos los adolescentes con problemas de aprendizaje que presentaron dificultades en la comprensión del material de evaluación. Tampoco participaron los que no contaban con el consentimiento de sus padres o tutores.

Ambiente

La investigación se llevó a cabo en escuelas públicas de secundaria y preparatoria de las Delegaciones Tlalpan y Coyoacan de la Ciudad de México.

Instrumentos

Inventario Multifásico de Personalidad de Minesota (MMPI-A)

Como se mencionó al inicio de este trabajo los rasgos de personalidad fueron evaluados mediante el inventario MMPI-A. Es un instrumento

ampliamente utilizado para evaluación clínica y la investigación de la personalidad, es un instrumento original de Bucher; Graham, Williams y Kraemmer que fue construido para identificar trastornos psicológicos y distinguir entre personas con alteraciones de la población "normal", detecta también problemas que están empezando a desarrollarse como en el caso del consumo de alcohol; este instrumento fue traducido al español y validado para población mexicana por Lucio y colaboradores (1998).

La versión para adolescentes se modificó de la de adultos al reconocer diferencias y características particulares en este grupo de edad, en las modificaciones se incluyó características de desarrollo, psicopatología adolescente como problemas escolares y desórdenes de la alimentación por mencionar algunos (Pérez- Farías; 2003),

El inventario consta de 478 reactivos, está compuesto por una serie de escalas. Las Escalas de validez (L, F, K) que detectan las actitudes respuestas desviadas; las (INVER e INVAR) que detectan inconsistencia en las respuestas variables, como en las verdaderas. Las escalas clínicas se agrupan en 10 básicas que miden: 1) Hipocondriasis; 2) Depresión; 3) Histeria; 4) Desviación Psicopática; 5) Masculinidad y Femenidad; 6) Paranoia; 7) Psicastenia ; 8) Esquizofrenia; 9) Hipomanía y 10) Introversión Social.

Las escalas de Contenido están compuestas por las subescalas de a) Ansiedad adolescente; b) Obsesividad adolescente; c) Depresión; d) Preocupación por la salud, e) Enajenación; f) Pensamiento delirante; g) Enojo adolescente; h) Cinismo adolescente; i) Problemas de conducta, j) Baja autoestima; k) Aspiraciones limitadas; l) Inconformidades en situaciones sociales; m) Problemas familiares; n) Problemas escolares; o) Rechazo al tratamiento.

Otras escalas denominadas suplementarias evalúan: Alcoholismo; reconocimiento de problemas con el alcohol y /o droga; tendencia con el alcohol y drogas; inmadurez, ansiedad y represión. Si bien se trata de un instrumento bastante amplio, será empleado por ser un instrumento confiable que mide la variable alteración emocional rasgo variable de estudio.

Se considera que el marco clínico del instrumento contribuye a obtener un perfil más completo la población meta. Para esta investigación se seleccionaron las subescalas de contenido: ansiedad adolescente, depresión adolescente, problemas de conducta, baja autoestima, por coincidir con las alteraciones emocionales más frecuentemente reportadas en evaluaciones clínicas con adolescentes.

Otro aspecto importante es que el MMPI-A distingue la manifestación de psicopatología por sexo, según Rescorla y Achembach (2000) se presenta de distinta forma en hombres y mujeres; las alteraciones internalizadas como la depresión y ansiedad se presentan más en mujeres, mientras que los hombres tienen más manifestaciones externalizadas como los problemas de conducta.

Cuestionario Socio Demográfico

El Cuestionario Sociodemográfico en su versión B para la investigación (Lucio, Meave, 2005), quedó constituido por 21 reactivos. Sus características fueron mencionadas con anterioridad.

Cuestionario de Desarrollo Adolescente (CDA)

El CDA (Meave, Lucio, 2006) versión para la investigación explora la conducta sexual de adolescentes escolares entre 13 y 19 años, con las características antes expuestas.

Variables

Las variables que se estudiaron son alteraciones emocionales rasgo y conductas sexuales de riesgo, y las características sociodemográficas como factor de riesgo para la presentación de conductas sexuales de riesgo.

Definiciones operacionales de las variables

Conductas Sexuales de Riesgo:

Este estudio tomó como conductas sexuales a las respuestas afirmativas sobre las siguientes prácticas:

Riesgo-Conducta sexual

Relaciones sexuales con penetración (vaginal y anal) sin el uso de condón o método de barrera, uso inconsistente de condón, uso de métodos anticonceptivos naturales; sexo oral (contacto boca genitales) sin protección. Tener relaciones sexuales después del consumo de alcohol, drogas o a cambio de obtener algo. Tener uno o más síntomas de ITS (Ver criterio tabla G).

Riesgo-Pareja sexual

Tener o haber tenido más de 1 parejas sexuales en la vida (Ver criterio edad tabla G), relaciones sexuales con una o más parejas sexuales además de la habitual. Sospechar alguna ITS de la pareja sexual. Omitir el uso de anticonceptivos por que la pareja no quiere o no le gusta. Haber tenido un inicio sexual con sexo-servidor (a) o por abuso sexual. Primera pareja sexual con una diferencia de edad de 5- 10 o más años de edad.

Factores de Riesgo

Maduración sexual precoz antes de los 12 años, menarca y primera eyaculación. Edad sexual de inicio sexual precoz por debajo de la media de edad del grupo evaluado (16 años). Tener 2 o más familiares y amigas que se hayan embarazado o amigos hayan embarazado sin desearlo antes de los 20años.

Alteración Emocional rasgo: Se tomó como alteración emocional rasgo a las puntuaciones de t iguales o superiores a 65 con patología y las elevaciones moderadas desde t 55, en las Escalas Contenido de ansiedad, depresión, problemas de conducta y baja autoestima, resultantes de la evaluación del MMPI-A.

Como se mencionó anteriormente las de alteración emocional rasgo son predisposiciones para la presentación de síntomas de alteración emocional que pueden tender a ser relativamente estables y duraderos, pueden ser

comparados con otros sujetos, así como con el conjunto de rasgos del propio sujeto (Allport, 1961; Lucio, León, 2003).

Características sociodemográficas de la familia de los adolescentes como: condiciones de hacinamiento, bajas expectativas escolares en padres y adolescentes, promedio por debajo de 8, padres de adolescentes que a su vez fueron madres o padres antes de los 20 años, familias reconstituidas (hermanastros, medios hermanos, padrastro o madrastra) o con un solo padre o madre.

Tipo de Estudio y Diseño

Esta investigación utilizó un diseño no experimental transversal, entendiendo que se recolectaron datos en un solo momento y su fin fue describir y analizar las variables (Hernández. et al, 2003). La muestra fue no probabilística e intencional.

Procedimiento

Se consiguió la participación de dos escuelas secundarias de la Delegación de Tlalpan y una Preparatoria de la Delegación Coyoacan.

Para la aplicación de instrumentos se tomaron las medidas necesarias tanto con los instrumentos como el equipo de colaboradores. Se planeó el uso de espacios en la escuela con las autoridades correspondientes. Los periodos de trabajo de esta fase cubrieron noviembre-diciembre (2005) y abril-mayo (2006), y la se programó la última aplicación en febrero-abril (2007).

El equipo de apoyo estuvo conformado por de 3 pasantes de psicología y 2 tesis de licenciatura. Para el trabajo de campo, se contó el apoyo eventual de 2 estudiantes de doctorado y 2 colaboradoras psicólogas con maestría y licenciatura respectivamente.

Aplicación

La aplicación de instrumentos se planeó en dos sesiones, en la primera sesión se aplicó el MMPI-A con un tiempo de respuesta promedio de una hora

y en algunos casos dos, no se aplicaron los otro dos instrumentos tener el mayor número posible de inventarios completos.

En la segunda sesión se aplicó el cuestionario sociodemográficos y luego el cuestionario CDA, ambos en un tiempo de 50 minutos. En cada grupo se contó con 2 aplicadores y hasta 3 en algunos casos, los grupos variaron en número de alumnos, así que se trabajó con grupos pequeños de 15 hasta un máximo de 30 alumnos.

Dificultades en la Aplicación

Se presentaron dificultades como la dificultad en la lectura, y fatiga en alumnos de secundaria al responder el inventario MMPI-A, en el caso del CDA solo dos adolescentes reaccionaron negativamente ante el cuestionario y se respetó su derecho de retirarse de la aplicación dejando de contestar.

Con los alumnos de preparatoria, la dificultad mayor fue la inasistencia, debido a los pocos horarios disponibles se completó la muestra en el siguiente periodo escolar factor que influyó en la muerte experimental, ya que muchos estudiantes dejan la escuela al terminar el periodo escolar.

Las dificultades más importantes fueron de coordinación con las escuelas, por mala asignación de horarios donde el factor cansancio tuvo su efecto, y la prioridad que se dio a eventos escolares a pesar del compromiso previo.

Construcción de Bases de Datos

Luego de recoger la información se inició el trabajo de revisión de las hojas de respuesta del MMPI-A y del cuestionario sociodemográfico, se transfirió el mismo código de identificación del CDA a los otros dos instrumentos para poder comparar las respuestas de un mismo sujeto en los análisis. Las hojas de respuesta una vez revisadas quedaron en lista de espera para captura por lectora óptica, finalmente se obtuvieron bases de datos por escuela y por instrumento, las mismas que fueron depuradas por escuela, cotejando que cada respondiente tuviera los tres instrumentos.

El cuestionario CDA fue capturado de forma manual en el programa SPSS versión 11.

RESULTADOS

FASE II

La muestra quedó integrada por 403 adolescentes estudiantes entre 13 y 19 años, 49.4% mujeres y 50.6% hombres. El 62.8% estuvo en la adolescencia temprana e iniciando la adolescencia media 13 a 15 años y, el 37.2%, entre la adolescencia media y tardía 16-19 años.

De acuerdo al tipo de escuela, el 49.9% acudía a una secundaria matutina, el 41.9% al nivel preparatoria y el 8.2% a una secundaria vespertina, todas éstas escuelas del sistema educativo público.

La primera tarea fue conocer la proporción de adolescentes por nivel de riesgo, para este fin se utilizaron los criterios de asignación a grupos de riesgo y la calificación del CDA. Los grupos de riesgo quedaron constituidos de la siguiente manera: El grupo *sin riesgo* concentró al 70% de la población (N=282), el segundo grupo *riesgo menor* tuvo 22.8% (N=92) y en el tercer grupo *riesgo mayor* tuvo 7.2 % de la población (N= 29); la conformación de grupos aparece representada en la Figura 4.

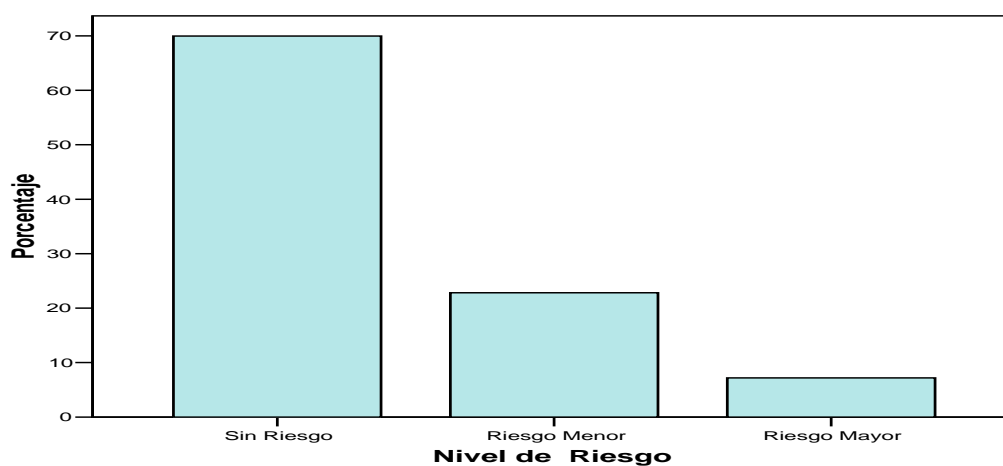


Fig. 4 Grupos según el nivel de riesgo

Los resultados serán presentados de acuerdo a las variables que este estudio se propuso investigar. En primer lugar se describirán los datos del contexto social percibido por los adolescentes, información que fue recopilada por el Cuestionario sociodemográfico. El segundo apartado describirá la conducta sexual y conducta sexual de riesgo de los adolescentes que fue explorada por el Cuestionario de desarrollo adolescente (CDA), y para finalizar, los rasgos de personalidad que fueron evaluados a través del inventario de personalidad MMPI-A, antes descritos en el método.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Datos generales por grupo de riesgo

Grupos	Sin Riesgo	R.Menor	R.Mayor
Media de Edad	14.8	15.7	15.4
Sexo			
Mujeres %	53.2%	46.7%	24.1%
Hombres %	46.8%	53.3%	75.9%
Tipo de Escuela			
Secundaria. Matutina	62.1%	20.6%	24.1%
Secundaria. Vespertina	1.8%	20.7%	31%
Preparatoria	36.2%	58.7%	44.8%
N Total N=403	N=282	N=92	N=29

La edad de los adolescentes que pertenecen al grupo de riesgo mayor, no fue tan diferente a la de riesgo menor, la diferencia es más notoria entre el grupo sin riesgo y el grupo de riesgo menor, con casi un año de diferencia.

Los hombres forman parte predominante de los grupos de riesgo menor y mayor, las mujeres se situaron predominantemente en el grupo sin riesgo y tuvieron una presencia reducida en el grupo de riesgo mayor.

Cada uno de los grupos tiene alumnos de los tres tipos de escuela, sin embargo, se observó que se puede distinguir a las escuelas por niveles de riesgo, por ejemplo la secundaria matutina tiene más adolescentes del grupo sin riesgo, la preparatoria tiene más adolescentes del grupo de riesgo menor y la secundaria vespertina tiene más adolescentes del grupo de riesgo mayor, (Ver Tabla 1).

Tabla 2. Características Familiares por grupo de riesgo

Tipo Flia	Sin Riesgo	R.Menor	R.Mayor
Familia adoptiva-institución	2.1%	1.1%	3.4%
Familia con un solo padre	3.4%	12.1%	7%
Familia reconstituida (padrastros-medios hermanos)	4.9%	8.6%	13.7%
Familia ambos padres	68%	60.9%	48.3%
Familia extensa (abuelos)	21.6%	17.3%	31%
Además viven c/hermanos	53.3%	48.9%	15%

N Total 403

El grupo de riesgo mayor refiere tener familias reconstituidas y de un solo padre. La familia de un solo padre fue predominante en el grupo de riesgo menor.

La familia con ambos padres fue la estructura familiar más frecuente, la familia extensa caracterizó al grupo de riesgo mayor como al grupo sin riesgo.

Tabla 3. Comparación edades de los padres por grupo de riesgo⁶

		Sin R.	R.Menor	R.Mayor
<u>Edad a la que fueron Padres</u>				
Adolescente	≤14-19	20.9%	20.7%	41.3%
Joven	20-29	53.9%	45.7%	44.8%
Adulto joven	30-39	21.6%	29.3%	13.8%
Adulto	40≥	3.2%	4.3%	-

N Total 403

En la tabla 3 se presenta el rango de edad en que los padres de los adolescentes fueron padres. En los tres grupos la mayoría de estos adolescentes tuvieron padres jóvenes, pero los padres del grupo de riesgo mayor fueron padres adolescentes, dos veces más, comparado con los otros dos grupos

En cuanto a la edad de las madres, la tabla 4 se compara la edad por grupos de riesgo.

⁶ En la tabla 3 con los rangos de edad de los padres se establece una comparación de la etapa de vida en que tuvieron al hijo que proporcionó esta información en el cuestionario sociodemográfico

Las mamás en general presentaron la tendencia a ser madres durante sus años de juventud y adolescencia (Ver Tabla 4). El grupo de riesgo mayor tuvo el porcentaje más alto de madres adolescentes, en este mismo grupo no se reportó madres adultas de 40 o más años.

Tabla 4. Edad de las madres por grupo de riesgo⁷

		Sin R.	R.Menor	R.Mayor
<u>Edad en la que fue</u>	<u>Madre</u>			
Adolescente	≤14-19	28%	21.7%	31%
Joven	20-29	56.4%	56%	62.1%
Adulto Joven	30-39	14.5%	18%	6.9 %
Adulto	40≥	1.1%	4.3%	-
N Total 403				

Las familias de los tres grupos tienen en su mayoría entre dos y tres hijos, el grupo de riesgo mayor reporta el porcentaje mayor de tres hijos e incluso de cinco hijos (Ver Fig 5).

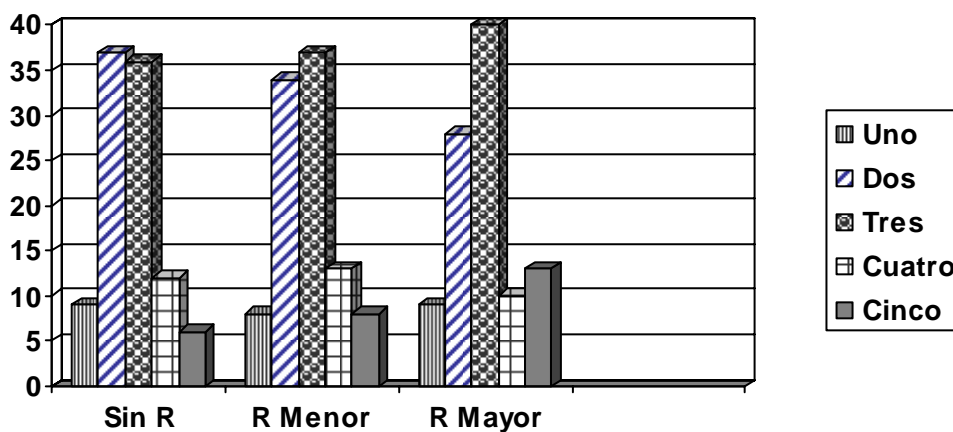


Figura 5. Número de hijos por Grupo de Riesgo

⁷ De forma similar a lo realizado en la tabla 3, se estableció una comparación entre los rangos de edad de las madres, lo cual ayudó a conocer en qué etapa de la vida estas mujeres fueron madres de los adolescentes que contestaron el cuestionario sociodemográfico.

En cuanto al tamaño de la vivienda familiar, el 78% del grupo sin riesgo y 79% del grupo de riesgo mayor percibieron el espacio de la vivienda como suficientemente amplio, comparado el 65% reportado por el grupo de riesgo menor. De los que consideraron que viven amontonados o muy amontonados el 20.6% pertenecía al grupo de riesgo menor. Reportan vivir en hacinamiento⁸ el 14.3% del grupo de riesgo menor, 9.6% de los adolescentes sin riesgo y solo 3.4% del grupo de riesgo mayor.

En general todos los grupos reportaron contar con los servicios básicos de agua y luz. Dos indicadores que describieron una situación económica menor fueron, tener agua y baño fuera de la casa.. El 14.9% del grupo sin riesgo y 13% del grupo riesgo mayor indicaron tener agua fuera de la casa, el grupo de riesgo menor es el que más reportó (15.2%) tener baño fuera de la casa.

Las ocupaciones de los padres de acuerdo a los mayores porcentajes reportados fueron: empleados, negocio propio y obreros, el grupo sin riesgo tuvo un menor porcentaje de padres obreros.

Según los adolescentes, en los tres grupos el sostén económico lo brindan ambos padres, en segundo lugar, el padre exclusivamente, la aportación económica de la madre va progresivamente aumentando hasta ser más significativa en el grupo de riesgo mayor.

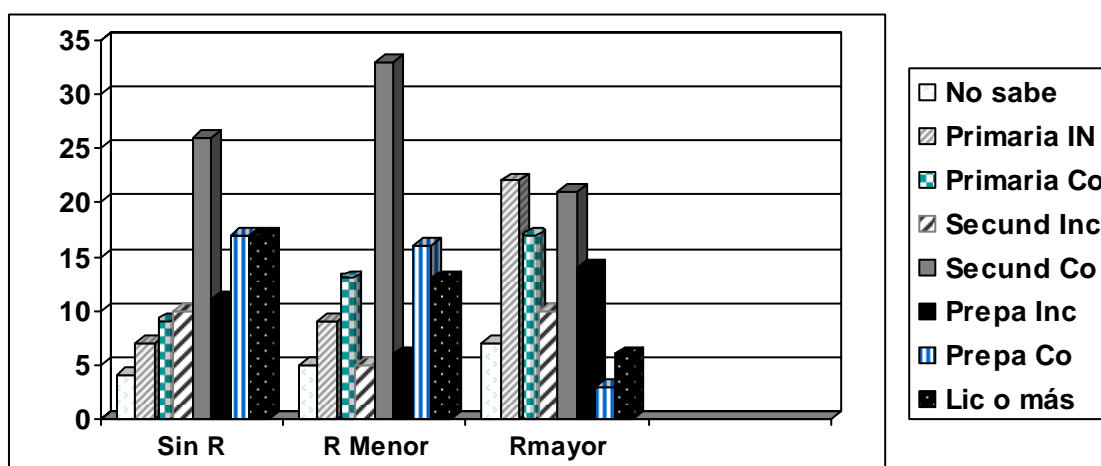


Figura 6. Grado de estudios del padre por grupo de riesgo

⁸ El índice de hacinamiento fue calculado con el número de personas que viven en el domicilio entre el número de cuartos para dormir.

El nivel de estudios de los padres más reportado en los grupos sin riesgo y riesgo menor fue secundaria completa, en el de riesgo mayor fue primaria incompleta. El grupo de padres que tuvo mayor grado de estudios de licenciatura o más fue el grupo sin riesgo (Ver Fig 6).

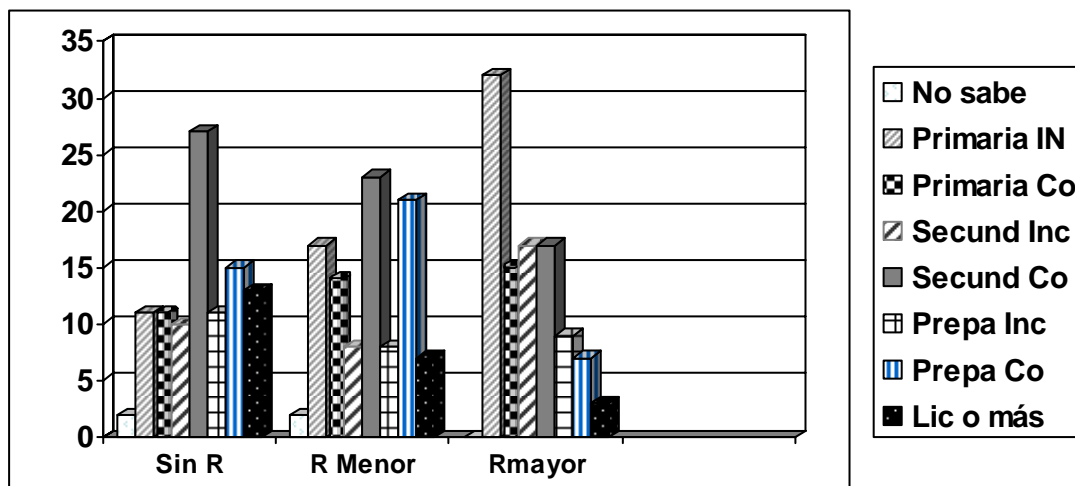


Figura 7. Grado de estudios de la madre por grupo de riesgo

El grado de estudios más reportado en las madres del grupo sin riesgo y riesgo menor fue secundaria completa. Las madres del grupo sin riesgo son las que más tuvieron estudios universitarios (licenciatura o más); las madres del grupo de riesgo menor llegaron al de nivel preparatoria completa. Mientras que las madres del grupo de riesgo mayor dejaron de estudiar en la primaria (Ver Fig7).

Otro dato importante del rubro escolar fue la expectativa escolar, que se exploró mediante las siguientes preguntas: ¿Hasta que nivel de estudios esperas llegar? y ¿Hasta que nivel de estudios tus padres o tutores esperan que llegues?

En el grupo sin riesgo, se observaron coincidencias en un 90% o más entre padres e hijos, que eligieron el nivel universitario como en grado hasta el cual se quiere avanzar en los estudios.

Los adolescentes del grupo de riesgo menor manifestaron mayores expectativas de llegar a la universidad (84%) que la expectativa de sus padres (79%),

y en el grupo de riesgo mayor la diferencia de la expectativa de estudios entre padres e hijos fue bastante notoria, 82% de los adolescentes de este grupo esperan llegar al nivel universitario en cambio solo el 68% de sus padres tienen la misma expectativa, para el 24.1% de sus padres espera que sus hijos terminen la preparatoria.

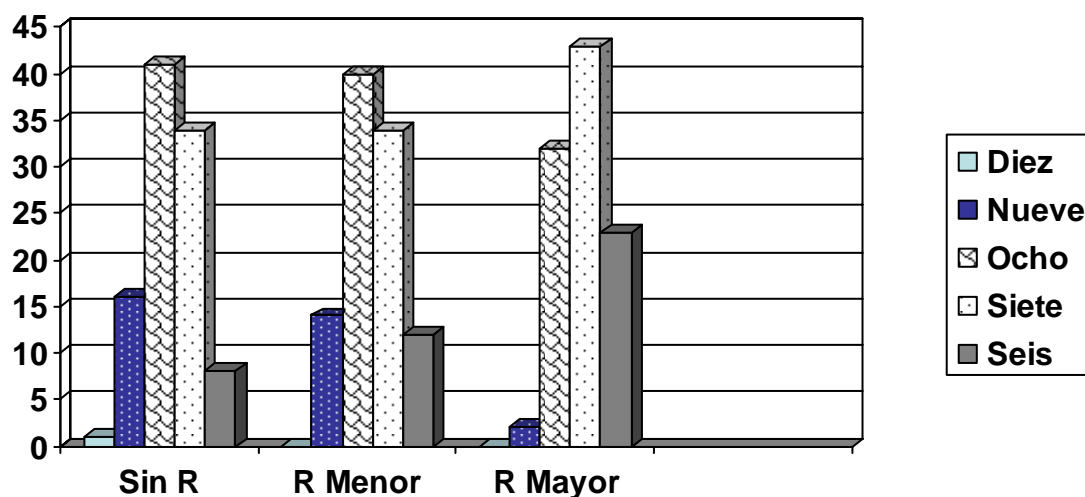


Figura 8. Comparación de Promedios por grupo de riesgo

Por otro lado se indagó el promedio de calificaciones de los adolescentes(Ver Fig 8), observando una similitud entre los grupos sin riesgo y de riesgo menor los promedios más altos fueron ocho y siete respectivamente, en el caso del grupo de riesgo mayor los promedios estuvieron entre siete y seis.

Varios análisis de anova simple ($P \leq .05$), encontraron que entre las características sociodemográficas el promedio de calificaciones de los adolescentes (.009) y la edad de la madre (.017.) fueron significativos.

Conclusiones - Características sociodemográficas

Tomando en cuenta todos estos datos sociodemográficos se puede integrar un perfil de los adolescentes en mayor riesgo, son hombres estudiantes que acuden a secundaria vespertina y preparatoria en su mayoría, aparentemente pertenecen a una condición socioeconómica menor en comparación con los otros dos grupos.

El nivel educativo de ambos padres es significativamente más bajo en comparación con los padres de los grupos de riesgo menor y sin riesgo, la mayoría de las madres de estos adolescentes dejó de estudiar en la primaria, el nivel de estudios de sus padres es similar al de sus madres, aunque los padres tienden a alcanzar en mayor proporción la secundaria.

Los adolescentes en riesgo mayor expresaron interés en continuar estudios y llegar hasta la universidad, aunque en menor porcentaje que los adolescentes sin riesgo y riesgo menor. Cuando se comparó las expectativas de los adolescentes de este grupo con la de sus padres respecto al grado escolar ideal para alcanzar, se observó que estos padres esperaron menos ya que expresan el término de refirieron el término de la preparatoria y en menor proporción consideraron la universidad como la meta superior para sus hijos.

Otro indicador que resultó importante para conocer el área escolar fue el promedio de calificaciones, los adolescentes de riesgo mayor reportaron los promedios más bajos entre todos los grupos, lo que señaló una discrepancia entre los deseos de ingresar a la universidad y la posibilidad de hacerlo, al menos en las opciones de educación superior pública que tienen el prerrequisito de llegar con un buen promedio..

Por otro lado los jóvenes en riesgo pertenecieron más a dos tipos de familias, las familias reconstituidas en las que los padres se volvieron a casar o unir y se da la convivencia con medios hermanos y hermanastros, además de las familias uniparentales con un solo padre o madre.

Las familias de estos adolescentes en riesgo tuvieron un promedio de tres hijos en algunos casos hasta cinco; sus padres ejercieron la paternidad durante sus años de juventud y adolescencia, sus madres pasaron por la experiencia de la maternidad en la edad de la adolescencia o siendo jóvenes en su mayoría, las dinámicas familiares de las estos adolescentes son aspectos que requieren de mayor investigación.

Las condiciones de vivienda en la percepción de los adolescentes en riesgo mayor fue de un espacio suficiente, el índice de hacinamiento reportado fue menor que en los otros grupos.

CONDUCTA SEXUAL

En este apartado los resultados fueron organizados de acuerdo las secciones propuesta por el instrumento CDA, iniciando en los hitos importantes de la pubertad, conducta sexual en los tres grupos, seguidos de la conducta sexual coital y de riesgo en los dos grupos en riesgo; en algunos apartados también se reportan resultados por sexo.

Pubertad

Relaciones afectivas y de atracción

Tabla 5. Pubertad y percepción de desarrollo hombres por grupo

<u>Primera Eyacuación</u>	<u>Grupos</u>		
	<u>Sin riesgo</u>	<u>Riesgo Menor</u>	<u>Riesgo Mayor</u>
9-11 años	18%	32.7%	31.8%
12-17 años	82%	67.3%	68.2%
<u>Percibe su desarrollo</u>			
Adelantado	10.5%	12.2%	22.7%
Igual a los otros	86%	83.7%	77.3%
Tardío	3.8%	4.1%	-

Hombres N Total=204

Independientemente del grupo al cual pertenecían la mayoría de los jóvenes reportaron su primera eyacuación entre los 12 y 17, la maduración temprana fue más común para los grupos de riesgo menor 32.7% y mayor 31.8%. El grupo de riesgo mayor percibió su desarrollo como adelantado, dos veces más (22.7 %) que los del grupo sin riesgo (10%).

El evento de la menarca se presentó en general entre los 12 y 17 años en los tres grupos, las adolescentes que reportaron su menarca entre los 9 y 11 fueron en su mayoría del grupo de riesgo mayor. Las chicas del grupo de riesgo mayor percibieron su desarrollo como “adelantado” en un porcentaje de 22.7%, al menos dos veces más que el grupo sin riesgo (Ver Tabla 6). .

Tabla 6. Pubertad y percepción de desarrollo mujeres por grupo

Menarca	Grupos		
	Sin riesgo	Riesgo Menor	Riesgo Mayor
9-11 años	22.8%	27.9%	28.6%
12-17 años	77.2%	71.2%	71.4%
<u>Percibe su desarrollo</u>			
Adelantado	5.3%	12.4 %	22.7%
Igual a los otros	86 %	88.6%	77.3%
Tardío	8.7%	-	-

Mujeres N= 199

El noviazgo fue una experiencia común en los adolescentes de los tres grupos de hombres; la amistad fue más reportada por el grupo sin riesgo, mientras que las relaciones por atracción sexual fueron preferidas por el grupo en riesgo mayor (Ver Fig 9.),

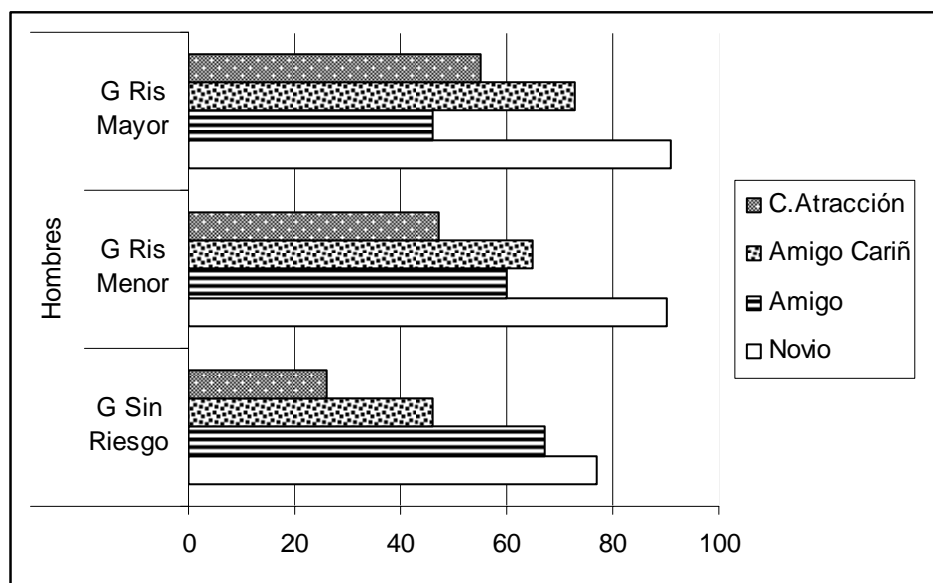


Fig. 9. Relaciones de afecto-atracción hombres por grupo

En el caso de las mujeres las relaciones de amistad se mantuvieron presentes en los tres grupos, las relaciones casuales de atracción sexual y los amigos cariñosos aumentan a la par del incremento del nivel de riesgo (Ver Fig10).

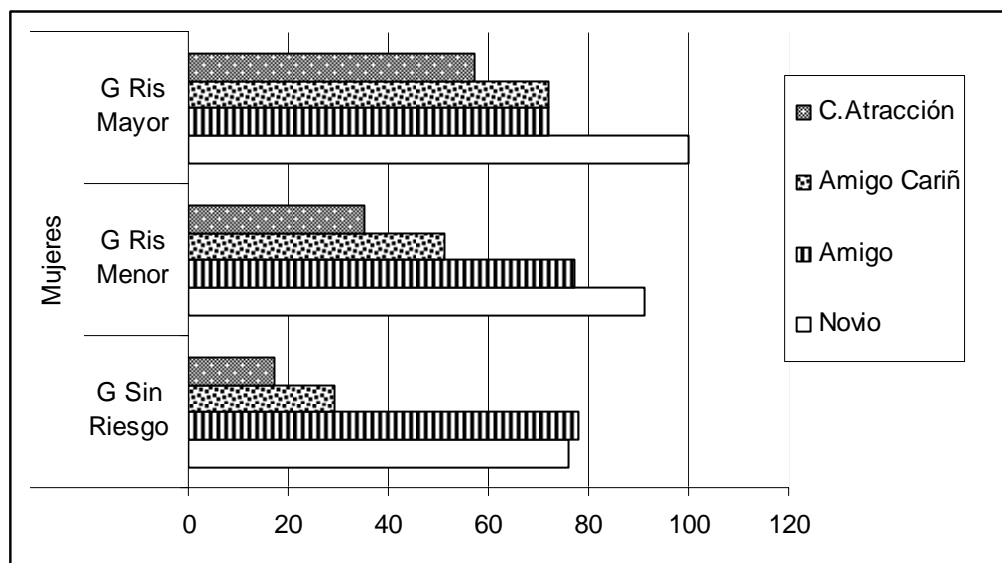


Fig. 10. Relaciones de afecto-atracción en mujeres por grupo

El análisis de Chi2 sugirió diferencias significativas del tipo de relaciones que tienen los adolescentes (Ver Tabla7).

Tabla .7. Relaciones afectivas y de atracción por grupo de riesgo

Tipo de Relación	Sin R	R Menor	R Mayor	X ²	P
Noviazgo	53.6	20.6	6.7	11.342	.000
Amistad	51.6	15.4	3.7	6.804	.003
Amistad-atracción	25.8	13.4	5.2	23.294	.000
Casual-atracción	15.1	9.4	4.0	24.037	.000

G. Sin Riesgo N= 282
 G. Riesgo Menor N= 92
 G. Riesgo Mayor N= 29

*P≤ .05

Para el grupo sin riesgo todas las relaciones fueron más significativas, esto puede relacionarse con la primera etapa adolescente en la que se está aprendiendo a establecer estas relaciones y todas demandan el despliegue de diferentes habilidades sociales y de comunicación.

Este mismo análisis por sexo, indicó que para las mujeres fue más significativa la relación de amistad ($X^2 = 8.815$, $p = .000$), en tanto que la amistad con atracción "amigo cariñoso(a)" ($X^2 = 14.261$, $p = .003$) y la relaciones casuales por atracción

($X^2 = 7.093$, $p = .008$) resultaron más significativas para los hombres. El noviazgo no mostró diferencias por sexo.

Conducta sexual- acercamientos

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

Las mujeres manifestaron mayor interés en ligar desde que ocurrieron sus cambios físicos en la pubertad, el interés aumentó progresivamente con el nivel de riesgo. La mayoría mantuvo su acercamiento en fajar encima de la ropa. En el grupo de riesgo menor sobresalieron los contactos homosexuales, la práctica de sexo oral se reportó más en el grupo de riesgo mayor (Ver Fig11).

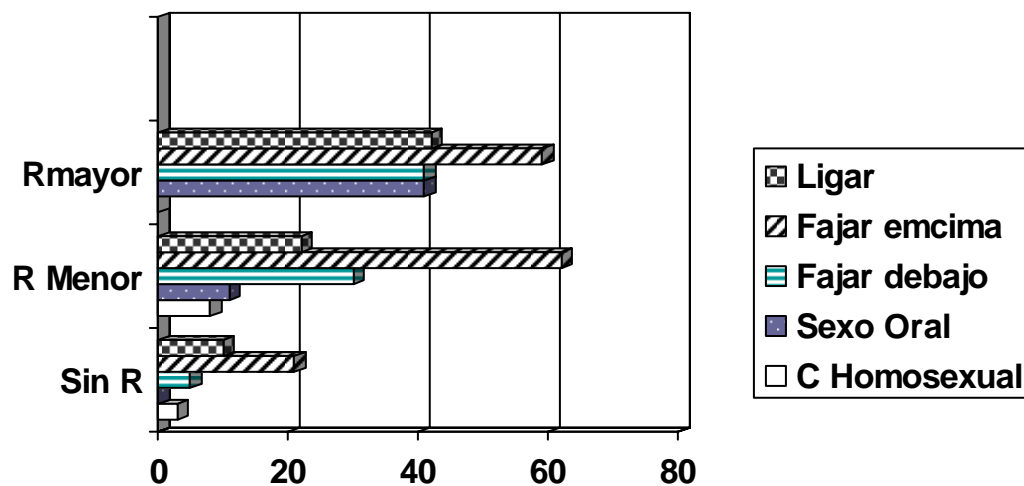


Fig.11 Acercamientos sexuales de mujeres por grupo

En la figura 12, los hombres de los tres grupos admitieron escasos contactos homosexuales. Las conductas de ligar, fajar y sexo oral fueron en aumento progresivo siendo más reportadas en el grupo de mayor riesgo.

La prueba de Chi 2 ($P \geq .05$) fortaleció estos resultados encontrados, las conductas sexuales de acercamiento fueron significativamente diferentes en los hombres como fajar debajo de la ropa ($X^2 = 29.398$, $p = .000$), fajar por encima de la ropa ($X^2 = 10.461$, $p = .001$) y sexo oral ($X^2 = 6.429$, $p = .011$).

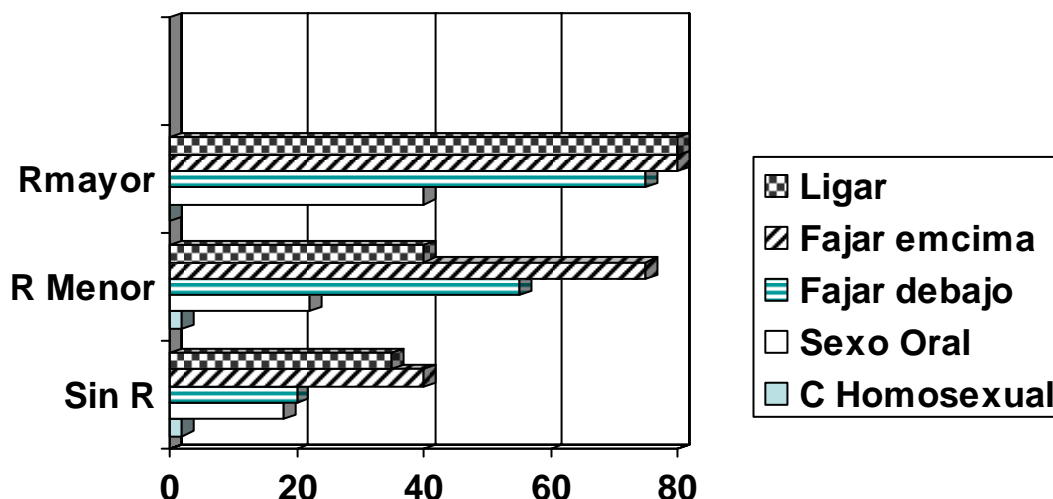


Fig.12. Acercamientos sexuales de hombres por grupo

Los contactos sexuales de los adolescentes van en aumento, cada adolescente elegirá el curso que quiere tomar. Lo que para varios autores permite recobrar su conciencia e identidad sexual, formarte de este proceso a la experiencia de recibir y hacer propuestas sexuales. Los datos muestran que los adolescentes hombres recibieron más propuestas sexuales (Ver Tabla 8) en relación a las que ellos hicieron.

Las conductas de hacer propuestas y recibir propuestas sexuales aumentan con el nivel de riesgo mayor, en general los adolescentes que hacen propuestas la hacen a su pareja, aunque los adolescentes de mayor riesgo son los que más propuestas sexuales hacen a personas que acaban de conocer.

Tabla 8. Hacer y recibir propuestas sexuales por grupos de riesgo hombres

Recibir Propuestas	Grupos		
	Sin riesgo	Riesgo Menor	Riesgo Mayor
De un amigo/a	9%	24.5%	72.7%
De la pareja	9%	59.2%	59.1%
De alguien nuevo	3.8%	14.3%	54.5%
Hacer Propuestas sexuales			
A un amigo/a	1.5%	8.2%	31.8%
A la pareja	3.8%	55.1%	72.7%
Alguien nuevo	1.5%	4.1%	22.7%

Hombres N Total = 204

En el caso de las mujeres recibieron más propuestas sexuales de las que hicieron, principalmente de la pareja y amigos, solo las jóvenes del grupo de riesgo mayor admiten haber recibido propuestas de alguien que acaban de conocer. Las pocas mujeres que hacen propuestas sexuales, las hacen a sus parejas.

Se realizó la prueba de Chi 2 ($P \geq .05$) para conocer las diferencias por sexo, esta mostró que los hombres adolescentes reciben más propuestas sexuales de alguien que acaban de conocer ($X^2 = 6.645$, $p = .010$) y de una amistad ($X^2 = 6.645$, $p = .010$). Recibir propuestas de la pareja no mostró diferencias significativas, es decir que hombres y mujeres reciben propuestas sexuales de sus parejas. o tienden a alardear sobre la probabilidad de tener interacción sexual.

Los hombres nuevamente hicieron más propuestas a sus parejas ($X^2 = 30.409$, $p = .000$) y a una amiga(o) ($X^2 = 6.645$, $p = .010$) en comparación con las mujeres, hacer propuestas a alguien que se acaba de conocer no mostró diferencias por sexo.

Otro elemento importante para describir la conducta sexual adolescente fue conocer la intención de tener relaciones sexuales en los siguientes 12 meses, para este análisis sólo se tomó en cuenta a los grupos de riesgo menor y sin riesgo, ya que la intención pesa más para quienes no han tenido aún relaciones sexuales; en el caso del grupo de riesgo menor una proporción ya tuvo la experiencia de tener relaciones sexuales.

Cuando se comparó al grupo sin riesgo por sexo se observó que las mujeres manifestaron tener menor intención de iniciar vida sexual (1.3%) comparando con de los hombres 21% (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Intención de inicio sexual siguientes por sexo y grupo

<u>Grupo Sin Riesgo (N=282)</u>					
<u>Sexo</u>		<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>No se</u>	
Mujeres		1.3%	62.4%	36.2%	
Hombres		21%	23.3%	55.6%	
<u>Grupo Riesgo Menor (N= 92)</u>					
<u>Sexo</u>	<u>Ya Tuve</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>No se</u>	
Mujeres	34.9%	9.3%	23.3%	32.6%	
Hombres	28.6%	30.6%	8.2%	32.7%	
Total Mujeres= 199			Total Muestra=403		
Total Hombres=203					

Los hombres del grupo sin riesgo manifestaron mayor intención de tener relaciones sexuales el siguiente año, en este mismo nivel de riesgo más de la mitad de las mujeres no desearon iniciar vida sexual el siguiente año. Las mujeres del grupo de riesgo menor reportaron tener relaciones sexuales más que los hombres.

La diferencia por sexo en cuanto a intención quedó corroborada con la prueba Chi 2 ($P \geq .05$), ($X^2 = 77.065$, $p = .000$) los hombres tuvieron más intención de iniciar vida sexual (Ver Tabla9).

Por otro lado se indagó sobre los factores de riesgo antecedentes como haber presentado síntomas de ITS, embarazo adolescente en alguien cercano y haber recibido presiones para tener relaciones sexuales (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Antecedentes de síntomas ITS por grupo de riesgo

Síntomas		Grupos Riesgo			X^2	Sig
		Sin R	R Menor	R Mayor		
Dolor al Orinar	3.5	5.2	1.2	26,625	.000	
Granitos en Genitales		1.7	1.5	.5	4,037	NS
Secreción c/ mal olor		.5	1.2	.7	14,387	.001
Flujo		2	3.2	.7	16.872	.000
<u>Tener alguna ITS</u>						
Si		0	.5	1	290,430	.000
No se		0	.7	.2		

G. Sin Riesgo N= 282

G. Riesgo Menor N= 92

G. Riesgo Mayor N= 29

* $P \leq .05$

De los síntomas comunes de ITS, fueron significativos dolor al orinar, mal olor y flujo en el grupo de riesgo menor; sólo el flujo resultó significativo Chi2 ($P \leq .05$) ($X^2 = 14,836$, $gl = 1$, $p = .000$) para las mujeres. Si embargo, esta evidencia no es concluyente ya que para afirmar un diagnóstico de ITS sería importante tener alguna medición biológica.

Los pocos caso que afirmaron haber tenido alguna ITS estuvieron en el grupo de riesgo, tampoco se encontraron diferencias por sexo.

El grupo sin riesgo es el que menos personas cercanas reportó con antecedentes de embarazo adolescente (Ver Tabla 11). De los adolescentes que sí manifestaron conocer personas cercanas que pasaron por esta experiencia reportaron a sus hermanas o primos.

Tabla 11. Embarazo adolescente en conocidos por grupo de riesgo

Conoce	Grupos Riesgo			X ²	gl	Sig	
	Sin R	R Menor	R Mayor				
Nadie		31.8	5.7	1	34.462	6	.000
Amigo(a)							
Cercano(a)		8.7	4.5	1.7			
Hermana(o)/							
Primo		20.1	6	1.2			
2 o + familiares	9.4	6.7	3.2				
O amigos cercanos							

G. Sin Riesgo N= 282
G. Riesgo Menor N= 92
G. Riesgo Mayor N= 29

*P≤ .05

En el caso de los adolescentes de riesgo mayor y menor, mencionaron incluso dos o más familiares cercanos o amigos que pasaron por la experiencia del embarazo adolescente.

Mediante la prueba Chi2 (P≤ .05) se encontró que las mujeres tienen más personas cercanas con antecedentes de embarazo adolescente, en general otras mujeres que se embarazaron durante su adolescencia (X² = 22,724, gl= 8, p= .004). Lo cual también podría mostrar su interés mayor o motivación para hablar de este tema.

Tabla 12. Recibió presión para tener relaciones sexuales por grupo de riesgo

Persona	Grupos Riesgo			X ²	gl	Sig
	Sin R	R Menor	R Mayor			
Nadie	68,7	19.9	5.0	76.086	6	.000
Un familiar	0	.5	.7			
Desconocido	.2	0	.5			
Amigo	.7	1.5	0			
Mi pareja	.2	1.0	1.2			

G. Sin Riesgo N= 282
G. Riesgo Menor N= 92
G. Riesgo Mayor N= 29

*P≤ .05

La pareja del grupo de riesgo mayor fue la persona principal que presionó a los adolescentes para tener relaciones sexuales. Las otras personas que presionaron fueron un familiar y un desconocido comparado con los otros grupos.

Por otro lado, se indagó si los adolescentes presionaron a alguien para tener relaciones sexuales, la respuesta fue afirmativa en el grupo de riesgo mayor, quienes

la reportaron esta conducta más que otros grupos, lo que fue ratificado por los resultados de la prueba Chi2 ($P \leq .05$) ($X^2 = 38.059$, $gl = 4$, $p = .000$).

También se indagó sobre las conductas de agresión sexual como tocamientos sexuales y abuso sexual de parte de otros hacia el adolescente. El grupo de riesgo mayor fue el que destacó más este tipo de contactos, recibieron tocamientos sexuales sin su consentimiento el 31% de los de riesgo mayor, 21.7% de los de riesgo menor y 3.5% en los de sin riesgo.

De los que pasaron por la experiencia de haber sido forzados a tener una relación sexual, se registró 6.5% en el grupo de riesgo menor y 6.9% en el grupo de riesgo mayor, resultando un total del de 9 casos de abuso sexual reportados en la muestra total.

El grupo de riesgo mayor reportó tocamientos sexuales sin su consentimiento Chi2 ($P \leq .05$) ($X^2 = 42.574$, $gl = 2$, $p = .000$), así como haber sido forzado para tener relaciones sexuales Chi2 ($P \leq .05$) ($X^2 = 19.038$, $gl = 2$, $p = .000$). Estas mismas situaciones de agresión no mostraron ninguna diferencia significativa por sexo, es decir que los hombres y mujeres pueden reportar la experiencia.

La pregunta filtro ¿Has tenido relaciones sexuales? diferenció dos condiciones, adolescentes con o sin experiencia sexual coital, los que respondieron positivamente continuaron contestando en los siguientes rubros de conducta sexual coital y conductas sexuales de riesgo. Del grupo que no tuvo relaciones sexuales fue importante conocer sus motivos para no iniciar vida sexual.



Figura 13. Motivos para no tener relaciones sexuales

El primer motivo fue no estar preparado para tener relaciones sexuales, luego esperar a alguien que ellos amen para iniciar vida sexual, seguido de miedo al embarazo, fueron los motivos más frecuentes.

Otros motivo por el cual no les interesó tener relaciones sexuales en este momento fue por que quieren concentrarse en sus estudios, lo que fue confirmado por la prueba Chi2 ($P \leq .05$) ($X^2 = 252,889$, $gl= 6$, $p= .000$).

En cuanto a la diferencia por sexo el resultado de la prueba Chi2 ($P \leq .05$) determinó que para los hombres el motivo más relevante fue no estar preparado ($X^2 = 26,184$, $p= .000$), para las mujeres “quiero concentrarme en Mis estudios” ($X^2 = 26, 588$, $p= .000$), los otros motivos: miedo al embarazo, el miedo al contagio de ITS, esperar alguien a quien ame y no me interesa en este momento no mostraron diferencias por sexo.

Hasta este punto los datos muestran una tendencia a que la conducta sexual masculina sea más expresada, las mujeres no son tan directas en manifestar conductas sexuales, aparentemente subreportaron conductas por que no se espera socialmente que ellas las tengan. Sin embargo, en las entrevistas con las adolescentes mayores se pudo observar un cambio en la conducta sexual femenina como se ilustra en los siguientes relatos:

Sexualidad más abierta

“El sexo y la sexualidad ahora es normal, por ejemplo se ve más chavas embarazadas, creo que les gana la calentura, no piensan en lo que pueda pasar, ni se les ocurre usar condón, es más no importa ser virgen ni a los 10 ni a los 15, ya pasó de moda ser virgen, somos más desatadas, claro que en algunas cosas la juventud esta mal... como el sida por no usar preservativo”.
(Adolescente- Mujer 18 años)

“Tanto las chavas como los chavos van a tener relaciones y ahí muere. Andan con una consiguen lo que quieren y ya estuvo. Eso es lo que me cuentan mis valedores (se refiere a amigos). Las relaciones duran lo que tardan en convencerla, le dicen los “te amo” necesarios”
(Adolescente-Hombre 18 años)

A los hombres se les alienta a experimentar

“A mi hermano no le dicen nada cuando está con su chava, se la pasan fajando..., mi papá me pregunta que yo para cuando”
(Adolescente hombre 14 años)

La diversidad de relaciones que tienen los adolescentes en la actualidad dan pie a la experimentación sexual, muchos acercamientos se dieron con personas que tienen cercanía afectiva, pero esto no es una regla, pudieran buscar la experimentación como un motivo en sí mismo.

Experimentación en mujeres- posibles parejas sexuales

“Las rezagadas piensan, yo soy la única que no ha tenido relaciones, entonces lo hacen para experimentar, luego se sienten mal, todo por saber qué se siente”

(Entrevistador) ¿Cómo actúan las rezagadas?

” Van a fiestas a ver lo que encuentren y si no de perdís con el amigo. Claro se sienten más confiadas por que el amigo te conoce más, sabe como soy, hasta puede resultar mejor que con el novio, que espera que ya estés dispuesta después del beso y abrazo”. (Adolescente- Mujer 17)

Quizá estos relatos son una muestra de lo que no se dice, si bien se trata de adolescentes mayores, es importante reconocer la presencia de nuevos modelos de feminidad, que posiblemente sean la referencia para que las jóvenes se permitan experimentar casi igual que los hombres de su edad.

Conducta Sexual Coital

En este apartado se reportan los resultados de los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales del grupo riesgo menor N= 62 y todo el grupo de riesgo mayor N=29.

Tabla. 13 Edad del adolescente y su pareja sexual -1ra relación sexual

Sexo	Edad adolescente	Diferencia de edad c/pareja sexual
Mujeres		
Riesgo Menor	16,6 años	+ 6 meses (mayor)
Mujeres		
Riesgo Mayor	14 años	+ 4.5 años (mayor)
Hombres		
Riesgo Menor	15 años	= misma edad
Hombres Riesgo Mayor	13.5 años	+ 3 años (mayor)

Grupo R Menor N Total =92

Grupo R Mayor N Total= 29

La Tabla 13 muestra que los hombres iniciaron su vida sexual a menor edad que las mujeres, lo cual es más notorio en el grupo de riesgo mayor.

Los hombres y mujeres del grupo de riesgo menor inician vida sexual con parejas que tienen edad similar (pares); las mujeres de riesgo mayor tuvieron 4 años o más de diferencia con su primera pareja sexual.

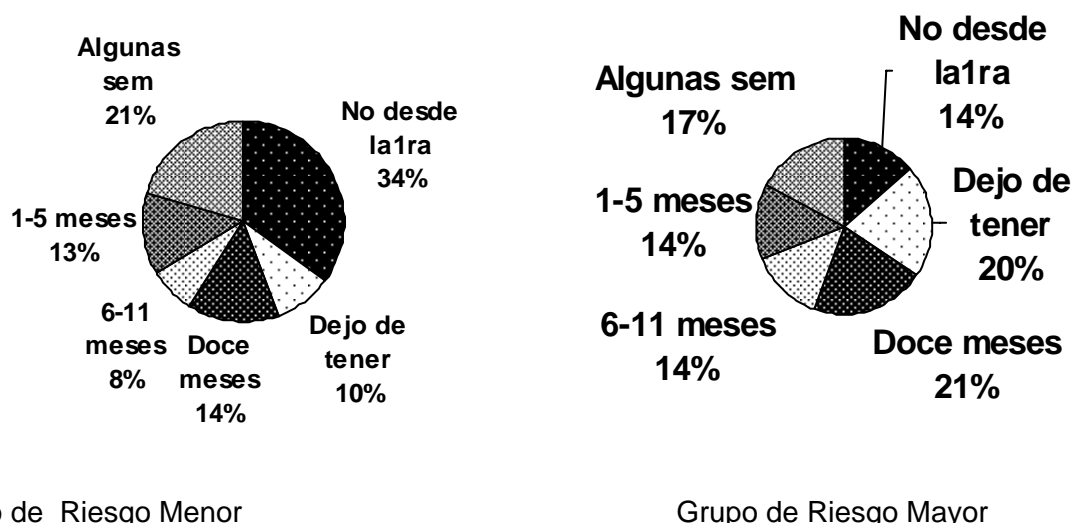


Figura 14 Tiempo de vida sexual por grupo de riesgo

El tiempo de vida sexual también fue un indicador de la conducta sexual adolescente. El 34% del grupo de riesgo menor ya no tuvo relaciones sexuales desde la primera vez, el 14 % reportó un año de vida sexual. Por otro lado el 20% del grupo de riesgo mayor ya no tuvo relaciones sexuales, 21% reportó 12 meses de vida sexual (Ver Fig.14).

El 35.7% de las mujeres del grupo de riesgo menor ya no tuvo relaciones sexuales desde la primera vez, el 25% inició hace algunas semanas(del momento de la evaluación) y el 17,9% reportó 12 meses de vida sexual. En contraste el 45% de las jóvenes de riesgo mayor reportó entre 1 a 5 meses de vida sexual, el 28.6% ya no tuvo relaciones sexuales.

El 35,3% de los hombres del grupo en riesgo menor ya no tuvo relaciones desde la primera vez, 14.7% reportó un tiempo de actividad sexual entre un mes y 5 meses. En contraste 27.3% de los del grupo de riesgo mayor reportó actividad desde hace un año, el 18,2% dejó de tener relaciones sexuales (Ver Fig14).

El grupo de riesgo menor uso más anticonceptivos en comparación con el de riesgo mayor. El condón fue el método más usado en ambos grupos, las pastillas de emergencia fueron una opción sólo para el grupo de riesgo menor. El 51.7% del grupo de riesgo mayor no utilizó ningún método, el segundo método reportado fue el retiro (Ver Fig15).

La prueba de Chi2 ($P \leq .05$) determinó que la conducta de no usar anticonceptivos fue más significativa para el grupo de riesgo mayor ($X^2 = 126,848$; $p = .000$) y en la pregunta confirmatoria de uso de anticonceptivos en la primera relación sexual el grupo de riesgo menor tuvo una diferencia significativa ($X^2 = 285,896$, $p = .000$).

El 71.4% de mujeres de riesgo mayor no usaron anticonceptivos, comparado con 50, 4% de las jóvenes de riesgo menor. De las jóvenes que sí usaron su elección fue el condón 73,5%, pastillas 5.9%, retiro y pastillas de emergencia 2.9% respectivamente; las jóvenes del grupo de riesgo mayor eligieron el condón 28.6% y el retiro 28.6% como métodos.

El 72.7% de hombres del grupo de riesgo mayor no usó anticonceptivos en la primera relación sexual, el 52.9% de los hombres riesgo menor lo hizo. De aquellos que sí usaron el 73.5% (riesgo menor) prefirió el condón comparado con 36.4% de los jóvenes de riesgo mayor, el su segundo método para este último grupo fue el retiro 9.1%.

El motivo principal para no usar anticonceptivos en ambos grupos fue “las relaciones suceden de pronto”, 61.1% del grupo de riesgo mayor y 19.4% del riesgo menor. “Es incómodo usar” fue el segundo motivo para los de riesgo mayor (20.7%); “solo tengo relaciones con mi pareja” fue el segundo motivo del grupo de menor riesgo (11.3%). Un análisis de Chi2 ($P \leq .05$) encontró que en las mujeres tener relaciones “solo con la pareja” fue el motivo significativo para no usar anticonceptivos ($X^2 = 7,633$; $p = .022$).

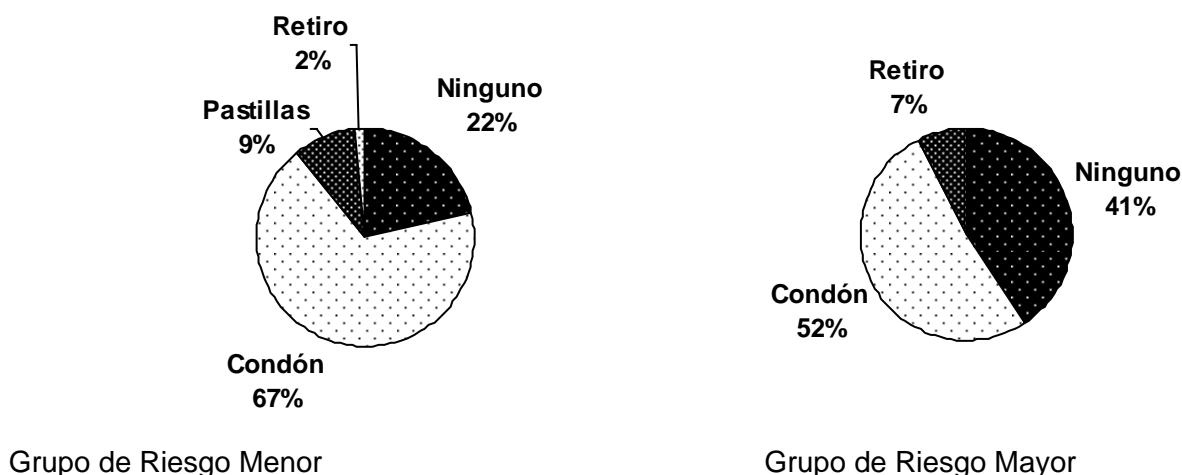


Figura 16. Uso de métodos anticonceptivos subsecuentes por grupo

En las relaciones sexuales siguientes a la primera relación sexual el condón fue el anticonceptivo más usado en ambos grupos, seguido por las pastillas en el grupo de riesgo menor y el retiro en el de riesgo mayor. Un porcentaje importante de los adolescentes del grupo de riesgo mayor mantuvo su tendencia a no usar anticonceptivos (Ver Fig16).

Las mujeres de riesgo mayor reportaron un uso menor de anticonceptivos (57.1%) comparadas con el grupo de riesgo menor (64.3%). El tipo de método de las jóvenes de riesgo mayor fue el retiro 28.6% y luego el condón 14.3%, mientras que el 64.3% de las de riesgo menor usaron el condón como primer método.

Por otro lado el 31.8% de hombres del grupo de riesgo mayor no usó ningún método, la frecuencia de no uso en los de riesgo menor fue de 20.6%.

De los jóvenes que sí usaron, el primer método fue el condón para ambos grupos, las pastillas fueron la segunda opción para del grupo de riesgo menor.

El motivo principal para no usar un anticonceptivo en las relaciones sexuales subsiguientes a la primera relación en ambos grupos de riesgo fue "las relaciones suceden de pronto" 58.6% en el grupo de riesgo mayor y 11% en el de riesgo menor.

El segundo motivo 24.1%, para los de riesgo mayor fue la sensación de incomodidad, para el grupo de riesgo menor el motivo "Sólo tengo relaciones con mi pareja".

Para hombres y mujeres el motivo para no usar anticonceptivos más importante fue “las relaciones suceden de pronto” excepto para las mujeres del grupo de riesgo menor que eligieron “sólo tengo relaciones con mi pareja”.

Otros motivos en los hombres de riesgo mayor fueron no tienen dinero 27.3% para compra y es incómodo al 27.1%., para los hombres de riesgo menor los motivos fueron relacionados a la pareja “a mi pareja no le gusta usar” o “sólo tengo relaciones con mi pareja”.

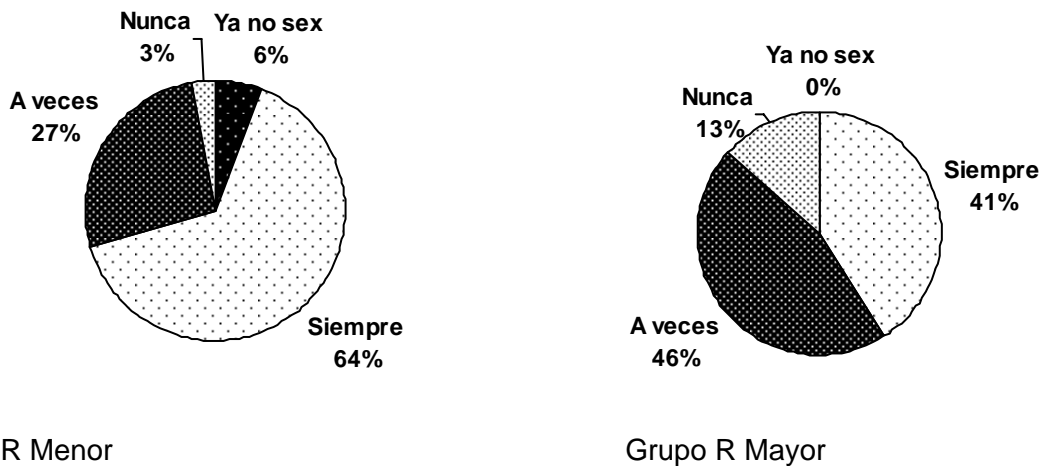


Figura 17.A Frecuencia de uso de condón hombres por grupo

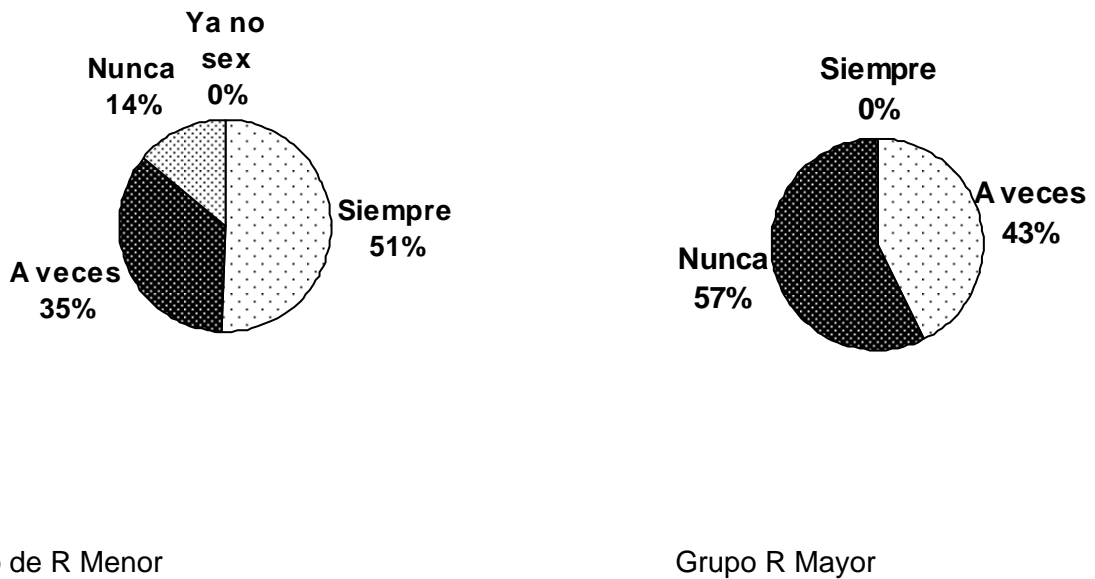


Figura 17.B Frecuencia de uso de condón mujeres por grupo

El uso inconsistente es decir usar “a veces” fue superior en los grupos de riesgo mayor. En las mujeres fue relevante que más del 50% del grupo de mayor riesgo “nunca” usaron condón en sus encuentros sexuales (Ver Figuras 17 A –B)

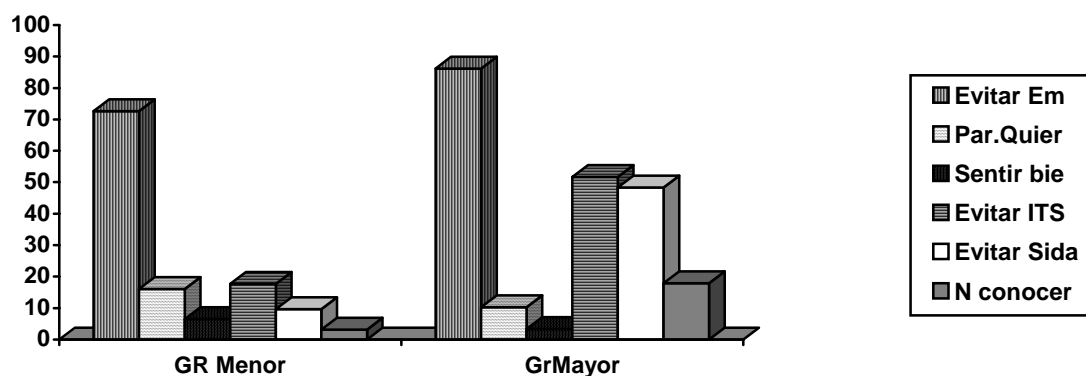


Figura.18 Motivos para usar condón por grupo de riesgo

El motivo más reportado para usar condón en los dos grupos de riesgo fue evitar el embarazo. En el grupo de riesgo menor otros motivos para usar condón fueron mi pareja quiere usar y evitar alguna ITS. Coincidentemente el motivo más destacado para usar condón en hombres y mujeres fue evitar el embarazo seguido de evitar las ITS en hombres y mujeres (Ver Figura 18).

Tabla 15. Motivos para usar condón por grupo de riesgo

Motivo	Grupos Riesgo		χ^2	gl	Sig
	R Menor	R Mayor			
Evitar embarazo	11.9	6,2	215.233	2	.000
Mi pareja quiere	2.7	,7	34.186	2	.000
Se siente bien	1.2	.2	14.821	2	.000
Evitar ITS	10.7	3.7	155.542	2	.000
Evitar el Sida	9.5	3.5	137.027	2	.000
No conoce psex	.7	1.2	42.630	2	.000

G. Riesgo Menor N= 62

G. Riesgo Mayor N= 29

*P≤ .05

Un análisis de Chi 2 ($P \leq .05$) encontró (Ver Tabla 15) que el grupo de riesgo menor usa el condón para evitar el embarazo; el grupo de riesgo mayor usa el condón por que no conoce a la pareja sexual.

Otros dos motivos que resultaron significativos fueron no usó condón por que uso otro anticonceptivos, ratificados con la prueba Chi2 ($P \leq .05$), así como no usar por que no se siente igual fueron motivo para el grupo en riesgo mayor ($X^2 = 378,072$; $p = .000$). Las diferencias por sexo no resultaron significativas.

Las mujeres dijeron no usar de condón porque usan otros anticonceptivos 57.1% del grupo en riesgo menor y 48% del grupo en riesgo mayor; otros motivos fueron confiar en su pareja y tener relaciones sexuales exclusivas.

Conductas Sexuales de Riesgo

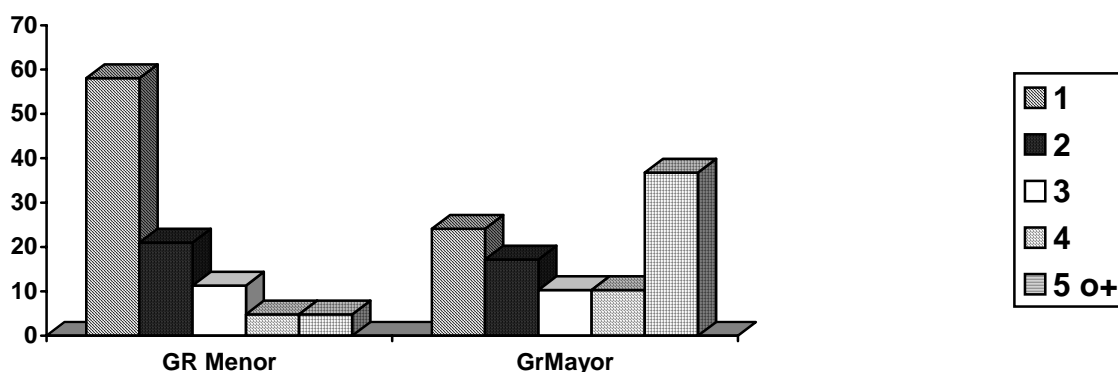


Figura. 19. Número de parejas sexuales en la vida

Se observó que el grupo de riesgo menor tuvo en su mayoría una sola pareja sexual, mientras que más del 30% del grupo del riesgo mayor tuvo 5 o más parejas sexuales.

La mayoría de mujeres del grupo de riesgo menor tuvo una sola pareja sexual (71%) comparado con el grupo de riesgo mayor (57%). Las jóvenes, que tuvieron más parejas sexuales de 2 a 3 (21.4%) y 5 o más parejas (14.3%) pertenecían al grupo de riesgo mayor (Ver Fig 19).

Los hombres del grupo de riesgo menor presentó un patrón similar al de las mujeres de su grupo el 55.9% tuvo una sola pareja sexual y 14.7% reportaron hasta 4 parejas. Por su lado 54.4% de hombres del grupo de riesgo mayor reportó 4 parejas sexuales, 27.3% de 2 a 3, 4.5 % 5 o más (Ver Fig 19).

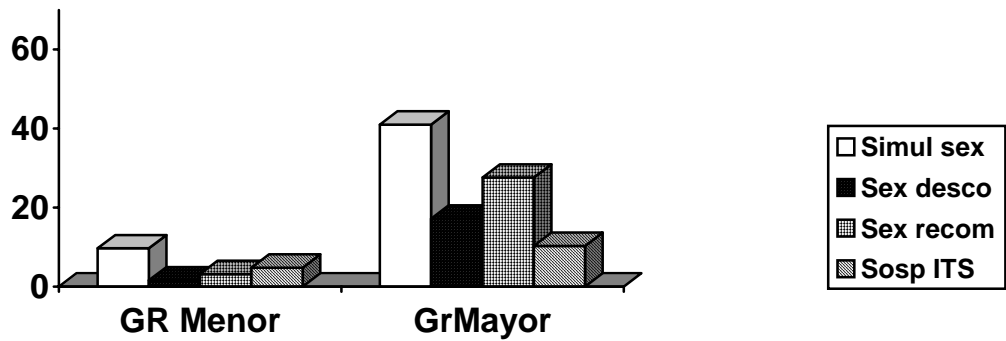


Figura 20. Conductas sexuales de riesgo relacionado a la pareja

Las relaciones sexuales simultáneas fueron las más reportadas en ambos grupos, el 40 % del grupo de riesgo mayor admitió que tiene relaciones sexuales con otras parejas además de la habitual, seguida por el sexo recompensado (a cambio de algo); sexo con desconocidos y la sospecha que su pareja sexual pudo tener alguna ITS. En el grupo de riesgo menor la segunda más relevante fue la sospecha de ITS en su pareja sexual (Ver Fig.20).

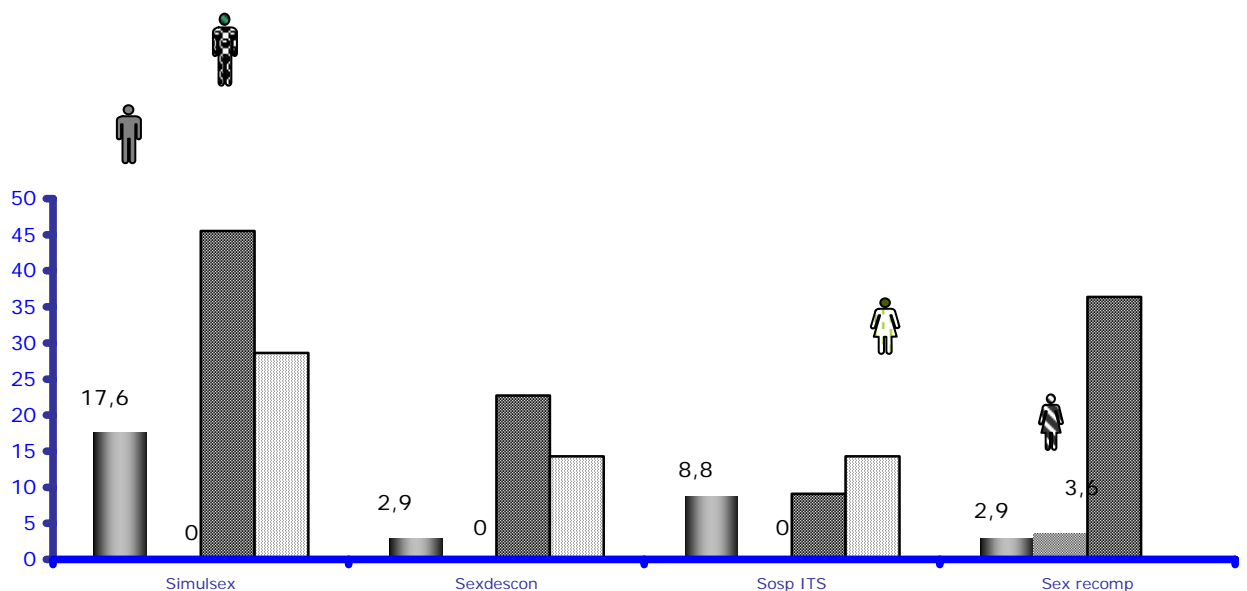


Figura 21. Conductas sexuales de riesgo relacionado a la pareja por sexo

Los hombres y mujeres del grupo de riesgo mayor reportan más relaciones simultáneas comparando con los hombres del grupo de riesgo menor, la tendencia se mantuvo para la conducta de tener relaciones sexuales con desconocidos, los hombres del grupo de riesgo menor reportaron solo 2.9%.

Las mujeres del grupo de riesgo mayor sospecharon que su pareja sexual tuviera ITS, en comparación con los hombres de su grupo y los de riesgo menor (Ver Fig 21).

Los hombres de riesgo mayor reportaron la conducta de sexo recompensado más que los hombres del otro grupo, en el caso de las mujeres solo lo reportan las del grupo de riesgo menor.

En cuanto al consumo de alcohol y droga en la última relación sexual, los adolescentes del grupo de riesgo mayor consumieron alcohol más del 40%, el consumo de droga únicamente fue reportado por el grupo de riesgo mayor. (Ver Fig 22)

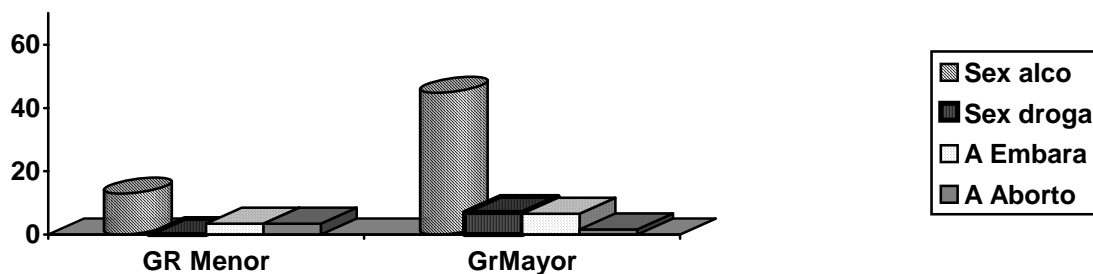


Figura 22. Sexo-alcohol y antecedentes embarazo por grupo

La experiencia de haberse embarazado o haber embarazado a la pareja, fue más reportado en el grupo de riesgo mayor, mientras que el aborto fue el más reportado en el grupo de riesgo menor (Ver Fig 23)

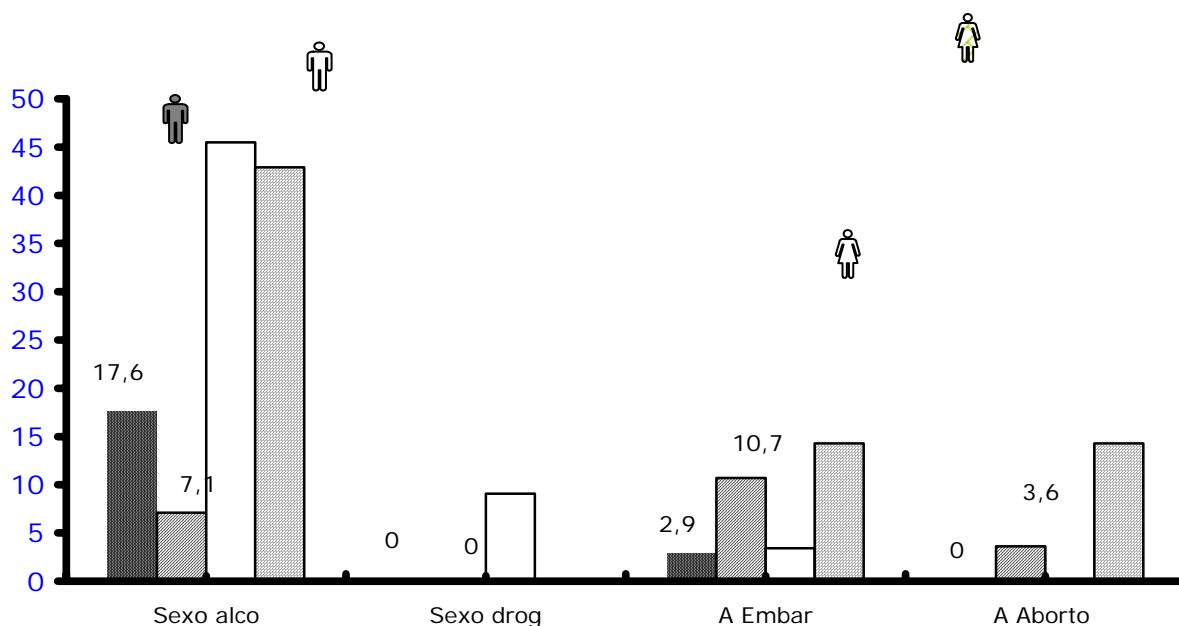


Figura 23. Sexo-alcohol y antecedentes de embarazo- aborto por sexo

El consumo de alcohol en la última relación sexual fue más frecuente en los hombres y mujeres del grupo de riesgo mayor. Solamente 9.1% de los hombres del grupo de riesgo mayor consumieron droga en su última relación sexual

El antecedente de embarazo estuvo presente en el reporte de hombres y mujeres, siendo más notorio en las mujeres del grupo de riesgo mayor. El antecedente de aborto fue mencionado sólo por mujeres del grupo de riesgo mayor (Ver Fig.23).

Tabla 16. Anova conductas sexuales de riesgo por sexo

Conducta	Hombres	Mujeres	χ^2	gl	Sig
Sexo c/desconocido	5,5	,2	26.807	2	.000
Anteced. Embarazo	.2	,7	11.729	2	.008
Anteced. Aborto	0	,7	10.891	2	.004
Sexo c/simultanea	4.	,5	13.224	2	.004
Sexo alcohol	4,6	1,2	7.950	2	.019
Sexo recompensa	2,2	.2	7.349	2	.025

Hombres n Total = 203*
Mujeres N Total =199

$P \leq .05$

Para conocer las diferencias de las conductas sexuales de riesgo entre hombres y mujeres se realizaron análisis de anovas simples, encontrando que tener relaciones sexuales con desconocidos es la más significativa para los hombres, le siguen tener parejas sexuales simultáneas y sexo recompensado, mientras que tener antecedentes de embarazo y aborto fue significativo para las mujeres. El consumo de alcohol en la última relación sexual fue más significativo para los hombres.

Los anteriores resultados se ven ilustrado por los siguiente discursos adolescentes respecto al los contextos en los que se da el riesgo.

Oportunidad para el riesgo- alcohol drogas y sexo

“Todo va junto sexo y droga, Si no te sientes con la droga ayudas, por que así no soy penoso no; sino con el alcohol ,en el alucine ya no te das cuenta, tu cerebro se deja ir gacho. Y claro todo pasa y ya...

(Entrevistadora) ¿Usan condón?

Nel (No) si no te acuerdas en tu sano juicio, mucho menos si estás pedo”.

(Adolescente, Hombre 18 años)

“En las chupafiestas pasa de todo, es puro vicio, todos quieren con-beber, ligar, pueden tener sexo en las fiestas, como se hacen en una casa sola, además qué mejor si la casa es de un chavo, los hombres aprovechan la oportunidad, y creo que se sienten superiores”

(Adolescente- Mujer 17 años).

Recursos y temas de interés en cuanto a sexualidad

La última parte del instrumento CDA recoge por un lado los temas de interés de los adolescentes respecto a la sexualidad y las personas o lugares considerados por ellos como confiables para disipar dudas respecto experiencias o situaciones en la sexualidad.

Las mujeres eligieron los siguiente temas: saber como cuidarse de las ITS (56.8%), el sexo y las relaciones de pareja (54,3), saber cuidarse del VIH (53.8%), y qué es normal y anormal en el sexo (53.8%).

Los temas más importantes para los hombres fueron: saber cuidarse del VIH (54.9%), cuidarse de las ITS (51.5%), saber qué es normal y anormal en el sexo (50%) y evitar un embarazo (44.6%).

En cuanto a recursos, es decir a quién o donde acudirían en caso de tener dudas sobre experiencias y sentimientos referentes a la sexualidad.

Las tres alternativas principales a las que acudirían las jóvenes son: con su mamá 69.8%, al centro de salud 40.7% y con una amiga (o) 33.7%. En situación parecida los jóvenes acudirían con su madre el 52.5%, con su padre el 44.1%, al igual que al centro de salud 44.1%.

La madre es la primera alternativa de los adolescentes de los grupos sin riesgo y riesgo menor. En segundo lugar el adolescente sin riesgo acudiría a su padre y luego al centro de salud, en segundo lugar el adolescentes del grupo de riesgo menor acudiría al centro de salud y luego con un amigo o amiga. Los adolescentes de riesgo mayor irían al centro de salud como primera opción luego con la madre y con su pareja.

Tabla 17. Temas de interés en la sexualidad por Grupo de Riesgo

	Sin R	R Menor	R Mayor
Saber cuidarse del VIH	55.7%	52.2%	48.3%
Saber cuidarse de las ITS	54.6%	55.4%	44.8%
Que es normal y anormal sex	52.5%	51.1%	48.3%
Evitar un embarazo	50%	45.7%	44.8%
Reconocer un embarazo	34.9%	-	-
Sexo y relaciones de pareja	-	47.8%	-
Uso de anticonceptivos	-	-	41.4%

Muestra total N= 403

La Tabla 17.muestra los cinco principales temas por grupo de riesgo, queda explícita la necesidad de recibir información sobre VIH e ITS, la preocupación por saber que es normal y anormal en las manifestaciones sexuales, y las formas de evitar un embarazo. El embarazo parece un tema importante para los adolescentes sin riesgo, mientras que las relaciones de pareja y lo que se juega en la sexualidad es un tema para los de riesgo menor. Finalmente los de mayor riesgo indicaron que les falta conocer más sobre uso de anticonceptivos.

Conclusiones- Conducta sexual y de riesgo

Las trayectorias de desarrollo en la conducta sexual son distintas para hombres y mujeres, en general los hitos de la pubertad se dieron en edades cronológicas esperadas, sin embargo los adolescentes de riesgo hombres y mujeres percibieron su desarrollo como adelantado, esto trae el antecedente del cambio hormonal que va facilitando las manifestaciones de la conducta sexual.

En cuanto a los acercamientos, los hombres del grupo de riesgo refieren acercamientos más sexuales que afectivos, mientras que las adolescentes reconocen manifestaciones menos sexuales que valoran vínculos afectivos como la amistad. Los chicos van en busca de relaciones que les den oportunidades de acercamiento sexual, basadas en la atracción.

Ambos sexos manifiestan relaciones y vínculos con amigos, y parejas con las que pueden potencialmente tener un acercamiento sexual, por el relato de los adolescentes mayores 15 y 16 años en adelante existe más tendencia a las relaciones abiertas y flexibles como los amigos cariñosos o con derechos, incluso alguien que acaban de conocer, lo que también es un indicador de lo eventual de estos encuentros.

En cuanto a recibir propuestas sexuales, los hombres refieren recibir más propuestas y también hacerlas a comparación de las mujeres. Sin embargo las mujeres refieren más contactos homosexuales que los hombres.

La práctica de sexo oral es admitida por los adolescentes en riesgo, tanto hombres como mujeres, sin embargo esto no necesariamente significa una conciencia del riesgo para contraer alguna ITS.

En el grupo de adolescentes sin experiencia coitada el primer motivo para no tener relaciones sexuales fue no sentirse preparado, luego tener miedo al embarazo. Los chicos manifestaron mayor intención en tener relaciones sexuales en los 12 meses siguientes a la aplicación del instrumento, a las chicas no se interesaron por que prefieren concentrarse en sus estudios.

Los adolescentes de todos los grupos reportaron conocer experiencias cercanas de embarazos adolescentes, los de mayor riesgo tienen mayor número de amigos y familiares en esta situación.

Del grupo de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, se reconocen patrones distintos, los adolescentes de riesgo menor en relación a los de riesgo mayor tienen más conductas de salud, por ejemplo, usan más el condón y otros anticonceptivos que los del grupo de riesgo mayor, tienden a tener menos parejas sexuales y a seguir usando algún método anticonceptivo después de la primera relación sexual.

Sin embargo el no uso y el uso inconsistente del condón es una dificultad que aqueja a ambos grupos de riesgo, destacan las mujeres del grupo de riesgo mayor que reportaron nunca usar el condón por confiar en su pareja o tener relaciones exclusivas. El motivo más reportado para no usar anticonceptivos en hombres y mujeres en riesgo es que las relaciones suceden de pronto.

Los hombres en riesgo mayor tienen relaciones sexuales con otras parejas además de la habitual, sexo recompensado (a cambio de algo) y sexo con desconocidos. El consumo de alcohol antes de la relación sexual fue mayor que el consumo de droga, especialmente en los hombres del grupo de riesgo mayor, El embarazo fue reportado más por las jóvenes del grupo de riesgo mayor.

Resultados Rasgos de Personalidad (MMPI-A)

El otro instrumento utilizado fue el inventario de personalidad MMPI-A, los datos que se presentan corresponden a los 403 casos con perfiles válidos, fueron organizados por los niveles de riesgo del CDA y por el sexo del participante. Se debe mencionar que la muestra fue comunitaria por lo cual la mayoría de los adolescentes no presentan perfiles patológicos que pudieran ser más comunes en las muestras clínicas.

Los puntajes finales transformados en puntajes T indican patología cuando están encima de T65, por debajo de este puntaje son puntajes que refieren características que pueden ser de riesgo para la presentación de alteraciones emocionales, así como positivas dependiendo de la forma en que actúan con otros rasgos de personalidad y de la combinación total con los puntajes sobresalientes.

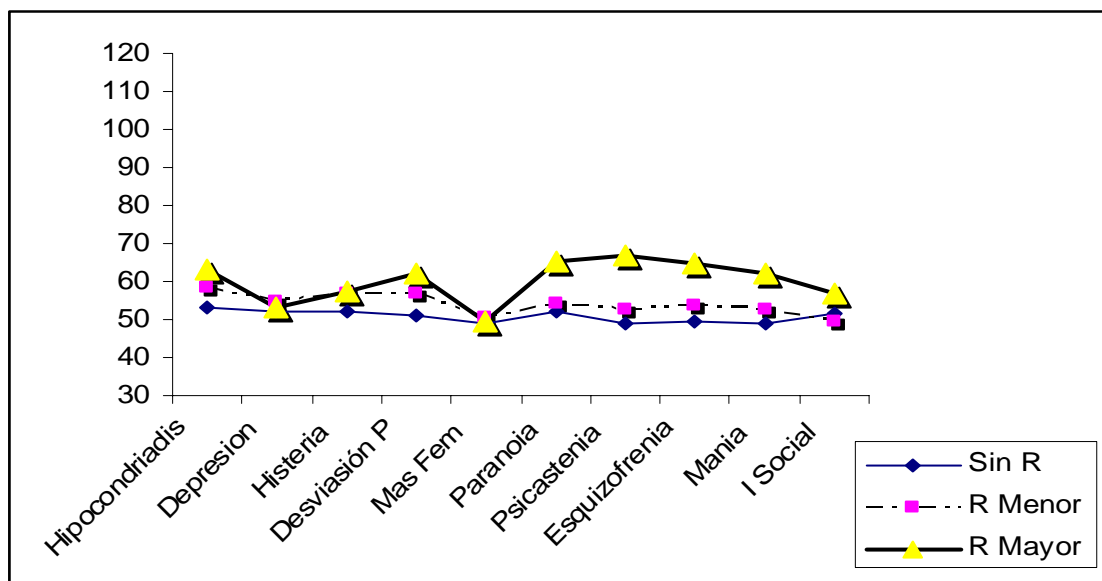


Figura 24. Perfil Mujeres escalas clínicas por grupo de Riesgo

La gráfica de la figura 24 muestra las medias obtenidas en cada una de las escalas Clínicas, que dan la referencia principal de la posibilidad de riesgo emocional o patología en cada grupo. El grupo sin riesgo (N=150) mostró puntajes dentro del parámetro de la normalidad prácticamente a lo largo de todas las escalas.

Por otro lado el grupo de riesgo menor (N=43) alcanzó puntajes ligeramente superiores pero en una tendencia similar al grupo anterior, se observaron diferencias más notorias en las escalas de Desviación Psicopática, Histeria y Depresión, el único puntaje por debajo del grupo anterior fue en la escala de Introversión social.

Las adolescentes del grupo de riesgo mayor (N=7) obtuvieron puntajes que se encuentran en la zona que aún se considera la normalidad, sin embargo se observaron puntajes en el límite superior con la patología; dos de las escalas que definitivamente cruzaron este margen fueron la Psicastenia (66,7), y la Paranoia (65,57) en un segundo nivel de importancia estuvieron las escalas de Esquizofrenia (64,7) e Hipochondriasis (63), todas ellas distinguieron al grupo de riesgo mayor de los otros dos grupos.

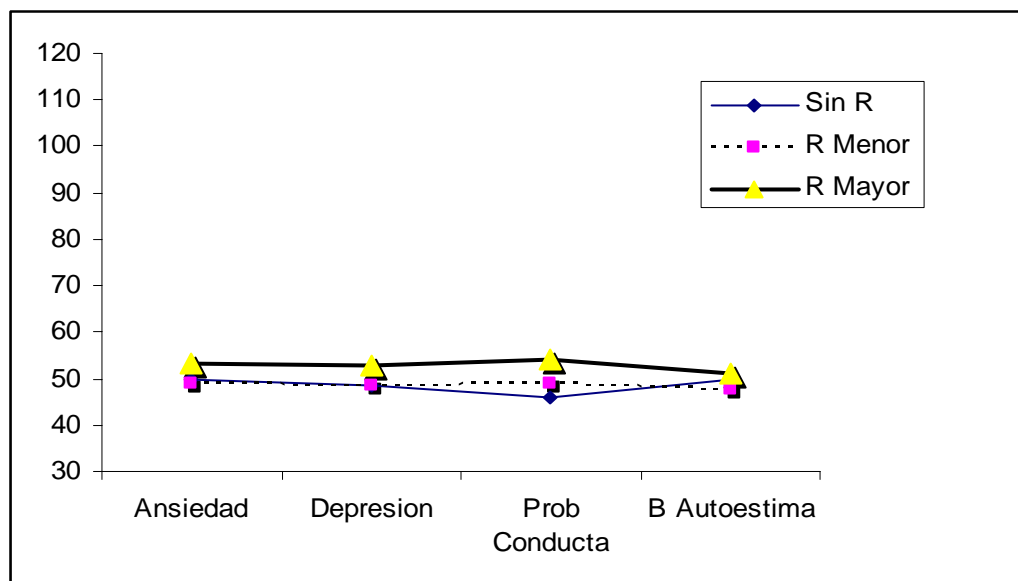


Figura 25. Perfil Mujeres escalas de contenido por grupo

En esta figura se representaron los puntajes de las escalas de contenido que fueron seleccionadas por esta investigación por tratarse de las alteraciones emocionales más frecuentes en adolescentes.

Este primer panorama ayudó a establecer que ninguno de los grupos muestra rasgos patológicos en las escalas de: ansiedad, depresión problemas de conducta y baja autoestima.

Iniciando con la escala de ansiedad el grupo de riesgo mayor presentó elevaciones importante respecto al grupo sin riesgo y riesgo menor, fue el que más puntaje obtuvo. El grupo de riesgo menor presentó una elevación por encima del T 50 y el grupo de riesgo menor obtuvo puntajes ligeramente más elevados del grupo sin riesgo.

En la escala Depresión el puntaje T del grupo sin riesgo se mantuvo bajo, el grupo de riesgo menor aumentó escasamente su puntuación y nuevamente el grupo de riesgo mayor presentó un puntaje por encima de T60.

En escala de Problemas de conducta el grupo que obtuvo puntaje más alto fue el de riesgo mayor, seguido de cerca por el grupo de riesgo menor; el grupo sin riesgo fue el que mostró el puntaje más bajo.

En las puntuaciones de la escala Baja autoestima los puntajes del grupo de riesgo mayor fueron los más altos. Otras elevaciones en el grupo de riesgo mayor fueron Incomodidad en situaciones sociales (64.7), Enojo (62.2) y Obsesividad (61.5).

Finalmente la respuesta del los grupo de riesgo menor y sin riesgo se registró elevaciones en escalas alternas como Preocupación por la salud, Incomodidad social y Problemas Familiares.

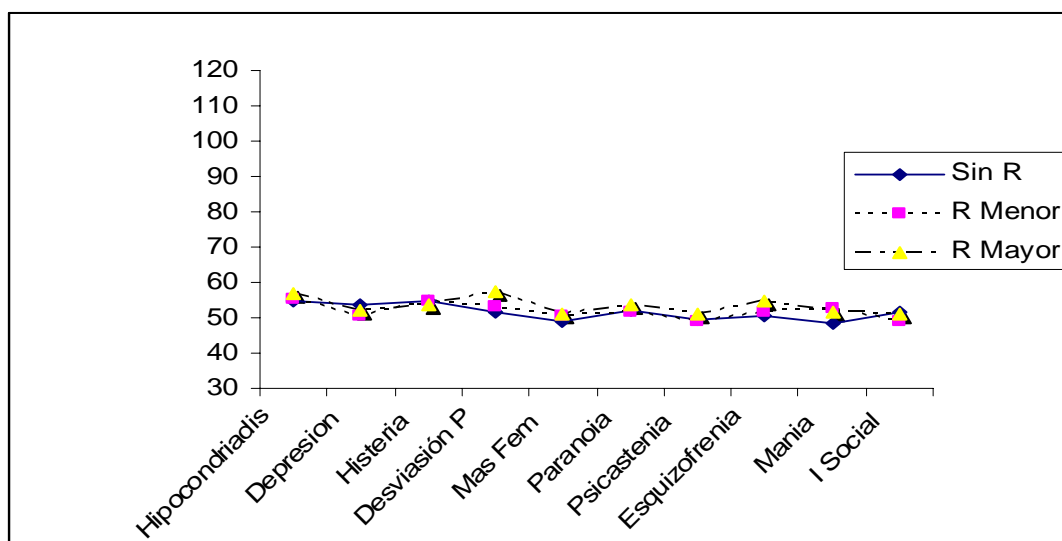


Figura 26. Perfil Hombres escalas clínicas por grupo

En el primer grupo de escalas clínicas de los adolescentes hombres tampoco se observaron perfiles claramente patológicos. El grupo sin riesgo (N= 132) obtuvo elevaciones en Hipocondriasis, Depresión e Histeria; en esta misma línea el grupo de riesgo menor (N=49) mostró elevaciones en Hipocondriasis, Histeria y Manía. Diferente a los perfiles anteriores el grupo de riesgo mayor (N=22) además de Hipocondriasis (57) e Histeria mantuvo elevaciones en las escalas de Esquizofrenia (54,6) y Desviación Psicopática (57,5)(Ver Fig.26).

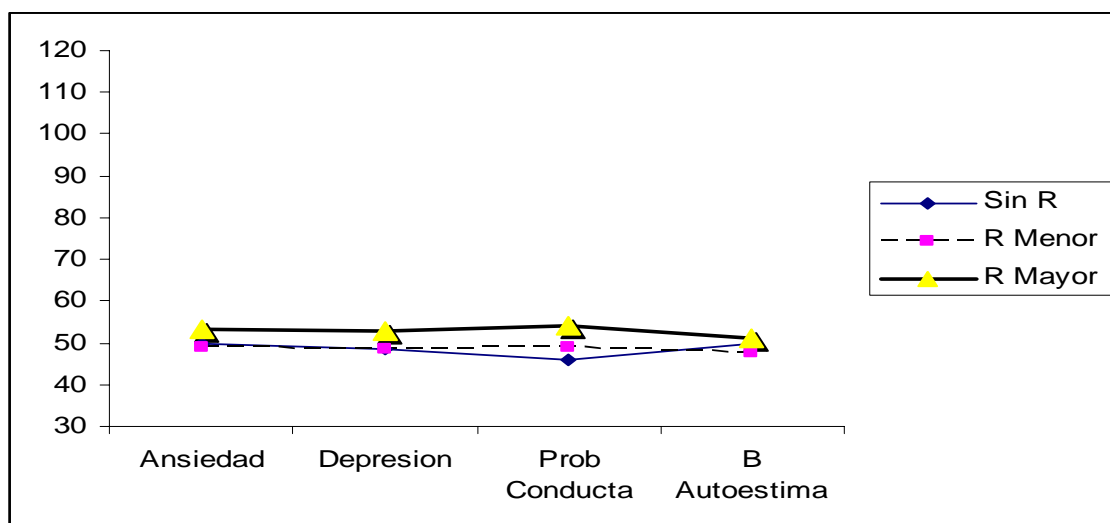


Figura 27. Perfil Hombres escalas de contenido por grupo

El grupo de riesgo mayor de los hombres obtuvo puntajes más elevados que lo distinguieron claramente de los otros grupos de riesgo menor y sin riesgo, esto en las escalas de Ansiedad, Depresión y muy en particular en la escala de Problemas de conducta; en la escala de Baja autoestima se observó coincidencia con el grupo sin riesgo.

El grupo de riesgo menor se mantuvo en puntajes dentro de la norma en las escalas Depresión y Problemas de conducta, en la escala de Ansiedad obtuvo el mismo puntaje que el grupo sin riesgo, finalmente presentó el puntaje más bajo en la escala de Baja Autoestima.

Por otro lado el grupo sin riesgo obtuvo un puntaje por debajo de T 50 en Depresión en el resto de las escalas tuvo coincidencias antes descritas.

Otro factor importante en la revisión de las características y rasgos de personalidad fue conocer la diferencia por sexo, para lo cual se realizó análisis de anova de una vía en el grupo de hombres y se aplicó la prueba Post Hoc Tukey para conocer entre qué grupos se dieron las diferencias.

Se seleccionaron las subescalas propuestas por la investigación Ansiedad, Depresión, Baja autoestima y Problemas de conducta, además se exploraron las escalas clínicas para encontrar cuales además contribuyeron a distinguir a los grupos por nivel de riesgo, los resultados aparecen en la Tabla 18.

Tabla 18. Escalas MMPI-A más significativas en hombres (N=203)

Escalas Grupos	Media	F	Sig	Pos Hoc- Tukey *
<u>Clínicas</u>				
Desviación Psicopática	52,52	3,485	.033	Sin R- R May-
<u>Contenido</u>				
Cinismo adolescente	47,64	3,276	.040	Sin R-R May
Problemas de Conducta	47,7	6,921	.001	Sin R- R May
Problemas Escolares	50,62	3,933	.021	Sin R- R May
Problemas Familiares	50,89	4,567	.011	Sin R- R May
<u>Suplementarias</u>				
Alcoholismo Mac A	49,94	6,738	.001	Los 3 grupos
Reconocer Prob. Alcohol	51,61	8,024	.000	Sin R- R May
Tendencias P alcohol/droga	50,10	7,407	.001	Sin R- R May

Post Hoc- Tukey significancia .05

Sin R= Grupo de Riesgo Menor

R Me= Riesgo Menor

R May= Riesgo Mayor

Los 3 Grupos= Sin R, R Me, R May

En las escalas clínicas sólo resultó significativa la desviación psicopática. En las escalas de contenido la escala de problemas de conducta resultó muy significativa, seguida de la escala problemas familiares, y cinismo.

En cuanto a las escalas suplementarias fueron significativas las tres que valoran consumo de alcohol y sustancias, sólo la escala de alcoholismo de Mac Andrew diferenció entre los tres grupos (Ver Tabla 18).

Usando el mismo procedimiento con los grupos de mujeres, se observó a diferencia de los hombres un mayor número de escalas descriptoras de las cuales Desviación Psicopática e Hipocondriasis fueron las que distinguen entre los tres grupos. Fueron también importantes Psicastenia, Esquizofrenia y Manía.

Tabla 19. Escalas MMPI-A más significativas en mujeres (N= 199)

Variables	Media	F	Sig	Pos Hoc-Grupos
<u>Clínicas</u>				
Hipocondriasis	54,70	6,488	.002	Los 3 grupos
Desviación Psicopática	52,61	9,572	.000	Los 3 grupos-
Paranoia	50,35	4,892	.008	SinR- R May
Psicastenia	51,04	10,856	.000	Sin R-R May
Esquizofrenia	50,42	8,493	.000	SinR-R May
Manía	51,67	7,031	.001	Sin R-R May
<u>Contenido</u>				
Ansiedad	50,16	9,725	.000	Los 3 grupos
Obsesividad	49,36	5,618	.004	Sin R-R May
Depresión	50,81	6,114	.003	Sin R- R May
Preocupación p/salud	55,01	5,220	.006	Los 3 grupos
Enajenación adol	50,35	6,372	.002	Los 3 grupos
Enojo adolescente	48,29	5,240	.006	Sin R-R May
Cinismo	48,84	6,222	.002	Sin R- R May
Problemas de Conducta	48,97	5,525	.005	Los 3 grupos
Problemas familiares	49,99	7,120	.001	Los 3 grupos
Baja autoestima	50,78	6,374	.002	Sin R-R May
Problemas escolares	50,18	4,588	.011	Sin R- R Me
Rechazo al tratamiento	51,45	5,678	.004	Los 3 grupos
<u>Suplementarias</u>				
Alcoholismo Mac A	51,2	6,385	.002	Los 3 grupos-
Reconocer Prob. Alcohol	52,76	11,512	.000	Los 3 grupos
Tendencias a Prob con alcohol/droga	50,26	11,351	.000	Sin R-RMe
Ansiedad adolescente	48,73	7,741	.001	Sin R- R Mayor

Post Hoc- Tukey significancia .05

Los 3 grupos= Grupo Sin R, Grupo R Menor, Grupo R Mayor, Sin R= Grupo sin riesgo, RMe= Grupo riesgo menor, R May= Grupo riesgo mayor

Del grupo de escalas de contenido, nuevamente se observa un amplio grupo de escalas descriptoras, de estas destacan Ansiedad, Preocupación por la salud, enajenación, Problemas de conducta, Problemas familiares y el Rechazo al tratamiento (Ver Tabla 19.)

En cuanto a las escalas suplementarias fueron significativas: Alcoholismo de Mac Andrew igual que en los hombres, además de reconocimiento de problemas con el alcohol y tendencia a problemas con el alcohol y ansiedad adolescentes, estas mismas diferenciaron entre los tres grupos según los análisis Post Hoc (Ver Tabla 19).

Por último para determinar el peso de cada una de las variable rasgo en el perfil de personalidad de riesgo, se realizaron análisis de regresiones binarias, para este propósito la muestra fue dividida sólo en dos condiciones sin riesgo y en riesgo, considerando que el riesgo tiene una condición que aumenta en un continuo de menor a mayor, diferente a la condición sin riesgo, los análisis respetaron la diferencia por sexo por las condiciones antes mencionadas, la diferencia en los patrones de conducta sexual y la psicopatología del desarrollo que difiere por sexo.

Mediante el método de introducción se analizaron las escalas de contenido propuestas y otras relacionadas con el riesgo como problemas familiares, problemas escolares, aspiraciones limitadas; en la tabla 20 se observan las que resultaron significativas.

Tabla 20. Regresiones escalas de contenido Hombres

	B	ET	Sig	Exp(B)
Baja Autoestima	-,074	,026	.005	.929
Problemas de Conducta	.054	.021	.014	1.052
Problemas Familiares	.065	.027	.017	1.067

El rasgo más significativo fue el de baja autoestima, que por tener signo negativo tiene una propiedad inversa, en este caso representa una aparente seguridad y exceso de confianza, la actitud de alardeo sería una de sus características. El porcentaje de clasificación global fue de 68%, 87,1% en los caso sin riesgo y 32,4% en los casos con riesgo.

Cuando se aplicó el mismo procedimiento con las mujeres el análisis de regresión de las mismas escalas no resulto significativo.

También se exploraron las escalas de uso de sustancias y consumo de alcohol por la importante frecuencia en el riesgo asociado a las conductas sexuales de riesgo, se seleccionaron las escalas suplementarias relacionadas, el porcentaje de clasificación global para los hombres fue de 69,5% (88.6% en los sin riesgo, 33.8% con riesgo). En el caso de las mujeres el porcentaje global de calificación fue de 77% (96% sin riesgo y 20% con riesgo).

Tabla 21. Regresiones escalas suplementarias hombres y mujeres

	B	ET	Sig	Exp(B)
Hombres				
MacA- Alcoholismo	.066	.021	.002	1.068
Problemas alcohol-droga	.055	.020	.006	1.057
Reconocer Prob/ alcohol	-.058	.023	.0107	.943
Mujeres				
MacA- Alcoholismo	.044	.021	.035	1.045
Problemas alcohol-droga	.069	.024	.004	1.072
Reconocer Prob/alcohol	-.040	.025	.107	.961

Los resultados mostraron la importancia de estas conductas de riesgo como el consumo de alcohol relacionadas a las conductas sexuales de riesgo para hombres y mujeres, nuevamente el puntaje negativo es el reconocimiento de problemas con el alcohol, es decir que el adolescente no admite que su consumo puede ser un problema (Ver Tabla. 20).

De acuerdo a los resultados anteriores se pueden describir los rasgos de personalidad de los adolescentes hombres y mujeres en riesgo

Tabla 22. Interpretación de Rasgos de personalidad

Escalas	Interpretación de Rasgos- Hombres
<i>Desviación Psicopática</i>	Mentira, promiscuidad sexual, rebeldía falta de sensibilidad social
CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS MÁS IMPORTANTES	Problemas con la autoridad Diversos problemas de conducta Robo oposicionistas Intimidación a otros Tienen pares en problemas como ellos
Problemas de Conducta (*)(**)	
Problemas Familiares (*)(**)	Desacuerdo con padres Pobre comunicación con padres
Alcoholismo de Mac Andrew	Inicio de abuso de alcohol o drogas

<p>(*) (**)</p> <p>Tendencia a problemas con alcohol y drogas (*)</p> <p>Reconocer problemas alcohol (**)</p>	<p>Violación de reglas Poca capacidad de juicio Poca tolerancia a la frustración</p>
<p>Baja Autoestima (**) Cinismo adolescente (*)</p> <p>Problemas Escolares(*)</p>	<p>Falsa seguridad, auto-percepción sobredimensionada</p> <p>Bajas calificaciones La escuela es una pérdida de tiempo Problemas para seguir reglas y figuras de autoridad</p>
<p>Escalas</p>	<p>Mujeres en Riesgo Rasgos</p>
<p>CLINICAS <i>Hipocondriasis</i></p> <p><i>Desviación Psicopática</i></p>	<p>Queja somática, valoración negativa del cuerpo Robo mentira Promiscuidad sexual</p>
<p>CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS MÁS IMPORTANTES</p> <p>Ansiedad (*) (*)</p> <p>Reconocer Pro con Alcohol (**)</p> <p>T. Problemas con drogas/alcohol con Rechazo al tratamiento(*)</p>	<p>Dificultades de concentración</p> <p>No cuentan con su familia</p> <p>Inicio de abuso de alcohol o drogas Violación de reglas Poca capacidad de juicio Poca tolerancia a la frustración</p>
<p>Paranoia(*)</p> <p>Depresión (*)</p> <p>Problemas de Conducta(*) Problemas Familiares</p> <p>Obsesividad(*) Esquizofrenia (*)</p> <p>Psicastenia(*) Manía (*) Enajenación Adolescente Cinismo adolescente(*)</p>	<p>Desconfianza Hipersensibilidad a la crítica Percepción del futuro sin esperanza Malestar emocional, Tristeza Auto-Devaluación Castigos, enojos riñas Desacuerdo con padres Pobre comunicación con padres Dependencia, preocupación exagerada Impulsividad, dificultades para manejo del afecto Sentimiento de inferioridad Sentimiento de no ser comprendidos por nadie Aceleración psicomotora No creen en las interacciones positivas</p>

(*)Significativas –Anova y ;(**) Significativa-Regresión.

Conclusiones Rasgos de Personalidad

Los datos mostraron las relaciones de las alteraciones emocionales rasgo con las conductas sexuales de riesgo a través de la personalidad como mediadora del riesgo.

El aporte de estos hallazgos no sólo contribuye al crecimiento de evidencia en cuanto a la teoría que sustenta esta investigación y el valor de las diferencias individuales para comprender el fenómeno de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, más allá de esto se pueden emplear los resultados más importantes en la formulación de alternativas de prevención para la población escolar, que fue la meta final de esta investigación.

De acuerdo a lo esperado, hombres y mujeres mostraron perfiles de rasgos de personalidad distintos, aunque existen eventos que les son comunes y representan un riesgo para generar alteraciones emocionales como los problemas familiares y el consumo de alcohol y otras sustancias.

El perfil de *las adolescentes mujeres en riesgo* presenta predisposiciones a los trastornos internalizados como la depresión y ansiedad.

La interpretación de las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas muestra que estas adolescentes tienden a manifestar quejas físicas, ansiedad, sentimiento de inferioridad, tensión y nerviosismo, hipersensibilidad a la crítica, impulsividad, que puede vincularse con la tendencia a las conductas sexuales de riesgo, por ejemplo buscar tener varias parejas.

En la escuela presentan adaptación inadecuada, tienen la tendencia a un desempeño académico pobre que puede llevarlas a dejar la escuela. No utilizan todos sus recursos cognoscitivos, les cuesta evaluar posibles consecuencias y reconocer su potencial.

La interpretación de las escalas de contenido ansiedad y depresión se pueden manifestar en: la forma que perciben la vida, llena de dificultades que valoran como insuperables, tienen pocas esperanzas en el futuro tendencia a tomar las cosas con resentimiento, a desconfiar de los otros, centrarse en sí mismas y rechaza la ayuda.

Por otro lado los *adolescentes hombres tienen manifestaciones externalizadas* muy evidentes como los problemas de conducta y problemas escolares.

La interpretación de las escalas clínicas, sugiere que a estos adolescentes les

es difícil mantener relaciones interpersonales adecuadas por sus diversos problemas de conducta como la mentira, el robo, ser desafiantes, e irrespetuosos.

Tienen a asociarse con pares en situaciones similares, actúan con impulsividad, pueden incluso intimidar a otros, lo cual facilita el vínculo con las conductas sexuales de riesgo como el no uso de anticonceptivos y tener varias parejas sexuales.

Problemas escolares fue otra de las escalas que describió a estos adolescentes hombres: suelen tener problemas con sus maestros, por rendimiento escolar y conducta, les cuesta seguir normas y para ellos la escuela es un lugar aburrido, sólo parecen disfrutar de los espacio de socialización con sus pares, no se involucran en actividades escolares.

En ambos sexos el problema de consumo de alcohol- sustancias y los problemas familiares fueron relevantes, la interpretación de estas escalas de contenido revelan lo siguiente:

Los problemas familiares pueden ser con sus padres, pero suelen extenderse a otros miembros de la familia, además sus familias usan poca comunicación, hay desacuerdos serios entre padres e hijos, palizas, crítica, los adolescentes que tienen estos problemas suelen expresar que no pueden contar con su familia.

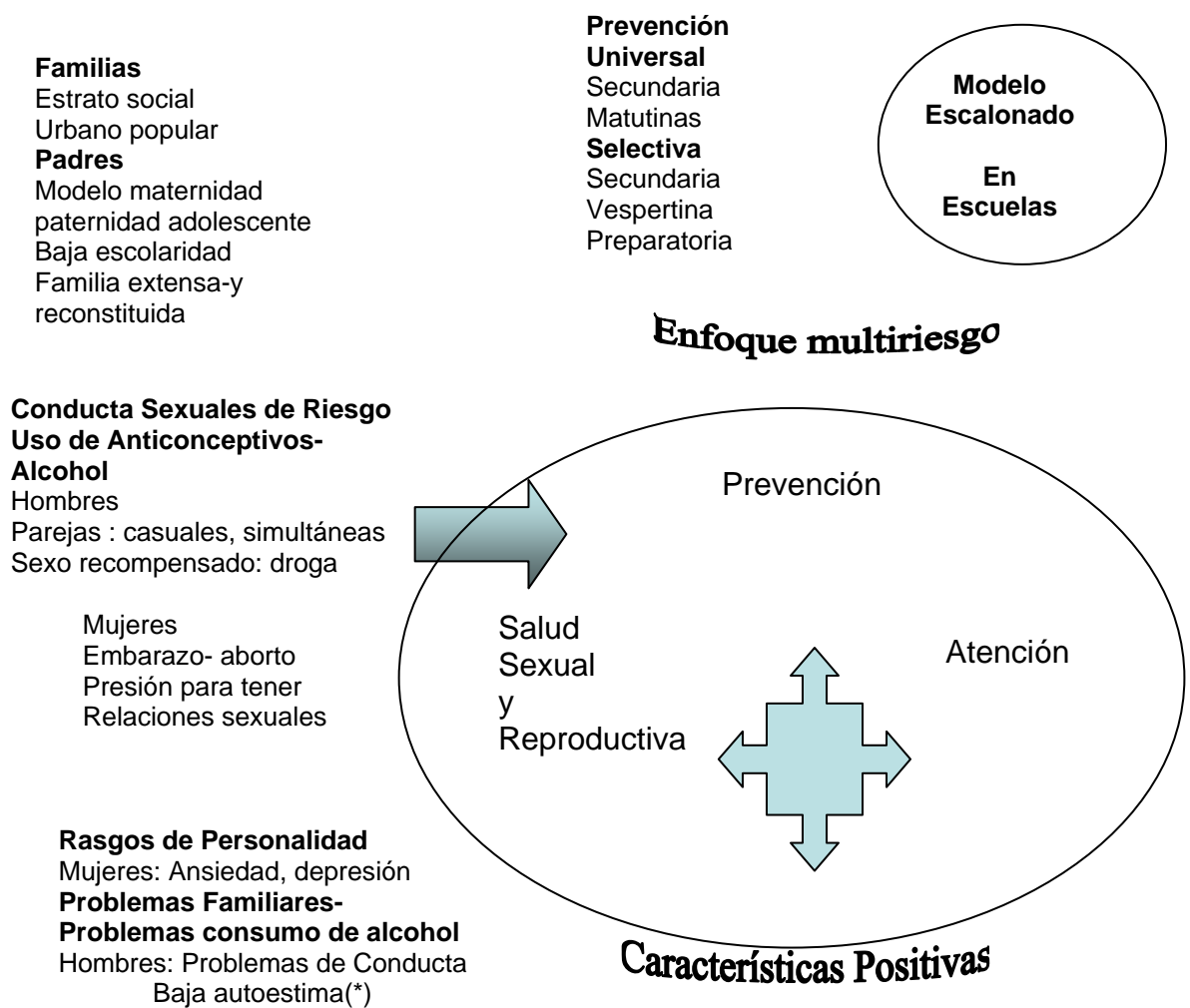
En el grupo de las escalas de contenido referidas al de consumo de alcohol y drogas: pueden encontrarse adolescentes que tienen curiosidad por el consumo de drogas y alcohol, algunos que ya han experimentado y otros que estén iniciando un curso de problemas asociados al consumo, los caracteriza la búsqueda de estímulos, la violación de reglas, fricciones con los padres y poca capacidad de juicio. Algunos jóvenes pueden reconocer estas conductas como problema, sin embargo los adolescentes en riesgo no lo consideran un problema.

Algunas observaciones importantes respecto a estos resultados son:

Considerar estas interpretaciones como un perfil general de riesgo, que puede ser diferente de individuo a individuo, en segundo lugar hay que tomar en cuenta que al ser una muestra comunitaria los rasgos no muestran una alteración psicopatológica o trastorno como suele suceder en las muestras clínicas y por último se debe tener en cuenta que la generalización de resultados sólo puede servir en muestras similares.

En el caso de las mujeres, si bien es válido hacer una descripción cualitativa de éstos rasgos, sería importante que para futuras investigaciones se considere un número mayor de casos de mujeres en riesgo mayor para poder establecer mayores elementos en la comparación con el grupo de hombres.

Fig. 28 RESULTADOS PRINCIPALES – MODELO DE PREVENCIÓN



(Meave, 2008)

FASE III

PROPUESTA DE PREVENCIÓN

Esta propuesta de modelo de prevención surge de los datos que se presentaron en la anterior sección, como se resume en la figura 28, el modelo toma los resultados principales para considerar cuales tendrían que ser las peculiaridades de los programas preventivos. En este caso las tres variables de estudio se transforman en áreas a tomar en cuenta.

Elementos del Modelo

El entorno social del adolescente deberá ser reconocido desde las características sociodemográficas de los potenciales beneficiarios, la comunidad conformada por la escuela y las familias que están vinculadas a la escuela, sin dejar de lado los elementos que distinguen a las colonias y delegaciones donde están enmarcadas las escuelas. Los programas de prevención tendrán que tomar en cuenta que cada escuela tiene una manera particular de trabajo y los integrantes pueden tener incidencia positiva y negativa en los programas preventivos.

La tarea de prevención tiene que reconocer el momento oportuno para brindar un programa preventivo a una comunidad, los datos sugieren que la escuela secundaria es el momento crucial para que se puedan recibir herramientas protectoras en el campo de la salud sexual, los estudiantes de reciente ingreso (Primer grado de secundaria) son los candidatos ideales para lograr mejores resultados ya que padres y alumnos están más receptivos a intentar una adaptación escolar.

En el caso de las escuelas vespertinas secundarias se requiere una especial atención, son escuelas donde se concentran los problemas de aprendizaje, problemas de conducta y conductas de riesgo para la salud. La intervención tiene que ser cuidadosa por que los jóvenes en general tienen una actitud de desconfianza para quienes llegan a trabajar con ellos, es una población estigmatizada por maestros, padres de familia y los mismos compañeros de los adolescentes.

Las escuelas preparatorias que ya albergan adolescentes sexualmente activos o adolescentes que están iniciando vida sexual requieren estrategias de prevención intervención selectiva o indicada que les pueda otorgar todavía más herramientas para afianzar las conductas de salud como el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, en

el caso que haya un embarazo temprano se requiere contemplar un seguimiento con los adolescentes que pasaron esta experiencia, para fortalecer su permanencia en la escuela. Los tres tipos de escuelas requieren de prevención escalonada.

Modelo escalonado de prevención

Este modelo plantea ofrecer acciones desde la prevención universal a la prevención indicada, estructura que permitirá tanto cubrir las necesidades de los adolescentes sin experiencia coital, como de los que alguna vez tuvieron relaciones sexuales y de los que son sexualmente activos.

La relación positiva y de confianza con los adolescente debe construirse desde el primer contacto y considerando la experiencia que se tuvo respecto a la susceptibilidad de los adolescentes a ser contactados directamente, en especial los adolescentes de menor edad. Se considera importante partir de actividades propuestas a toda la población (prevención universal), lo que daría una ventaja al contactar al adolescente posteriormente para intervención individual y grupal, los grupos reducidos ayudarían a trabajar en un ambiente de confianza en temas que tocan sus emociones y sus vivencias en la sexualidad.

La intervención con jóvenes en riesgo puede moverse en dos modalidades combinadas, sesiones grupales y atención individual. Para llevar a cabo este trabajo se requiere de facilitadores con experiencia y con una formación más sólida en atención clínica y en la atención de adolescentes en este campo de especialización (salud sexual y reproductiva), la incorporación de maestros, orientadores y psicólogos educativos que puedan sumarse a esta iniciativa es una opción importante a considerar.

Cada programa de prevención debe contemplar metas claras, identificar conductas y componentes que incidan en las conductas, esta es la estructura que ha ayudado a plantear programas de prevención exitosos en cuanto al VIH y embarazo adolescentes (Kirby,2006).

Siguiendo estas premisas, cada nivel de intervención debe tener un objetivo, el objetivo del nivel de prevención universal sería posponer el inicio de la vida sexual, esto promoviendo un rendimiento académico más elevado que motive y comprometa al estudiante, y que lo oriente a establecer un compromiso activo con la escuela en el campo del conocimiento, la cultura y/o el deporte.

La educación sexual debe considerar la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, empezando por el derecho a la información científica, el respeto a las formas de expresión de la sexualidad, las habilidades de auto cuidado y habilidades de comunicación en temas de sexualidad.

La meta para los adolescentes en riesgo menor sería promover el uso de anticonceptivos incluidos el condón, a través de aumentar la competencia para la toma de decisiones respecto a la sexualidad y la salud sexual y el bienestar emocional, así como la revisión del plan de vida.

Con los adolescentes de riesgo mayor la meta sería la reducción de parejas sexuales, el uso de anticonceptivos, especialmente el condón, y la revisión de factores emocionales asociados, malestar (problemas familiares, escolares, etc) que puede estar asociados al riesgo, el plan de vida, como seguir estudios o capacitarse para un trabajo es otro componente importante.

Incorporación de un enfoque multi-riesgo

En todas las actividades se tienen que combinar sesiones exclusivas para mujeres y otras para hombres. Las sesiones con las mujeres deben trabajar las barreras individuales y culturales para el uso del condón y promover una conducta de auto cuidado, darles elementos para revisar la sexualidad en la pareja ya que se ha visto que las presiones de la pareja son importantes para el riesgo. Revalorar los conceptos de amor, sexualidad y vínculos afectivos.

En el caso de los adolescentes hombres, se debe de revisar los significados y creencias relacionadas a la conducta de riesgo y otros factores, como la búsqueda de sensaciones hasta factores relacionados a la identidad masculina en su cultura y contexto.

Debe promoverse el auto cuidado, como el respeto la pareja, en una relación positiva, libre de riesgo en la salud sexual y salud emocional.

Adolescentes hombres y mujeres deberán recibir un entrenamiento en habilidades, como resistir la presión, la planeación de los encuentros sexuales en condiciones saludables y el manejo de riesgo emergentes como el estrés o malestar emocional generado por los problemas familiares.

La prevención tiene que tomar en cuenta a la conducta sexual dentro de su contexto, donde la grupalidad y la interacción con pares es importante tomando en cuenta las actividades y los contextos de riesgo, las fiestas por ejemplo son una

oportunidad de socialización natural para el adolescente pero al mismo tiempo pueden ser lugares propicios para el consumo de sustancias, entonces se trata de brindar al adolescente elementos en la esfera conductual, cognoscitivo y emocional para vivir su juventud tomando decisiones respecto a su sexualidad y a su salud en general.

Alteraciones emocionales asociadas

Las aportaciones del perfil de riesgo de hombres y mujeres adolescentes pueden ayudar a construir programas de intervención que contemplen habilidades para el control de emociones negativas, manejo de las emociones, los refuerzos a las habilidades de comunicación asertiva y de búsqueda de ayuda como capacidades protectoras.

Por otro lado trabajar las relaciones del adolescente con la escuela y la familia para lograr en los adultos cercanos una actitud de respeto y escucha, esto incluirá a padres de familia y profesores.

Participación activa y característica positivas

El modelo de prevención requiere ser flexible para incorporar los comentarios de los adolescentes que son los principales beneficiarios de las acciones de prevención, se trata de ver al adolescente no sólo como vulnerable sino también rescatar su carácter pro-activo y de responsabilidad, “ Hacerse cargo” de su salud, de su futuro, en un proceso dinámico que le dé alternativas de cómo cambiar una conducta, pero al mismo tiempo las habilidades reflexivas para que sea un cambio más permanente.

Además en este enfoque del desarrollo, es necesario resaltar y ayudar al adolescente a encontrar los factores individuales positivos, aquellas características y hábitos, incluso habilidades que pueden servir para enfrentar el riesgo en la salud sexual sino también en las dificultades y retos a lo largo de su desarrollo.

Estructura

- Afianzar contenidos para los riesgos que más enfrentan las mujeres y los riesgos más comunes para los hombres.
- Tener facilitadores jóvenes de ambos sexos con adecuada capacitación.

- El modelo de trabajo en escuelas públicas debe fortalecer y propiciar la participación de padres y tutores, sensibilización y capacitación a maestros interesados en ayudar a replicar la experiencia y mantener los conocimientos adquiridos.
- Contactar a la escuela con organizaciones e instituciones de salud, que puedan atender demandas particulares de los adolescentes en temas de salud sexual como proveer de anticonceptivos, citas médicas ginecológicas a un costo accesible, facilitando además la canalización a servicios de salud mental ya sea para evaluación y/o tratamiento. Los proveedores tendrían que conocer y estas familiarizados con las características de esta población – denominados servicios amigables-.
- Evaluar y probar las intervenciones a través de la investigación, con modelos de seguimiento, diseños de investigación más sólidos, como las investigaciones longitudinales y la selección de participantes al azar,

El siguiente puede ser un ejemplo de los temas y contenidos dirigidos a adolescentes de riesgo menor.

TEMAS

COMPONENTES

Conocimientos Embarazo, ITS, anticonceptivos, género y expresión de la sexualidad– violencia

Habilidades de -Negociación de uso de métodos anticonceptivos- barrera

Comunicación Resistir la presión para tener relaciones sexuales

Conducta de Salud -Uso del condón masculino y femenino

Auto cuidado Examen de mamas, prueba PAP)

-Relación con servicios de salud, prueba del VIH,

Vínculos afectivos Padres, hermanos

Expresión de Emociones Amigos Pareja

Amigos Pareja Relaciones de pareja

Plan de Vida Lo que hago ahora (escuela) Lo que quiero hacer (Trabajo, escuela)

La escuela es el lugar ideal para lograr aprendizaje de conductas saludables, puede contribuir a la salud en general y la salud sexual y reproductiva SSR en particular. La promoción y prevención de la SSR tiene ventajas por diversos motivos. El desarrollo físico y psicológico de la etapa adolescente coincide con el inicio de las prácticas sexuales, siendo un momento ideal para dotar a los adolescentes de actitudes y prácticas saludables en un ambiente propicio, en vez de actuar cuando ya se han aprendido patrones poco saludables (Kirby, 1999).

En esta propuesta se destaca la intervención basada en la escuela que por los motivos antes expuestos representa un lugar ideal para el trabajo con los adolescentes, puesto que en pocas familias se aborda la educación sexual con naturalidad y con respeto hacia los adolescentes

Experiencia Generada

Se realizaron talleres breves de prevención con los adolescentes que participaron en el estudio, así como un taller para sus padres o tutores. Estos talleres no formaron parte del objetivo de estudio sin embargo fueron impartidos para dejar un beneficio a la población por su participación en el estudio.

A continuación se presenta un análisis de los procesos, que brindaron elementos para acercarse a la propuesta de prevención.

Los talleres para padres fueron realizados por un equipo de cuatro personas, un pasante de psicología, dos alumnos tesistas y la responsable de esta investigación. Para el taller con adolescentes el equipo estuvo integrado por dos alumnos de psicología de últimos semestres, una alumna tesista y la responsable de esta investigación.

Talleres Preventivos con padres:

Se realizaron 5 talleres con padres de los alumnos de secundaria. Los objetivos fueron sensibilizar a los padres sobre la sexualidad en la adolescencia y el reconocimiento de la comunicación como una herramienta de prevención.

Se invitó a participar a los padres durante las juntas de inicio del año escolar y firma de boletas de calificación de sus hijos. Se les dio una explicación sencilla pero completa del propósito y los beneficios de participar.

Los temas que se abordaron fueron: los cambios de la pubertad, elementos del desarrollo psicológico adolescente, tipos de familias, la comunicación entre padres e hijos, así como sugerencias para hablar sobre temas de sexualidad. Los contenidos se adaptaron de materiales probados de organizaciones como MEXFAM e IMIFAP. Las técnicas utilizadas fueron: Psico-educación trabajo grupal, dinámicas y trabajo con viñetas.

Un acierto fue generar una reflexión sobre los conceptos y aprendizajes que los mismos padres en relación al tema de la sexualidad durante su propia adolescencia, además de trabajar la aceptación de las necesidades de sus hijos como parte de su desarrollo sin que signifique perder autoridad o ser permisivo.

Otro aspecto importante fue abrir un espacio para las dudas, se percibió una gran necesidad de orientación e información, se canalizó a los padres que solicitaron apoyo psicológico.

La limitación principal fue el tiempo, el taller se programó para ser intensivo (4 horas) por las dificultades de asistencia de los padres referidas por las propias escuelas, sin embargo el tiempo no fue suficiente para profundizar en los temas propuestos con los padres que sí asistieron. En las escuelas en las que se probó trabajar 2 sesiones consecutivas (8 horas) la asistencia fue menor, sucedió lo mismo cuando las sesiones fueron espaciadas (4 horas) y en 7 días otras (4 horas), un 20 % de los padres dejó de asistir a pesar de su compromiso previo.

En cuanto a los facilitadores, fue adecuado constituir al equipo con personas con distintos niveles de experiencia y formación (clínica, educativa) para hacer un manejo adecuado del grupo y poder responder a las demandas. Al terminar el taller los padres solicitaron al equipo trabajar otros temas como los, problemas de conducta y disciplina, problemas de aprendizaje, entre otros; las solicitudes fueron atendidas por otros miembros de la línea de investigación que apoyó a esta investigación, se ofrecieron cursos y grupos de reflexión a beneficio de estos padres.

Conclusiones

El trabajo en prevención requiere de metas por etapas, la sensibilización de los padres es una de las primeras; un buen manejo del tiempo y la respuesta a las expectativas de los padres aumenta su disposición a participar en otra actividad, y dar su consentimiento para que su hijo pueda participar de talleres de prevención.

Con los padres que no asistieron o no aceptaron participar quedó pendiente la búsqueda de otras estrategias.

Por otro lado esta experiencia permitió constatar que muchas creencias, prejuicios, y mala información siguen presentes en la forma en que los padres educan o transmiten a sus hijos conceptos y valores sobre la sexualidad, por ejemplo las diferencias de género es clara al hablar de la conducta sexual que se espera de los hijos hombres versus las hijas a ellas sí se aplica el valor de la virginidad, los padres sienten el derecho de tomar decisiones cuando ocurre un embarazo adolescente y normar el noviazgo principalmente de las mujeres adolescentes.

El tema subyacente en la educación sexual es, en qué medida estos padres se sienten responsables o con el derecho de normar la conducta sexual de sus hijos en estos grupos sociales. Por ejemplo, un participante preguntó: “¿A qué edad es bueno llevar a los muchachos con esas mujeres (prostitutas) a que se hagan hombres?”(Apuntes del trabajo de Campo, Meave 2006). En este ejemplo se puede constatar la complejidad de la tarea de prevención, que incluye una dimensión moral, la visión de la educación para la salud, tomando en cuenta las características socio-culturales de los protagonistas.

La prevención es la oportunidad para cambiar y modificar concepciones que limitan el desarrollo personal, y el derecho de vivir una sexualidad saludable con la conciencia del respeto al otro.

Talleres Preventivos con Adolescentes

Se realizaron 11 talleres con adolescentes. 10 para alumnos de escuelas secundarias y un taller para alumnos de preparatoria. El objetivo fue dar información sobre la salud sexual en la adolescencia y la prevención del embarazo adolescente e ITS.

La obtención de consentimiento y la convocatoria fue un paso importante antes descrito en el apartado de las consideraciones éticas.

Participaron un promedio de 12 adolescentes por taller, cada taller tuvo una duración de 2 horas y media a 3 horas, condicionadas por la escuela.

Los contenidos abordados fueron: los cambios de la pubertad, el embarazo en la adolescencia, las ITS, las situaciones de riesgo, auto cuidado, métodos anticonceptivos y los derechos sexuales y reproductivos.

Los contenidos se adaptaron de materiales probados, como la guía MEXFAM, materia sobre prevención del VIH de IMIFAP.

Las técnicas utilizadas fueron Psicoeducativas, dinámicas grupales, rol play y trabajo con viñetas.

Uno de los aciertos fue utilizar la última parte del instrumento para conocer cuáles eran los temas en los que tenían dudas para darle énfasis a esos contenidos como el uso de anticonceptivos. Además fue positivo el uso de un buzón donde los adolescentes formularon sus preguntas de forma anónima. Las dinámicas les resultaron atractivas, así como el entrenamiento en el uso del condón masculino y la exposición sobre las formas de uso de métodos anticonceptivos. Su motivación se mantuvo en la mayoría de los casos, por sus comentarios verbales o escritos valoraron el taller como positivo, sugirieron ampliar el tiempo del taller, y temáticas como el noviazgo, las relaciones afectivas, la pornografía, entre otros.

En cuanto al equipo de facilitadores fue adecuado que se incluyan a personas con distintos niveles de experiencia para hacer un manejo adecuado del grupo y poder responder a las demandas. La participación de los estudiantes de psicología tuvo un efecto importante en la interacción con los adolescentes, condición que se ha probado como efectiva, los monitores jóvenes pueden comunicarse de mejor forma con los adolescentes y pueden constituirse modelos a seguir.

Las limitaciones de esta experiencia estuvieron relacionadas a fallas en la coordinación con maestros, administración o personal de la escuela, los efectos fueron interrupciones constantes en los talleres, espacios inadecuados, horarios difíciles (antes de la salida), afectando a la dinámica de los adolescentes interesados en el taller.

Una condición que posiblemente operó como dificultad fue la programación de los talleres un día posterior a los grupos de discusión, dando al adolescente la impresión de que las siguientes sesiones serían pasivas afectando su disposición a participar del taller.

Conclusiones

El trabajo con los adolescentes es un desafío que primero requiere de una serie de acuerdos con los adultos intermediarios, como los padres y los miembros de la escuela.

Se debe trabajar con un número adecuado de adolescentes, un número demasiado elevado no permite el trabajo, tampoco un número muy reducido.

Se debe contar con material apropiado, que haya sido probado y que sea suficientemente atractivo para los adolescentes sin dejar de lado el objetivo y el procedimiento para emplearlo. Para mantener la motivación del adolescente las sesiones deben llevar un ritmo dinámico y al mismo tiempo profundizar en los mensajes.

Las habilidades de los facilitadores tienen que ser amplias, sobre todo cuando los adolescentes presentan problemas de conducta o están poco receptivos. Es deseable mantener el equipo coordinado con personal de mayor experiencia, y los facilitadores requieren un entrenamiento más amplio.

Después de recoger los elementos más importantes de la experiencia de dar talleres es relevante considerar nuevamente los elementos teóricos del campo de conocimiento.

La investigación desarrollada en el campo de prevención para reducir las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, ha sugerido ciertas características que están presentes en las intervenciones exitosas, estas son: el enfoque en las conductas sexuales de riesgo, que los programas estén basados en enfoques teóricos efectivos, dar mensajes claros sobre la actividad sexual, el uso de condón y otros anticonceptivos, dar información precisa sobre los riesgos en las relaciones sexuales sin protección, tocar el tema de la presión en la conducta sexual, modelar y practicar habilidades de comunicación para rehusar una relación sexual, el uso de métodos para que el participante se sienta involucrado y pueda personalizar la información, incorporar metas, técnicas y materiales apropiados para la edad, experiencia sexual y características culturales de los adolescentes, darle el tiempo suficiente a las actividades principales, seleccionar educadores que estén comprometidos con el programa y que sean adecuadamente capacitados (Kirby, 2001)

DISCUSIÓN

Esta investigación encontró relaciones entre los rasgos de personalidad -alteraciones emocionales rasgo- y las conductas sexuales de riesgo. Se cumplieron los objetivos al lograr describir las diferencias entre las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes por sexo y por rasgos de personalidad.

Los datos se ajustan a lo que se espera de las poblaciones escolares: al actuar la escuela como un factor protector, se encuentra una distribución piramidal del riesgo, la mayoría de la población está en la base, es decir, no presenta riesgo, un grupo más reducido entra en la población que requiere un seguimiento y formas iniciales de prevención, que en este caso, sería el grupo de riesgo menor. Sólo una pequeña parte de la muestra fue identificada en riesgo mayor dentro del contexto escolar, siendo estos últimos candidatos a programas de intervención intensivos y de varios componentes. Los adolescentes que están en alto riesgo son aquellos que ya no se encuentran en la escuela, probablemente, sean menores con trabajos eventuales o no se encuentren realizando ninguna otra actividad alterna.

Factores Sociodemográficos

Características Familiares

Los resultados obtenidos en este rubro ayudan a caracterizar el entorno del adolescente y a esclarecer los factores que están presentes.

Respecto a las familias de los adolescentes en riesgo, la conformación familiar de los adolescentes en riesgo menor tiene un sólo padre como jefe de familia; las familias de los adolescentes en riesgo mayor tienen familias reconstituidas y extensas. Según Esquivel (2006) La familia extensa constituye un patrón común de las clases populares, la asociación les permite activar un mecanismo de supervivencia, optimizando recursos y aumentando ingresos.

Estos tipos de familias abren dinámicas familiares potencialmente conflictivas, por ejemplo, las percepción de mayor estrés en la familias

monoparentales donde el sustento y la responsabilidad del cuidado de los hijos ha sido reportado por numerosas investigaciones, asimismo, las familias reconstituidas pueden presentar dinámicas poco favorecedoras para la convivencia y el desarrollo de sus miembros, la relación entre padrastros, madrastras y medios hermanos demanda más recursos en términos de capacidades y habilidades de enfrentamiento, regulación emocional y adaptación de esta nueva conformación en la mayoría de sus miembros.

Las características familiares -como el número de integrantes de la familia y las características de la vivienda- generan interacciones de armonía o conflicto. En México, la familia extensa va en aumento. El número promedio actual de integrantes es de cuatro personas. Los datos sobre la violencia muestran correlaciones positivas entre el hacinamiento y la aparición de formas de violencia (Esquivel, 2006).

La otra evidencia que ilustra las características de las relaciones familiares son los reportes que se obtuvieron en la interpretación de resultados de rasgos de personalidad en el inventario MMPI-A. Los adolescentes, hombres y mujeres, en riesgo, perciben escasa comunicación con sus padres, situaciones que llevan al conflicto y a tener serios desacuerdos con ellos: la administración de castigos injustos, falta de expresiones afectivas, crítica y la sensación de que no pueden contar con sus padres.

Estas características llevan a pensar en la importancia de trabajar con los padres o tutores de los adolescentes, si en el cotidiano, el espacio familiar se convierte en un generador de estrés o malestar emocional, y si la comunicación no es una habilidad que se practique en el grupo familiar, el hablar de temas sensibles como la sexualidad, donde están implicados valores, hábitos, la salud emocional, entre otros, quizá sea un tema que se dificulte aún más.

Sobre este punto, la experiencia que se tuvo en los talleres preventivos que se dieron a los padres, ratifica la explicación: muchos de ellos comentaron que es difícil hablar de sexualidad porque ellos mismos recibieron una

educación tradicional en la cual, hablar sobre este tema era un tabú, motivo de vergüenza y reprimendas.

En los comentarios de los padres se observaron pautas de normatividad de la conducta sexual adolescente que distinguen un mensaje para los hijos hombres que en el caso y otro distinto para las hijas mujeres. Un establecimiento de doble moral (Amuchástegui, 1997), manifiesta, por ejemplo, en la preocupación por el riesgo de embarazo de sus hijas y la preocupación del contagio de infecciones de transmisión sexual en sus hijos, siendo que ambos casos están expuestos a los mismos riesgos. Incluso, estudios señalan que la anatomía de las mujeres en los tejidos del útero facilita la presentación de ITS como el virus del papiloma humano.

Lo que se hace evidente es que las actitudes y posiciones ante la sexualidad y el conjunto de creencias en los progenitores guía muchos de los primeros mensajes sobre la sexualidad que reciben los adolescentes; que como lo menciona I.Szazs (,1998) los mensajes sociales encierran y permiten el establecimiento de relaciones desiguales, que por un lado, permiten ejercer ampliamente su sexualidad a los hombres y sancionan y controlan la sexualidad femenina.

Otro de los resultados importantes fue el encontrar que los padres de los adolescentes en riesgo mayor pasaron por la experiencia de ser padres y madres en la etapa de la adolescencia y juventud. La mayoría de las familias tuvo tres hijos, la edad actual de los padres de estos adolescentes indica que siguen en edad reproductiva, estableciendo la posibilidad de tener familias aún más numerosas, ambas características le otorgan al adolescente un modelo de normatividad en el cual se válida la maternidad y paternidad tempranas, así como la formación de familias que para este grupo social forman parte de su contexto social y cultural. Esto coincide con los análisis de Alatorre y Atkin (1998), que sostienen que las circunstancias desfavorables de las madres adolescentes tienen a ser repetidas con efectos más severos en la vida de sus hijas, quienes presentan problemas escolares y resultan embarazadas a edad temprana igual que sus madres.

La tendencia a albergar nuevos miembros en familias extensas es otro parámetro que se ha estudiado en el caso del embarazo adolescente. Investigaciones encontraron que los modelos y la estructuras familiares suelen permanecer cuando ocurre el embarazo adolescente, las adolescentes siguen viviendo con sus padres en el primer año después del nacimiento de su hijo e incluso hasta después del sexto año de vida (Buvinic, Valenzuela, Molina y Gonzáles, 1998).

Este tipo de características familiares han sido mencionadas por otros estudios como relevantes para el riesgo en la salud sexual y reproductiva como en la salud mental de los adolescentes, según estos estudios la familia va modelando un rol respecto al funcionamiento familiar, la maternidad y la paternidad y los roles de género; se ha encontrado que el llamado mecanismo de supervisión colectiva es importante para la conducta sexual de los hombres adolescentes, mientras que el bienestar de la madre está asociado con la conducta sexual de las mujeres adolescentes (Harris, Duncan y Bosjoly, 2002).

Condiciones de vida

Sobre las condiciones de vivienda, las más importantes para distinguir condiciones socioeconómicas menores fueron tener agua y baño fuera de la casa y no tener cuarto para cocinar.

El índice de hacinamiento no tuvo marcadores superiores en el grupo de riesgo, probablemente se sub-reportó este dato por la deseabilidad social que hace difícil reconocer circunstancias de carencia, sin embargo, la percepción de un espacio limitado “estamos amontonados o muy amontonados” fue una respuesta frecuente en el grupo de riesgo mayor; el tipo de vivienda descrito fue un departamento o habitaciones en un terreno familiar. La carencia de espacios de en la vivienda familiar conlleva a establecer dinámicas familiares como, la permanencia de los jóvenes en las calles, y el no tener un lugar exclusivo para sus necesidades sociales y psicológicas, algunos jóvenes

comentaron cómo las habitaciones se encuentran abarrotadas de objetos de toda la familia, entonces el sentido de privacidad también es una condición difícil de seguir dadas estas características que acompañan el riesgo.

Por las condiciones de vida de estos adolescentes en riesgo se puede concluir que pertenecen en su mayoría a contextos denominados populares urbanos, que según Stern (2004) son grupos que cuentan con casi todos los servicios, urbanos y sanitarios (agua, alcantarillado); tienen bienes materiales como automóvil, casas más sólidas, por lo general, completaron la primaria.

El sustento económico, según los adolescentes, lo proveen ambos padres, sus ocupaciones son empleados, tienen algún negocio propio (comerciante) o son obreros. Es importante destacar que cuanto mayor es el nivel de riesgo existe un aumento en la participación de la madre como proveedora principal del sustento, este dato concuerda con los resultados de Villegas (2007), quien estudió las características sociodemográficas en adolescentes embarazadas de la Ciudad de México de clase social baja y media baja, encontró que las adolescentes pertenecían a familias uniparentales en las que la madre es responsable del sustento.

Además, estos datos sugieren que la supervisión de los adolescentes -considerado un factor protector- es difícil de establecer en estas familias. El papel de la madre en el desarrollo adolescente es relevante, dado que para los adolescentes en riesgo menor y mayor la madre es la persona a la que acudirían en caso de tener inquietudes, problemas o dificultades respecto a la sexualidad.

Otra información que ayudó a completar el perfil de las condiciones de vida de estas familias, fueron los relatos de los directivos y maestros de las escuelas quienes mencionaron que las familias de los alumnos en una amplia mayoría tienen problemas económicos, problemas legales, violencia familiar y violencia en los vecindarios, además de otros problemas como la venta y consumo de alcohol y drogas

Se puede concluir que las condiciones sociales de los adolescentes en riesgo y sus familias no están ubicadas en situación de pobreza, sin embargo muchos indicadores apuntan a una situación de desventaja, que coincide con otras investigaciones en las que se encontró que vivir y crecer en vecindarios pobres o en desventaja crea valores y expectativas respecto al inicio sexual temprano que termina muchas veces en matrimonio o uniones prematuras, sexualidad que se asocia a las conductas sexuales de riesgo como el menor uso de anticonceptivos, embarazo adolescente y nacimientos (Ramírez-Valle, Zimmerman, Nercomb, 1998; Stern y Menkes 2007).

También existe evidencia que los adolescentes que tienen mejores condiciones de vida y pertenecen a estratos socioeconómicos más altos tienen condiciones que facilitan la ejecución de conductas saludables, tienen mayor conocimiento en temas de salud sexual como el VIH, cuentan con apoyo de pares y usan más anticonceptivos (Caballero y Villaseñor, 2001); otro estudio comparó los estereotipos de género en la conducta sexual de adolescentes de diferentes estratos sociales, encontró como los adolescentes de clase media alta tienen proyecciones para su vida como continuar estudios o trabajar, formar una familia está en sus planes pero en etapas posteriores, lo cual indica que tienen motivos importantes para usar anticonceptivos y métodos preventivos así como el conocimiento y los recursos para el auto cuidado en la salud sexual (Stern, 2007).

Nivel de Escolaridad- factor de riesgo y protección

El nivel escolar de los padres de los adolescentes en riesgo fue significativamente más bajo, en su mayoría los padres completaron estudios hasta la secundaria, en el caso de las madres se observó un nivel escolar menor; ellas reportaron primaria incompleta, lo que quiere decir que abandonaron la escuela y la oportunidad de recibir otras habilidades.

Sin embargo esto no significa una regla de desventaja, varias madres

que asistieron a los talleres para padres a pesar de su corta escolaridad estuvieron interesadas y receptivas a conocer formas para mejorar su interacción con sus hijos adolescentes y poder hablar el tema de la sexualidad.

Por otro lado, la variable expectativa escolar que se preguntó a los padres y adolescentes, mostró amplias diferencias, mientras que los padres de los grupos sin riesgo y riesgo menor esperan que sus hijos continúen sus estudios hasta alcanzar nivel universitario, los padres del grupo en riesgo mayor lo manifiestan en menor proporción, muchos de ellos sólo esperan que sus hijos terminen la preparatoria, lo que puede indicar una menor valoración de la vida escolar y sus beneficios; más investigación es necesaria sobre este punto.

Relacionado a este dato se encontró que los adolescentes tienen una discrepancia con sus padres, ellos reportaron tener mayor expectativa escolar, es decir ellos esperan llegar a la universidad pero al parecer, sus padres tienen una expectativa menor.

Se observó otra discrepancia: entre la expectativa de los adolescentes en riesgo de llegar a un nivel universitario y el promedio de calificaciones reportado -en comparación con los otros grupos- los adolescentes de riesgo mayor tienen los promedios más bajos (siete). Debido a que el mantenimiento de una motivación e interés en los estudios se ha considerado como un factor protector, se requiere de mayores estudios que puedan orientar más esta relación con las conductas sexuales de riesgo, por lo pronto esto indica que de mantenerse esa tendencia los adolescentes tienen reducidas opciones para llegar al sistema universitario público en los que se concursa para tener un lugar, la opción de recibir educación superior en instituciones privadas posiblemente no esté al alcance de la mayoría de estos adolescentes.

Este marco social y familiar alberga a los adolescentes en riesgo, por lo que se tienen que tomar en cuenta estas características para implementar una

intervención, ya que no se trata solo de una forma de vida sino también de características de socialización, género y mensajes sobre la sexualidad que van dejando creencias, conocimientos, patrones de conducta socialmente aceptados en el desarrollo de los adolescentes.

Conducta sexual adolescente

La primera conclusión a la que se llegó es que la sexualidad adolescente se mueve en un continuo que va desde la pubertad hasta la expresión de conductas sexuales con y sin riesgo, como lo señala Hott (1998) es el proceso de convertirse en seres sexuales, reconociendo a la sexualidad como el efecto de factores bio-fisiológicos como el funcionamiento hormonal, la cultura incluyendo el aprendizaje social dentro y fuera de familia y la dimensión psicológica que por ejemplo lleva actitudes y emociones que permiten el afrontamiento de estos múltiples factores.

La llegada de la pubertad es un indicador biológico de desarrollo, un antecedente que pone de manifiesto la presencia hormonal y la capacidad preproductiva, ambas condiciones pautan la conducta sexual, para algunos investigadores tener una maduración temprana contribuye al desarrollo de conductas sexuales de riesgo.

En el caso de las adolescentes de este estudio una mayoría tuvo su menarca entre los 12 y 17 años en los tres grupos, algo similar sucedió con los hombres que reportaron su primera eyaculación entre los 12 y 17 años, los resultados de las chicas concuerdan con los datos de la Encuesta de MEXFAM (1999) para el mismo evento, en el caso de los chicos la edad media para la primera eyaculación fue de 14 años.

Sin embargo, el grupo de riesgo reportó la menarca y la primera eyaculación en el rango de edad de 9 a 11 años respectivamente, lo importante de estos eventos es que los adolescentes percibieron su desarrollo como

adelantado, esto puede afectar la imagen corporal y cambiar las interacciones sociales del adolescente, muchos de ellos reconocen que desde que estos cambios sucedieron intentan ligar con alguien que les atrae, sin embargo las diferencias por sexo se van marcando, como menciona Seigffe-Krenke (1998) la nueva corporalidad puede dar más ventajas sociales a los hombres que a las mujeres en los primeros años de la pubertad. Un estudio mexicano encontró como adolescentes escolares hombres percibieron una ganancia el cambio de la pubertad, como sentirse más hombres, más "chidos", y les permite conocer el placer sexual, las verbalizaciones de las mujeres adolescentes le dan una valoración negativa que les trae problemas, la valoran como una friega y lata, como el momento a partir del cual son más controladas (Aguilera, Domínguez, Lara, 2004), esto lleva inferir como esta transformación corporal marca pautas sociales diferentes respecto a la sexualidad de cada uno de los sexos.

La segunda conclusión a la que se llegó es que la conducta sexual adolescente después de la pubertad está marcada por amplias diferencias, en una construcción y reafirmación de la identidad sexual y psicológica, que descansa en los mensajes, valores culturales e ideas respecto a comportarse como hombre y como mujer más allá de la conducta sexual como tal.

Primeras relaciones y acercamientos sexuales

En los hombres las relaciones que fueron más significativas fueron las relaciones con amigas cariñosas y relaciones casuales por atracción. Los hombres estarían buscando más oportunidades para experimentar el placer, el erotismo antes que una conexión afectiva. Sin embargo esto no significa que todas sus relaciones tengan esta categoría, por ejemplo el noviazgo es un tipo de relación que se da en ambos sexos.

Para las mujeres fue más significativa la relación de amistad. Al parecer estos componentes más afectivos están más presentes en las mujeres al establecer relaciones.

Estos datos concuerdan con las llamadas relaciones transicionales adolescentes que ayudan al adolescente a evolucionar en su intimidad afectiva y sexual, con otros que no son su familia, prevaleciendo sentimientos sexuales, el apoyo mutuo y la experimentación de relaciones amorosas, que se mueven en combinación de tres componentes que pueden presentarse solos o aislados como la intimidad, la pasión y el compromiso (Cobb,2001).

Las diferencias en la conducta sexual de hombres y mujeres son consistentes con los reportes de otras investigaciones en los cuales los hombres privilegian el contacto sexual en sus relaciones, mientras que las mujeres parten de un vínculo afectivo y de cierto compromiso para expresar su sexualidad. Como lo establece la teoría del guión en la sexualidad, las interacciones heterosexuales se construyen con los estándares sociales y culturales que dictan lo apropiado para hombres y para mujeres.

Las mujeres son más propensas que los hombres a reportar abuso sexual en la infancia, y presión por parte de alguien familiar y en las relaciones de pareja. Lo anterior se corrobora con los datos obtenidos de adolescentes que reportaron incidentes de abuso sexual y presión para tener relaciones sexuales. Mientras que la socialización sexual de los hombres alienta el desempeño de un rol activo para iniciar y conseguir oportunidades sexuales y controlar la sexualidad femenina (Kornreich, Hern, Rodríguez, O'Sullivan, 2003).

Tratándose de hacer propuestas sexuales nuevamente los hombres destacan en esta conducta las propuestas son principalmente a sus parejas, luego a sus amigas y por último a quienes acaban de conocer; las mujeres hacen pocas propuestas, de aquellas que hicieron propuestas las hacen a su pareja.

En el tema de dar y recibir propuestas sexuales, en general los adolescentes afirmaron recibir más propuestas de las que ellos hacen, las mujeres tienden a recibir propuestas de sus parejas y luego de amigos.

Los hombres del grupo de riesgo mayor reciben más propuestas de amigas, esto también marca la importancia de dar educación sexual a los adolescentes jóvenes, ya que la oportunidad para tener acercamientos sexuales puede llegar de muchas fuentes, no necesariamente de una pareja estable.

La intención de tener relaciones sexuales el siguiente año fue más significativa para los hombres, las mujeres sin experiencia coital indican como motivo para no tener relaciones el deseo de concentrarse en sus estudios, para los hombres sin experiencia sexual coital el motivo principal fue el no estar preparado, este dato final concuerda con lo encontrado por Uribe (2007) en estudiantes de educación media mexicanos residentes en Colima, el motivo mencionado por los adolescentes que no tuvieron relaciones fue que se sentían inmaduros para tener esta experiencia.

Conducta sexual coital

La edad de inicio sexual para el grupo de riesgo menor fue de 15 años para los hombres y 16.5 años para las mujeres, dato que es muy similar a las otras investigaciones, 15 años y un mes para los adolescentes y 15 años seis meses para las mujeres (Uribe,2007) en adolescentes de Colima; datos nacionales como los de la Encuesta Nacional de la Juventud que señala lo 16 años como la edad promedio nacional (INJ,2005), al igual que lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud (González-Garza, Rojas-Martínez, Hernández-Serrato, et al.,2005) que reportó la edad promedio para la primera relación sexual en hombres y mujeres en 15.7 años.

Sin embargo los datos del grupo de riesgo mayor de este estudio muestran una edad por debajo de estos parámetros 13,5 para los hombres y 14 años para las mujeres, algo más cercano a estos datos son los rangos de edad para el inicio sexual reportados por Jiménez (2007), encontró que las mujeres iniciaron entre los 15 y16, los hombres lo hicieron entre los 14 y 16 años, la muestra estuvo constituida por jóvenes y adolescentes estudiantes del Distrito

Federal, probablemente se una característica a tomar en cuenta es el lugar de residencia urbana y las condiciones de riesgo. En general los datos de la investigación coinciden con las tendencias generales que reportan que los hombres inician vida sexual antes que las mujeres, y reconociendo que el inicio sexual se está dando en edades más tempranas (Gayet, Juárez, Pedrosa, Magis, 2003).

La persona con la que inician relaciones sexuales tanto hombres como mujeres fueron sus parejas, resultado que concuerda con lo reportado por la ENJ (IMJ, 2006) para los hombres de grupo de riesgo mayor el inicio fue con amigas, que es la segunda opción de la encuesta nacional.

El número de parejas sexuales en la vida reportado por los adolescentes que reconocieron tener vida sexual fue solo una pareja sexual; el 30% de los hombres adolescentes de riesgo mayor tuvieron 5 o más parejas sexuales, comparado con el 14.7% de mujeres del grupo de riesgo mayor que reportaron hasta cuatro parejas, siendo estos porcentajes bastante más altos que los de la ENJ(2006), que preguntó a los encuestados sobre el número de parejas en el último año, los hombres reportaron entre 2 y 4 parejas, las mujeres una pareja sexual.

Estudios sobre los patrones de actividad sexual de los adolescentes han determinando que el sexo del adolescente diferencia con claridad los cursos, por ejemplo los adolescentes hombres aventajan a las mujeres por número de parejas sexuales, sin embargo las mujeres que inician vida sexual tienen mayor frecuencia de relaciones dada la estabilidad de sus relaciones vínculo. Las motivaciones para la sexualidad femenina tiene que ver con compartir, sentirse bien con la pareja y conocerse mutuamente, en cambio los hombres refieren el placer, el goce y el orgasmo (Weller,2000).

Un hallazgo importante sobre el tiempo de vida sexual, es que hay adolescentes que dejaron de tener relaciones sexuales, una proporción importante ya no han tenido desde la primera vez.

Esta evidencia rompe los supuestos de que una vez iniciada la vida sexual el adolescente se inclina a tener un ejercicio sexual desenfrenado, será importante indagar en futuras investigaciones cuáles son los motivos para que se den estas pausas, si tienen que ver con la disponibilidad de la pareja, eventos contextuales o personales, estos adolescentes que sí tuvieron la experiencia sexual coital requieren seguimiento para sensibilizarlos a tomar medidas preventivas en el futuro.

Conductas sexuales de riesgo

El no uso de anticonceptivos en la primera relación aumenta con el nivel de riesgo, el motivo principal por el que no se usó es que las relaciones sucedieron de pronto. Respecto a esta característica es importante indagar las situaciones que contribuyen, desde la impulsividad, el lugar donde se da la relación, y la falta de hábitos de uso del condón considerando factores como disponer del método preventivo y tener la habilidad para usarlo.

Los porcentajes de no uso son mayores a lo reportado por la Encuesta Nacional de la Juventud (2006), en el que 58% de las mujeres no uso ningún anticonceptivo y 29% para los hombres.

El patrón de no uso de anticonceptivos si no se usó en la primera relación sexual parece que tiende a mantenerse en las relaciones sexuales subsecuentes, en las mujeres el 57.1% de mujeres continuó sin usar versus el 31.8% de los hombres que no usa.

El no uso en mujeres desde la primera relación sexual ha sido documentado por diferentes estudios, entre ellos el de Gayet y colaboradores (2003) que señaló que sólo una de cada cinco mujeres usa el condón en la primera relación sexual, comparado con uno de cada dos hombres en la misma situación. Otros estudios como el de Jiménez (2007), reportó un menor uso en las mujeres; en los datos del presente estudio es alarmante que las mujeres en

riesgo indiquen que nunca usa condón, los motivos se relacionan a la pareja sexual, por que confían en su pareja y tienen relaciones exclusivas con ella, la reflexión de este dato es la necesidad de que la adolescente mujer pueda aprender a ejercer su sexualidad en condiciones más saludables ya que la monogamia no significa que sea necesariamente mutua.

El no uso de anticonceptivos, particularmente del condón es *el riesgo más importante para el embarazo adolescente como para contraer alguna infección de transmisión sexual* y, al parecer, las mujeres son las se encuentran en mayor riesgo.

Revisando las conductas de salud, de los adolescentes que reportaron haber usado condón su motivo prioritario fue evitar el embarazo, secundariamente prevenirse ante una ITS.

Las conductas sexuales de riesgo también mostraron diferencias por sexo, los hombres han tenido más parejas sexuales simultáneas (en el mismo periodo de tiempo) además de la habitual, sexo con desconocidos y sexo recompensado, ellos refirieron más el consumo de alcohol en la última relación sexual, las mujeres han reportado más embarazos y abortos.

El consumo de alcohol y sustancias forman parte de los riesgos asociados con la presentación de conductas sexuales de riesgo. Este aspecto debe ser incluido en la prevención para ambos sexos, especialmente en los hombres considerando que se trata de un problema de salud que tiene importante incidencia entre los adolescentes, ya sea en la etapa de experimentación y más aún cuando se da un patrón de consumo importante.

Los datos se limitan a indagar el consumo en la última relación sexual, posiblemente posteriores estudios tendrían que indagar más sobre el patrón de consumo y su relación con la conducta de riesgo, la literatura refiere la

conducta de consumo de alcohol como barrera para el uso correcto de anticonceptivos, principalmente el uso del condón, no hay evidencia concluyente de el aumento de actividad sexual, aunque se conoce que ciertas drogas sintéticas, tienen un efecto de excitación aumentada que es buscada por los jóvenes.

Por otro lado, estos contextos de riesgo también transmiten modelos de conducta, por ejemplo, la “normalidad” de conocer a alguien que fue padre o madre adolescente. El 42,2% de la muestra total de adolescentes tiene un amigo o familiar cercano que pasó por la experiencia del embarazo, los adolescentes de riesgo mayor reportan dos o más familiares o amigos cercanos. Las personas reportadas más por las adolescentes son, también mujeres: hermana, prima, amiga.

Este dato muestra como este evento es bastante común en los entornos donde conviven estos adolescentes, se aproxima al 55.7% de las mujeres que se embarazaron alguna vez en la vida siendo adolescentes reportado por la ENA (2005), aunque aquí es importante mencionar que este panorama está fuera de la escuela. En el caso de este estudio la proporción de adolescentes que reportaron al menos un embarazo fue reducido, las adolescentes que admitieron haber pasado por ésta experiencia fueron las mujeres del grupo de riesgo mayor, en cuanto al sexo sólo las mujeres reportaron embarazo e interrupciones en menor proporción. Entre los hombres en riesgo entrevistados un adolescente manifestó un importante malestar emocional por el aborto que se practicó su pareja, su preocupación estaba relacionada a una idea de conformar una familia, en la que él se podía hacer responsable del bienestar de la pareja y del bebé. Esta información remite a considerar lo valioso de las técnicas cualitativas para sacar a la luz los elementos particulares de la vivencia masculina de un evento como el aborto que fue sub-reportada en el cuestionario CDA.

Diferencias de Género

En el plano de desarrollo la sexualidad adolescente pasa por la tarea de integrar los sentimientos sexuales, los valores morales en un guión razonablemente coherente de creencias sexuales personales y conductas sexuales, pero además se suman los estereotipos y creencias sociales, lo que para Marsiglio se denominaron ideales, por ejemplo que un hombre de verdad es fuerte, no muestra emociones, y donde su agresividad se mezcla con su sexualidad masculina. Por otro lado el ideal de las mujeres verdaderas como pasivas, emocionales, atractivas se mezcla con la sexualidad femenina (Coob, 2001). Un estudio mexicano encontró que la masculinidad adolescente se relaciona como la fuerza, el dominio interpersonal, el dinero y la influencia pública. Las mujeres fueron vistas como víctimas reales y potenciales por su condición femenina de debilidad (Villaseñor-Farías; Castañeda-Torres, 2003).

Quizás un factor que se debe mencionar es que en los autoreportes existió una proporción de adolescentes hombres que sobre reportaron su conducta sexual, y que las mujeres por el contrario sub-reportaron sus conductas sexuales, en ambos se sospecha que el motivo que influyó fue el seguir la norma social esperada; otras investigaciones reconocieron esta dificultad, como el estudio de Caballero (2007) que manifestó que varias adolescentes mujeres no reportaron el uso de anticonceptivos. La norma social es permisiva con los hombres y juzga a la sexualidad de las mujeres, por lo que los adolescentes pudieran tender a mantenerse en esta expectativa social.

Como se pudo apreciar a lo largo de la exposición de resultados y conclusiones, hombres y mujeres tienen formas diferentes de manifestar la sexualidad, y cuando se habla de conductas sexuales de riesgo las diferencias se acentúan, los hombres en búsqueda de placer y sensaciones, una sexualidad que sirve de experiencia para validar la masculinidad por ejemplo con varias parejas, es lo que Zuckerman (2006) refiere como control proactivo

en sus interacciones sexuales donde existe más actitud, de manipulación para conseguir los fines antes citados.

Las mujeres por su parte representan la sexualidad más ligada a los vínculos afectivos como lo señaló Szaz(1998), la progresión en los avances de la conducta sexual de las mujeres están mediadas por el contexto y normas sociales, también referidas a ser mujer en una determinada cultura.

Fue importante retomar todo el contexto de la conducta sexual de los adolescentes y distinguir los cursos normativos de los cursos de riesgo, finalmente la conducta sexual opera en una interacción de factores que la hacen compleja de estudiar, y cuando se trata de la conducta sexual adolescente, la sexualidad va acompañada de sentimientos y conductas, en las que algunas combinaciones ponen al adolescente en riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual o del embarazo adolescente, pero varias de estas manifestaciones forman parte del desarrollo normativo integrando a la sexualidad en el sentido de identidad.

Los adolescentes no sólo son los exponentes más visibles de los nuevos patrones de conducta sexual, sino que están participando en estructuras familiares innovadoras cuyos efectos a largo plazo son aún inciertos (Luker, 1996). Esta afirmación resume en gran manera la importancia de trabajar con los adolescentes, pone en relieve la necesidad de reconceptualizar y rescatar al adolescente como un sujeto social activo capaz de procurarse salud y desarrollo individual y social.

Los rasgos de Personalidad; la mediación del Riesgo

La principal aportación de esta investigación en el campo de conocimiento sobre conductas sexuales de riesgo en la adolescencia es reconocer el papel de las diferencias individuales, los rasgos de personalidad manifestados como tendencia a desarrollar alteraciones emocionales marcan pauta de ampliar la comprensión del fenómeno del riesgo, así como la

percepción de los entornos que propone el modelo de Jessor del cual se retoma en esta investigación.

Los alcances de esta investigación no solo se quedan en hallazgos que ayudan a desarrollar el conocimiento en este campo, sino también proponen la construcción de un modelo preventivo derivado de los resultados, que es una propuesta novedosa diferente a la tradicional prevención universal que recibieron muchos adolescentes. Pone en relieve la atención conjunta del bienestar emocional del adolescente para encontrar mecanismos de reducción del riesgo.

Los perfiles de riesgo son instrumentos valiosos para determinar las áreas que estos adolescentes necesitan trabajar, los aportes se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Los hallazgos fortalecen la propuesta de la teoría de riesgo psicosocial de Jessor (1998), encontramos que es un modelo valioso que puede ayudar a comprender las conductas sexuales de riesgo
- La conducta sexual de riesgo se manifiesta asociada a otras conductas problema como las alteraciones emocionales y el consumo de sustancias, la prevención debe comprender estos factores de comorbilidad.
- Reconocer que de las diferentes trayectorias en las manifestaciones de la sexualidad adolescente no todas convergen en el riesgo.
- Los entornos sociales como la familia y escuela se encargan de mantener la norma social respecto a la conducta sexual, que por lo que se ha visto es tolerante con la sexualidad masculina y persecutoria y de control con la sexualidad femenina. Creencias morales y religiosas rígidas pueden constituirse en limitaciones para aceptar la sexualidad adolescente como parte de la vida en múltiples dimensiones.
- El uso de métodos cualitativos enriquece la investigación en este campo, permite indagar más allá de los datos cuantitativos y complementar

confirmando los hallazgos con el otro método, al mismo tiempo que ayuda a tener acceso de la percepción de la población potencialmente beneficiaria de las acciones de prevención.

- El desempeño ético en la investigación en este campo de salud sexual y salud mental compromete a quienes realizan este trabajo, es importante responder a las necesidades emergentes de la población, así como retribuir en alguna medida el esfuerzo de los participantes que prestaron su colaboración en la investigación.

Los aportes de esta investigación se limitan a adolescentes escolares del sistema de educación pública, lo que significa que los adolescentes que están en riesgo más alto ya no estén en las escuelas, sean menores trabajadores, o sin alguna actividad organizada. Sin embargo por datos aportados por algunas investigaciones como las de Stern (2007), la necesidad de prevención en escuelas públicas será un factor importante por la estabilidad en la presentación de casos de embarazo adolescente: En el caso de las escuelas privadas que tienen una población socioeconómica con mayores ingresos se observarán cada vez más casos de adolescentes embarazadas.

Por otro lado se consideraría muy importante indagar las trayectorias de riesgo de los adolescentes que siguen en la escuela, a pesar de tener como antecedente la experiencia del embarazo temprano, o haber recibido un diagnóstico de alguna infección sexual. Trabajar con estos subgrupos posiblemente ayude a conocer los elementos que llevaron al riesgo. Un enfoque distinto seleccionaría a los jóvenes que están expuestos a los mismos riesgos, pero no desarrollaron estas conductas.

Adicionalmente, sería importante mejorar el instrumento que evalúa la conducta sexual, y aplicarlo a poblaciones diferentes en el continuo de riesgo, lo cual permitiría trabajar con poblaciones más grandes y así generalizar los resultados.

Finalmente, se debe mencionar que los datos de esta investigación no toman en cuenta a poblaciones especiales, como los adolescentes que se reconocen con una orientación sexual distinta a la heterosexual, indagar sobre las conductas de riesgo en estas poblaciones también merece mucha atención.

SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Con las escuelas (Meave y Lucio,2008)

Desde el inicio del trabajo será relevante *establecer un canal de comunicación* desde los primeros momentos, desarrollarlo y mantenerlo durante cada etapa de trabajo, especialmente abriendo la posibilidad de que la escuela reciba retroalimentación.

Como lo señaló Bustom, et.al (2002) cuando los directivos comparten la percepción de beneficios y se identifican con los fines últimos de la investigación, los resultados son mucho más exitosos para ambas partes.

La capacitación a profesores es fundamental para sustentar los programas de prevención (FHI, 2000).

Los equipos de investigación deben *capacitarse para sostener una conducta ética durante su trabajo en temas de sexualidad con los adolescentes*, mantener una actitud de respeto, empatía y confidencialidad, lo que incluye tiempo adicional para canalizar o tratar casos especiales como la detección de abuso sexual o embarazo adolescente.

Aunque datos de la Encuesta Nacional a padres encontró que el 80% están de acuerdo en que sus hijos reciban educación sexual (IFIE; 2003), esto no se traduce en el reconocimiento de su propia participación, en algunos casos tampoco permiten que sus hijos se beneficien. La investigación sobre las creencias, valores culturales y sociales respecto a la sexualidad de los educadores y padres brindará elementos importantes para mejorar las propuestas preventivas (WHO, 2002).

Los mismos factores que actúan como barrera, pueden actuar como facilitadores del trabajo en salud sexual con adolescentes escolares, para ello, se deben reconocer lo factores participantes:

- A) Desarrollar junto con las escuelas formas de trabajo que faciliten una investigación en la cual los resultados puedan implementarse. Un trabajo con metas a corto y mediano plazo adecuadamente evaluado puede tener incidencia en estos escenarios.

- B) La integración de maestros en actividades de prevención reconocidos por las autoridades y la propia escuela puede fortalecer el trabajo en prevención.

- C) Lograr una mayor participación de los padres en las tareas de prevención en salud sexual y reproductiva, para que la ley general de educación de 1993 (Pick, 2006) cumpla su cometido.

- D) Los adolescentes necesitan espacios que les permitan abordar el tema de sexualidad en un marco integral de salud física y emocional, asegurando el respeto a su intimidad y la confidencialidad, esto incluye al personal de las escuelas, sus padres o tutores y el equipo externo -en este caso de investigación (Meave y Lucio,2008).

Las escuelas deben involucrar a estudiantes, maestros, directores, padres y a la comunidad a participar en el planteamiento de metas. Los objetivos de los programas de intervención preventiva conocerán de forma más directa las necesidades y si éstas son incorporadas incluirán esta diversidad y además, se mantendrán en el tiempo.

Mientras más puntos de vista sean incluidos y se generen compromisos de trabajo en equipo, mejor funcionarán los programas de salud basados en la escuela (WHO, 2002).

REFERENCIAS

- Achenbach, T.M.(1990). Conceptualization of developmental Psychology. En M. Miler (ed). *Handbook of Developmental Psychopatology*. New York.: Plenum Press.
- Atkin,L., Eherenfeld,N.,Pick,S.(1996)Sexualidad y fecundidad adolescente. En Langer,A.,Tolbert,K. *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. México.:Edamex- The Population Counsil.
- Atkin, L.C. y Givaudan, M. (1990). Perfil Psicosocial de la Adolescente Embarazada Mexicana. En: Temas Selectos de Reproducción Humana.México.: *Instituto Nacional de Perinatología*, pp. 123-133
- Advocates for Youth. (2003).Sexual Health. Adolescence. Recuperado en enero de 2003, de la fuente [http://www.advocatesforyouth.org/ resurces/](http://www.advocatesforyouth.org/resurces/)
- Advocates for Youth. (2004). Aids statistics in adolescence report. Recuperado en 2005, de la dirección [http// www. advocatesforyouth.org/ AIDS.-Teen by country/0998- inf](http://www.advocatesforyouth.org/AIDS-Teen%20by%20country/0998-inf)
- Adler, N.E., Kegeles, S.M., Cenevro, J. L.(1992). Risk taking in health. En Yates.J. F(Ed). *Risk Taking Behavior*. London.: John Wiley & Sons Ltd.
- Ajzen.I.(2005). Attitudes, Personality and Behavior. New York.: Open University Press – Mc Graw Hill Education
- Allport,W.G.(1961). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires.: Paidos
- Alfaro, B.(1995). El modelo de la Acción Razonada como predictor del uso del condón en adolescente. Tesis de maestría no publicada: Universidad Nacional Autónoma de México
- Alarcón,P.,Vinet, E., Salvo, S. (2005-Mayo) .Estilos de Personalidad y Desadaptación Social Durante la Adolescencia. *Psykhe*. [online]..14,1,3-16. Recuperado en agosto de 2006, en la dirección [http://www.scielo.cl/scielo.php-ISSN 0718-2228](http://www.scielo.cl/scielo.php-ISSN%200718-2228)
- Amucháustegui,A. (2002). El significado de la Virginidad y la iniciación sexual un relato de investigación. En Szasz, I. Lerner,S. *Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México.: El Colegio de México.
- Amuchástegui, A., Rivas,M.(1997-Febrero). La sexualidad adolescente y el control social. México.D.F. *Letra S* Revista electrónica. Recuperada en Junio de 2003, en la dirección <http://www.jornada.unam.mx/1997/02/06/ls-Sexualidad.html>
- Amucháustegui,A., Rivas,M., Brofman, M.I.(1995). SIDA en México migración, adolescencia y género. En Brofman,M., Amuchástegui, A., Martina, R.M., Minello, N.,Rivas, M., Rodríguez,G. Sida en México. México.:Litografía Maico, SA de C.V.

- American Psychiatric Association. (2002). Ethics Code. Recuperado en marzo de 2005, de la dirección <http://apa.org/ethics/>
- Archer, R.P. (1997). *Assessing Adolescent Psychopathology*.: Laurence Erlbaum Associates Inc. New Jersey.
- Ashworth, T. (1982). The cultural adjustment of immigrant children. En Nan (Ed) *Uprooting and surviving: Adaptation and resettlement of migrant families and children*. Holland.: Reidel.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by the Social Cognitive Means. Society for Public Health Education. *Health Education and Behavior*, 31, 2.
- Barton, J., Parry-Jones, W. (2004). Adolescence [Cap 11.4]. En . Detels, Mc Ewen, Beaglehole, Tanaka. (Eds): *On Public Health*. New York.: Oxford Press.
- Black, M., Krishnakumar, A. (1998). Children in Low Income, Urban Settings: Interventions to Promote Mental Health and Well-Being. *American Psychologist*, 53.
- Berenzon, S., Rojas, E. (1997). Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en los estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana. *Salud Mental*, 20, 1-7.
- Bernal, B., Hernández, G. (1997). Las enfermedades de transmisión sexual (ETS): un reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. *Revista SIDA-ETS*, 3.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Zambrano-Ruiz. (2004). La depresión con inicio temprano, prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Mental*, 46, 417-424.
- Bloss, P. (1981). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.
- Bobadilla, J.L, Frenk, J., Freijka, T., Lozano, R., Stern, C. (1990). The epidemiological Transition and Health Priorities. *Health Sector Priorities Review*. New York.: The World Bank.
- Brooks-Gunn, J., Paikoff, R. (1993). Sexuality and Developmental Transition during Adolescence. En Shulemberg, J., Maggs, J. Hurrelmann, K (Ed). *Health Risk and Developmental Transition during Adolescence*. New York.: Cambridge University Press.
- Burth, M., Resnik, G. (2002). *Building supportive Communities for at-Risk Adolescents*. Washington, D.D.: APA
- Buvinic, M., Valenzuela, J.P., Molina, T., González, E. (1998). La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: La transmisión de la pobreza en Santiago de Chile. En Schmuklwer, B. (Año) [Coord]. *Familias y relaciones de género en transformación*. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe. México.: Edamex-The Population Council.

- Hidalgo- San Martín, R., Caballero-Hoyos, R., Celis-De la Rosa .A., Rasmussen-Cruz. B. A.(2003). Validación del cuestionario para el estudio del comportamiento sexual, social y corporal de adolescentes escolares. *Salud Pública*, 45,[suplemento],S 58- S 73.
- Caparana, C. G., Cervone, D. (2000). *Personality: Determinants, Dynamics and Potentials*. U K.: Cambridge University Press.
- Caraveo,J., Colemenares, E., Martínez, N.(2002).Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México.*Salud Pública Mex*, 44,6.
- Catania,J.A.,Kegeles,S.M., Coates,T.J.(1990). Towards an understanding of risk behaviour: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education*, 17, 53-72.
- Caballero, H.R.(2008). Factores de comportamiento asociado al riesgo de ITS y del VIH: Revisión de estudios publicados entre 1983 y 2004. En Stern,C.(Coord). *Adolescentes en México: Estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México.: El Colegio de México.
- Caballero-Hoyos,R., Villaseñor-Sierra,A.(2001). Conocimiento sobre VIH/ SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública Mex*, suplemento 1, 1008.114.
- CDC. (2003).Health, United Status 2000 With Adolescent Health Chartbook. Recuperado el 12 de Octubre de 2004, en la dirección :<http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/ hus00.pdf>
- CDC. 1999).Youth Risk Behavior Surveillance - United States. Surveillance Summaries. June09 2000/49(ss05). Recuperado en octubre de 2003, en la dirección: <http://www.cdc.gov/mmWR/preview/mmwrhtml/ss4905a1.htm>
- Cervantes, G. A, Martínez, L. M. (2003). Panorama Epidemiológico de los Adolescentes. Análisis datos desagregados SISPA. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia. Disponible en su versión electrónica en la dirección [http:// www.degepi.salud.gob.mx/ boletín. 2002](http://www.degepi.salud.gob.mx/boletín.2002)
- CENEP. (2000). *Recomendaciones para la atención integral a los adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Washington.: OMS/ FNUAP- OPS.
- Chowdhury, M.E, Anwar,I., Alam, N., Ahmed, .A., Mallick, P.S., Gupta, D., et.al (2002). Assesment of sexual behavior old men in Bangladesh: a methodological experiment.: FHI. Recuperado en julio 2005 [http://www.icddr.org/ pub/publication.jsp?classification/ ID=63&pubID=8443](http://www.icddr.org/pub/publication.jsp?classification/ID=63&pubID=8443)
- Cicchetti, D. (1995). Developmental Psychopatology. En *Perspectives on Developmental Psychology*. D. Cicchetti, Cohen.D (Coord). Theory and Methods. New York.: John Wiley & Sons.

- Cobb,N.(2001).*Adolescence: Continuity, Change and Diversity*. California.: Mayfield Publishing Company.
- CONAPO. (1999). Veinticinco años de transición epidemiológica en México. Reporte Técnico. Recuperado en diciembre de 2006, en la dirección: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/1999/PDF/99002.pdf>
- CONAPO. (2004). Proyecciones de la Población de México 2000-2050.:Autor.
- CONASIDA. (2003). Comité de Monitoreo y evaluación. Unidades con Marcador positivo de Infección por VIH, por Entidad Federativa 1999-2003 Recuperado en mayo de 2004, en la dirección: www.salud.gob.mx/conasida/comvensida/hsh/boletin.pps
- CONASIDA.(2006).Incidencia de ITS por edad y entidad federativa. Datos 2006. recuperado en diciembre de 2005, de la dirección <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2006/panoepidemi>
- CONASIDA.(2007). Casos acumulados de SIDA por edad y sexo. recuperado en febrero de 2008, de la dirección <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2007/porexoyedad> noviembre
- Connolly,S.D, Paikoff, R.L., Buchanan, C. M. (1996).*Psychosocial Development during adolescence*. The interplay of Biological and Psychosocial processes in puberty.
- Cornell University.(2003). Adolescent Self-Esteem. Research and Findings. Collaboration of Cornell University of Rochester and the New York State Center for School Safety. Recuperado en noviembre de 2007, en la dirección : http://www.actforyouth.net/documents/june_self_esteem.pdf.
- Cotterel,J.L.(1992). School size as a factor in adolescent's adjustment to the transition to secondary school. *Journal of Early Adolescence*,12, 28-45.
- Coyle, K.K., Kirby,D.G., Marin .B. V. , Gómez, C., Gregorich, S. B.(2004,May). Draw the Line/ Respect the Line: A Randomized Trial of a Middle School Intervention. *American Journal of Public Health*, 94, 5,843-851.
- DiClemente.R., Hansen.W, Ponton.L.(1996). *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. New York.: Plenum Press.
- DiClemente.R, Wingood,G., Crosby.R, Sioneann,C, Brown.L., Rotbaum,B., Zimand.E.,Coob.B., Harrington.K, Davies, S.American Academy of Pediatrics, version electrónica recuperada en marzo de 2004, de la dirección <http://www.pediatricas.org/cgi/content/full/108/5/e85>
- DGIS-SSA.(2005). Causas de Morbilidad. Recuperado en abril 2007, en la dirección [http:// www.salud.df.gob/ causas de morbilidad/ jóvenes](http://www.salud.df.gob/ causas de morbilidad/ jóvenes)
- Dryfoos, J. (1990) *Adolescent at Risk: Prevalence and Prevention*. New York.: Oxford University Press.

- Dryfoos, J.(1994). *Full Service Shools a Revolution in Health and Social Service for Children, Youth and Families*. San Francisco.: Jossey-Bass
- Fisher,.T. (2003). Women's Sexual Behaviors May Be Closer To Men's Than Previously Thought. Ohio State University. *ScienceDaily* Recuperado en Agosto 2007, en la dirección :<http://www.sciencedaily.com/releases/2003/07/030701220850.htm>
- Friedman,H.L.(1992-July). Changing Patterns of Adolescente Sexual Behavior: Concequences for Health and development.[Journal Review]. *Journal Adolescent Health*, 13,5, 340-50.
- Frenk,J.,Bobadilla, J.L.,Stern.C, Feijka.T.,Lozano.R.(1991). Elementos para una teoría de la Transición en salud. *Salud Pública de México*,33,448,462
- Fleiz-Bautista, C; Villatoro-Velázquez, J., Medina-Mora, M. E, Alcántar-Molinar, E., Navarro-Guzmán, C., Blanco-Jaimes, J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México.*Salud Mental*,22,4,14-19.
- Funder, D.C.(2004). *The Personality Puzzle*. California.: University of California Riverside.
- Fustemberg,F., Brooks-Gunn,J.,Chase-Lansdale.(1989). Teenage Pregnancy and Childbering. *American Psychology*,44,22,313-320.
- García, J.N., Alberts, A.(2000). *A guide to impact evaluation of Scholl-based Adolescent Sexual and Reproductive Health Programmes and projects.*: UNFPA- Chile.
- García, A.M.(2000 A).La educación sexual en la reforma educative de los años setenta. Recuperado en agosto de 2007, en la dirección electrónica: http://educación.jalisco.gob.mx/consulta_educar/17/Garcia.A.html
- García-Baltazar,J.,Figueroa-Perea,J.(1992). Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex*,34,(4),413-426.
- Gayet, C., Juárez,F., Pedrosa, L.A., Magis, C.(2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Publica Mex* ,45, [suplemento], :S632-S640
- GIRE (2005). Con qué frecuencia se embarazan los adolescentes. Tasas de fecundidad adolescente. Recuperado el Septiembre de 2007, en la dirección http://www.gire.mx/embarazo_adolescente.php.
- Goncalves, S.,Castellá,J.,Carlotto,M.(2007). Predictores de Conducta sexual de Riesgo en Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*,41,2,161-166.
- Goleman, D. (1986). Childrens Response to War?, Recuperado en [http:// ChilDevelopment/Psy/events-](http://ChilDevelopment/Psy/events-).
- González-Forteza, C., Pick, S., Villatoro, J., Romero, M., Collado, M.E. y Mariño, M. Del C. (2001). "Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento en la sexualidad de los adolescentes mexicanos". *SESAM*, 1,9,12-23.

- González-Forteza, C., Berenzon, S., Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental*. [Número especial].
- González-Garza, C., Rojas-Martínez, R., Olaiz-Fernández, G. (2005). Perfil del Comportamiento sexual de adolescentes mexicanos de 12 a 19 años. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública*, 47, 3., 209, 218
- González-Forteza, C; Villatoro, J; Alcántar, I; Medina-Mora, Ma. E; Fleiz Bautista, C; Bermúdez Lozano, P; Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25, 6.
- Goñi, A., Rodríguez, Arantzazu. (2007 Julio- Agosto). Variables associated with the risk of eating disorders in adolescences / Variables asociadas al riesgo de padecer trastornos alimentarios en la adolescencia. *Salud Mental*, 30, 4, 16 – 23.
- Gordon. (1989). An Operacional Classification of Disease prevention. In J. A. Steinberg M, Silverman (Eds). *Preventing Mental Disorder*. Rockville.: Departametro do Health and Human Services.
- Graber, J. A., Brook-Gunn, J., Galen, B.R. (1998). Betwix and between: Sexuality in the context od adolescent transitions. En Jessor. R. (Ed). *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. London.: Cambridge University Press
- Gutmacher Institutte. (2001). Teenager's Sexual and Reproductive Health: Developed Countries. Recuperado en diciembre de 2007, en la dirección: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_teens.html
- Hall, P.A., Holmqvist, M.BA., Simon, S. (2004). Risky Adolescent Sexual Behavior: A Psychological Perspective for Primary Care Clinicians. *Topics in Advance Practice Nursing e Journal*. Recuperado el agosto 2004, en la dirección electrónica [http:// medscape/view articles/adolescente health](http://medscape/view_articles/adolescente_health)
- Harris, K.M., Duncan, J. G., Boisjoly, J. (2002 March). Evaluatin the Role of “Nothing to Lose” Attitudes on Risky Behavior on adolescence. *Social Forces*, 80 3, 1005-1039.
- Hayes, Ch. (1987). *Risking the future Adolescence Sexuality, pregnancy, and Childbering* Vol (1). Wasington D.C.: National Academy Press.
- Heaven, P. (2000). *Adolescent Health the Role of individual differences*. London.: Routledge.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hott, J. R. (1998). Sexual Awareness. En Sheinfeld S.G y Arnold. *Health Promotion Handbok*. New York.: Mosby.
- Huerta, L.R. (2001). Reforma sanitaria, Promoción de la Salud y Programas de salud de los adolescentes en la región: Casos de Brasil, Costa rica y República Dominicana. *Estado de la situación y lineamientos estratégicos para las acciones*. Organización Panamericana de La Salud.: OPS.

- INEGI. (2001). Morbilidad y Mortalidad por edad. Datos principales de indicadores de salud de la población. Recuperado en enero 2003, en la dirección electrónica [http:// www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx) .
- INEGI. (2005). Censo de Población y Vivienda. Resultados definitivos. Grupo de edad 15-19 años. Recuperado en septiembre de 2007, en la dirección <http://www.inegi.gob.mx/lib/olap/general-ver3/MDX.QueryDatos>
- INEGI. (2006). Datos de nivel de fecundidad, promedio de hijos vivos. Recuperado el 4 de septiembre de 2006, en la dirección en <http://www.inegi.gob.mx/INEGI/contenidos/espa%F1ol/bolet%F3n>.
- INJ. (2005). Encuesta nacional de la Juventud 2005. Bolet%F3n n. 23. Sexualidad. Recuperado en junio de 2007, en la direcci%F3n <http://www.imjuventud.gob.mx/bol.23sexualid/>
- INJ. (2000). Encuesta nacional de la Juventud 2000. Recuperado en septiembre 2004, en la direcci%F3n <http://www.imjuventud.gob.mx>
- Ingham,R., Stone,N., OMS. (1999). *Topics for Individual Interviews and Focus Group Discussions: Partner selection, sexual behavior and Risk taking*. Department of Reproductive Health and Research.: Autor
- Jessor,R.(1998). *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. En Jessor.R (Coord). New York.: Cambridge Press.
- Jessor,R., Turbin, M. S., Costa, T. M.(1988). *Risk and Proteccion in succesful outcome among disadvantaged adolescents*. Applied Development Science.New York.:Laurence Erlbaum
- Jim%F3nez,S.(2007). Habilidades de Comunicaci%F3n en la Interacci%F3n sexual y conducta sexual de riesgo en adolescentes. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicolog%F3a UNAM. Documento no publicado.
- Ju%F1rez, F., Villatoro,J.,Gutierrez,M.,Fleiz,C.,Medina-Mora,M.E.(2005).Tendencias de la Conducta Antisocial en Estudiantes del Distrito Federal. *Salud Mental*, 28,(003),60-68.
- Kalmus, D., Davidson, A., Cohal,A, Laraque, D., Cassell.C. (2003 March/April). *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. The Alan Guttmacher Institute.
- Kashani, J. H., Beck, N. C. y Burk, J. P. (1987). Predictors of psychopathology in children of patients with major affective disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32.
- Kemshall, H.(2002). Risk Assessment and Management of Serious Violent and Sexual Offenders: A review of current issues. Recuperado en agosto de 2004, en la direcci%F3n <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2002/11/15703/12488>
- Kendall, P.(1991). *Child and Adolescent Therapy: Cognitive–Behavioral Procedures*. New York: The Guilford Press.

- Kimel, D., Weiner, I. (1985). *Adolescente a Developmental Transition*. New York: John Wiley and Sons.
- Kirby, D. (1999). Reducing Adolescent pregnancy Approches that work. *Contemporary Pediatrics*, 16,1,83-94.
- Kirby, D. (2001) Reflexion on Two Decades of Research on Teen Sexual Behavior and Pregnancy. En Meehan, M.A., Astor-Stetson, E. (Eds). *Adolescent Psychology*. Annuals Editions. Connecticut: McGraw-Hill/Dushkin.
- Kirby, D., Laris, B.A., Roleri, M.S. (2006). *Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics* .: Family Health International
- Kornreich, J. L., Hearn, K. D.; Rodríguez, G., O'Sullivan, L.F. (2003 Feb). Sibling Influence, Gender Roles, and the Sexual Socialization of Urban Early Adolescent Girls. *Journal of Sex Research*, 40,1,101- 110.
- Langer, A., Tolbert, K. [Eds]. (1996). *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. The Population Council. México.: Edamex.
- Larson, I. (2002). *The kaleidoscope of Adolescente: Experience of the World 's Youth at the beginning of 21st century*. En *The Worlds Youth: Adolescence in eight regions of the World*: Benson.
- Latorre, J.M., Bellot, P. (1994). *Psicología de la Salud*. Buenos Aires.: Lumen.
- Levine, M., Perkins, D. (1997). *Principles of Community Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Lee, D., Berman, L. (1997). Reconsidering Teenage Sexuality. En J.T. Sears (Ed). *Sexuality and the Curricula* The Politics practice of Sexuality Education.
- Lifespan. (2007, April 30). Teen Risk Behaviors Can Be Identified Through Simple Screening. *ScienceDaily*. Recuperada en Octubre, 2007, de <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/04/070430102036.htm>
- Lira, J., Zambrana, M., Oviedo, H., Ibarrengoitia, F., Abuhed, R. (2005). Implicaciones Perinatales del embarazo en mujeres adolescentes. *Ginecología y Obstetricia*, 74,270,274.
- López-Rosales, F., Moral- de la Rubia. (2001). Validación de una escala de Autoeficacia para la prevención del Sida en adolescentes. *Salud Pública Mex*, 46,5, 421-432.
- Lucio, E. (1998). *Inventarios Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes*. Manual para la aplicación y calificación. México.: Manual Moderno.
- Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E., Velasco, E. (2001-octubre). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 24, 3.
- Lucio, E., León, I. (2003). *Uso e interpretación del MMPI-A en español*. México.: Manual Moderno.

- Lucio, E., Durán,C.(2002). Ficha sociodemográfica. Versión para la investigación, Empleado en temas de Riesgo suicida en adolescentes y eventos de vida estresantes. Documento no publicado de circulación limitada. Facultad de Psicología UNAM.: Autor.
- Lucio, E., Meave,S.(2005). Cuestionario sociodemográfico. Versión para la investigación. Empleado en Meave, S.Tesis de doctorado, documento no publicado de circulación limitada. Facultad de Psicología UNAM.: Autor.
- Luker, K. (1996). *Concepciones Ambiguas: Las políticas del Embarazo Adolescente*. Londres: Harvard University Press. (*) Traducción al español Gumá. M [Revisado por Stern,C.] Material del seminario Embarazo adolescente en México. Colegio de México.
- Maggis, C., Bravo,E. (1998). La situación del Sida en México.*Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas*, 18, Noviembre- Diciembre,236-244.
- Matarazzo,J.D.(1984). Behavioral inmunogens and pathogens in health and illness. En Harnosds.B.L., Sheirer (Eds). *The Master Lecture series Vol 3. Psychology and Health*. Washington.: American Psychology Association [Traducción: Carlos Figueroa].
- Masten, A. S. (2006). Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development*, 31, 46-53.
- Madaleno, M., Schutt-Aine, J.(2003).*Sexual Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas: Program and Policy*.: Organización Panamericana de la Salud.
- Madaleno,M., Morello,P.,Infante-Espíndola,F.(2003). Salud y desarrollo de adolescentes en América Latina y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de Méx*,45 Sup 1.
- Mariño, M., Medina-Mora., M.E, Mondragón,L., Doménech,M., Diaz.L.(1999-junio).¿Quienes son los adolescente que no van a la escuela? Encuesta de Hogares en la ciudad de Pachuca Hidalgo. *Salud Mental*,22.
- Mc Cauley, C, Lee,Y.T., Draguns,J.(2000).*Personality and Perceptions a cross Cultures*. New Jersey.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mcleod,J., Shanaham, M.(1996).Trajectories of Poverty and Children's Mental Healtl. *Journal of Mental and Social Behavior*, 37, 207-220.
- Meave,S(2006). Notas de campo. Tesis de Doctorado no publicada, Facultad de psicologías. UNAM .: Autor.
- Meave,S., Lucio,E.(2006). Cuestionario de Desarrollo Adolescente. Versión para la investigación no publicada. En Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología-UNAM.:Autor

- Meave, S., Lucio, E. (2008). Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual: Una experiencia con adolescentes en escuelas públicas. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13,36.
- Menkes, C., Suárez, L. (2003, Enero–Marzo). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*,35,233-263.
- Medina-Mora, M.E., Peña- Corona, M. P., Cravioto, P., Villatoro, J., Tapia R. Blanco, J. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas. Conducta sexual en Estudiantes de la ciudad de México. *Salud Pública de Méx.*,44,119,115.
- Medina-Mora, M.E., Natera, G., Borges, G. (2001). Del siglo XX al Tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24, 4,3,19.
- Medina-Mora, M.E., Guillerme, B., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (2003-Agosto). Prevalencia de Trastornos mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26, 4.
- MEXFAM. (1999) .Encuesta para el Programa Gente Joven 1999. Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C. México D.F.: Autor
- Millstein, S., Igna, V. (1995). Theoretical Models of Adolescent Risk-Taking Behavior. En: Ian L. Walland, I. y Lawrence J. Siegel .Adolescent Health Problems Behavioral Perspectiva. New York.: The Guilford Press.
- Miller, F.C. (2000) Teen Pregnancy: *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 13,5-8
- Moya, J., Uribe, M. (2006). *Migración y Salud en México: Una aproximación a las perspectivas de investigación periodo: 1996-2006*. Documento electrónico <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/migracion/seleccion.htm> recuperado en septiembre de 2007
- Mullan, H.C., Duncan, G., Bosjoly, J. (2002). Evaluating the Role of “Nothing to Lose”. Attitudes on Risk Behavior in Adolescence-Social Forces, March ,80,3,1005-1039.
- Newcomb, M. D. (2001). Adolescence : Pathologizing a Normal Process .: en *Adolescent Psychology* . Meehan, A.M. ; Astor-Stetson, E ; Mc Graw Hill/Duskin : Connecticut.
- Newcomb, M.D, Bentler, P.M. (1989). Substance use and abuse among childrens and teenagers. *American Psychology Association*,44,001-007
- Newcomb, M., Huba, G., Bentler. (1981). A longitudinal model for stress and psychomatism in adolescent of Los Angeles. Disponible en [http:// www.themeasurementgroup.com/pdf_cvgh](http://www.themeasurementgroup.com/pdf_cvgh)
- OSP. (1998). Plan de acción de Desarrollo para adolescentes y Jóvenes de las Américas. Oficina regional Panamericana de la Organización Mundial de la Salud: Programa de salud de la familia y Población Adolescente.

- Ortigosa, C. E., Gonzáles, L.S.(1993).Beneficios de la Educación Perinatal en Pacientes adolescentes. Revista: *Perinatología y la Reproducción Humana*,7, Julio-Septiembre.
- Ortigosa, C.E., Carraso,R.M., Padilla,J.P.(1999-Junio). *Rev: Ginecología y Obstetricia*. 67,
- ONU.(2003). Informe Mundial sobre el Juventud 2003.Recuperado en mayo de 2004, en la dirección <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/spanish/wpayintergenerational.htm>
- OMS. (1994). Definición de salud sexual y reproductiva, material del Seminario Temático sobre Embarazo adolescente: México [Traducción, Stern. C]
- OMS.(2005). Reporte de las causas de muerte en adolescents. Adolecent Health and Development. Recuperado en Abril del 2007, en la dirección http://www.who.int/child-adolescent_health/statistics/
- Paikkof,R., Brooks-Gunn,J.(1991).Do parent-child relation change during puberty?.*Psychological Bulletin*,110, 47-66.
- Patton,W., Moller.,P.(1984).Unemployment and Youth: A longitudinal study. *Autralian Journal of Psychology*,36,399-413.
- Pick,S, Aguilar,J.,Rodríguez, G., Reyes,G., Collado,M., Pier,D., Acevedo,P.,Vargas. (1986).*Planeando tu vida* programa de educación sexual para adolescentes. México.: Planeta.
- Pick,S., Andrade,P., Chávez,N.(1988-junio). Conocimientos de las adolescentes de la Ciudad de México sobre la conducta sexual y los aniconceptivos. Resultado de una encuesta de hogares. *Salud Mental* ,11,.2,35,38.
- Pick,S., Andrade, P., Townsend,J., Givaudana, M. (1994-marzo). Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes. *Salud Mental*, 17,25-31.
- Pick.S, Atkin.L., Erenfeld.N. (1996). Sexualidad y Fecundidad adolescente. En Langer.A, Tolbert.,K .(Eds) *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*.
- Pérez y Farias, J. M.(2003). Un modelo teórico conceptual de la confiabilidad y la validez con el MMPI-A: La caracterización de la personalidad de un grupo de adolescentes mexicanos. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.Documento no publicado.
- Pervin,L.A(1990).*Handbook of Personality*. Theory and Reserch. Londres.: Guilford Press
- Pérez,C.,Pick,S.(2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología, septiembre-diciembre*,40,(003)

- Peña, F., Ulloa, R., Paez, F. (1999). Comorbilidad del Trastorno Depresivo mayor en los adolescentes- Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*. [Número especial].
- Revele, W. (1995). *Personality Processes*. *Annals Review of Psychology*, 46, 295-328.
- Rivas, R. M., Fernández, P. (1996). El Proceso de evaluación en la Educación para la Salud. En Buela-Casal, Caballo y Sierra [Dir]. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid.: Siglo Veintiuno.
- Rodríguez, G., Corona, E., PicK, S. (1996). Educación para la sexualidad y salud Reproductiva. En *En Mujer Sexualidad y Salud reproductiva en México*. Langer y Tolbert (Eds). México D.F. : Edamex-Population Council
- Rutter, M. (2005). How the environment affects mental health. *British Journal of Psychiatry*, 186, 4-6.
- Rutter, M., Tuma, L. (1988). *Assesment and Diagnosis in Child Psychopatology*. New York.: The Guilford Press.
- Sarafino, E. P. (1994). *Health Psychology Biopsychosocial interaction*. New York.: Wiley & Sons. Inc.
- Santos-Preciado, J., Villa, J. P., García, M., León, G., Quezada, S., Tapia, R. (2003). La Transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45 [Suplemento, 1.]
- Sarraceno, B., Saxana, Carveo, Khon, Levav, Caldas, Vicente. (2005). Reporte técnico sobre la salud mental en Latinoamérica. Recuperado en mayo 2007, del <http://www.health/mental health/reports>
- Samano, R., Flores-Quijano, M. E., Casanueva. (2005). Conocimiento de nutrición, hábitos alimentarios y riesgo de anorexia en una muestra de Adolescentes en la Ciudad de México. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 16, 2, Abril-junio.
- SAMHSA. (2003). Child and Adolescent Mental Health. Recuperado en Agosto de 2004, en la dirección <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/CA-0004/default.asp>
- Scandell, D., Klinkengerg, W. D., Hawkes, M., Springs, L. (2003). The Assesment of High-Risk Sexual Behavior and Self-Presentation Concerns. *Research on Social Work Practice*, 13, 2, 119-141
- ScienceD (2007). Cuestionario de valoración sexual de Lescano, recuperado en junio de 2007, en la dirección <http://www.scienced.com/publ/review/>
- Sepúlveda, J. (2001). Origen, rumbo y destino de la transición en salud en México y América Latina. Recuperado en Agosto de 2007, en la dirección http://www.idrc.ca/es/ev-23058-201-1-DO_TOPIC.html
- Seiffge-Krenke (1998). *Adolescent Health a Developmental perspective*. Universitat Maiz Germany. New Jersey: Lauren Erlbaum Associates Publishers.

- Shaffer, D. R.(2000). *Psicologías del Desarrollo Infantil y adolescencia*. México: Internacional Thomson.
- Simmons, R.G., Burgeson, Carlton-Ford(1987). The impact of cumulative change events in early adolescence. *Child Development*, 58.
- Stern,C. (1997). El embarazo en adolescentes como un problema Público: Una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39, 2,137,143.
- Stern,C.,Reartes, D.(2001). Estudio de caso III. Programas de Salud reproductiva para adolescentes en México D. F. En Gogna, M. Programas de Salud reproductiva para Adolescentes: Buenos Aires.: Cedes .
- Stern, C.(2003). Mitos y realidades sobre el embarazo adolescente en México. *Horizontes Revista de Población*.: Consejo de Población del estado de México.
- Stern, C.(2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 10,39.[Enero-Marzo]
- Stern, C., Menkes, C.(En prensa). Embarazo adolescente y estratificación social. En Szasz,I, Lerner.S. (Coord). *Salud Reproductiva y condiciones de vida en México*. México.: El Colegio de México.
- SERSAME.(2002). Reporte técnico de prevalencia de diagnóstico con pacientes menores, niños y adolescentes atendidos en salud Mental del SSA.[Informe de circulación limitada].
- Schulenberg,J. ,Maggs,J.L., Hurelman,K.(1997). Negotiating Developmental Transitions During Adolescence and Young Adulthood Health Risk and Oportunities. En Shulenberg, Maggs, J.L, Hurelman(Eds). *Health Risk and Developmental Transitions*. London.: Cambridge University Press.
- Schiavon, R.(2006). *Adolescentes y anticonceptivos de emergencia*. México. IPAS.
- Sue,D., Sue,D.E.,Sue, S. (1996) *Comportamiento Anormal*. México. Mc Graw Hill.
- Stansen, B.K., Thomson,R. (2001). *Psicología del desarrollo Aduldez adultez y vejez*. Madrid.: Ed. Panamericana.
- Szasz,I (1997-julio) La sexualidad de las y los adolescentes. UIESSA .*Boletín Latinoamericano., Adolescencia*,9,1.
- Szasz, I. (1998). Primeros acercamientos a estudios de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México. En Szasz,I, Lerner.S.[Comp].*Sexualidades en México: Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México.: El Colegio de México.
- Szuman , Muscarella (2000).*Psychological Perspectives on Human Sexuality*. Neww York.: JhonWiley & Sons.
- Tapia, Kuri. (2001). Panorama epidemiológico del Tabaquismo en México. *Salud Pública de Méx* ,43 ,5. Septiembre-October.

- Takashi, Marshal, Taner (1971). Progenesis and Human Puberty: Pubertal Timing as a Heterochronic Variable. [Ensayos a partir del trabajo original]. Recuperado en 2003, disponible en <http://www.neoteny.org/a/progenesispuberty.html>
- Tashakikori, A., Feddilie, C (1998). *Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Thornton, R. (2002). El encanto de los grupos de discusión: Del saber, al saber hacer. Quito- Ecuador. Quipus-CIESPAL.
- Torres, P., Walter, D.M., Guitiérrez, J.P., Bertozzi, S. (2006). Estrategias novedosas en ITS/VIH/Sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública Mex*, 48,4, julio-agosto
- Tolbert, K., Eherenfeld, N., Lamas, M. (1996). El aborto en México un proceso escondido en proceso de descubrimiento. *En Mujer Sexualidad y Salud reproductiva en México*. Langer y Tolbert (Eds). México D.F. : Edamex-Population Council
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J., Fleiz, C. (2002-abril). Conducta alimentaria de riesgo y distribución del índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25, 2.
- UNISER (2000). Youth of Latin America. Recuperado en octubre de 2003. Disponible en la dirección <http://ecc.europa.eu/youth/proyect programs>.
- USSDHHS (2000). *Department of Health and Human Services. Healthy People 2010*. Virginia: International Medical Publishing.
- UIESSA (1997). Revisión histórica de la Educación Sexual en México. Recuperado en agosto de 2004, de la dirección electrónica: <http://www.ssa.gob/UIESS/>
- Uribe, I. (2007). Factores individuales sociales y culturales asociados a la conducta sexual de adolescentes. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología UNAM. Documento no publicado.
- Urquieta, J., Hernández-Avila, M., Hernández, B. (2006). Consumo de tabaco en zonas urbano marginales de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Pública de Méx*, 8, (sup1), 30-40.
- Vásquez, E. (1999). *Medicina reproductiva en México*. México: JGH Editores.
- Valdez, R., Reynales, L., Lazcano, E., Hernández, M. (2007). Tabaquismo en jóvenes 2003-2006. *Salud Pública Mex*, 29, (Sup2), 155-169
- Velásquez (2005) Uso del Condón Tesis de Maestría. Facultad de Psicología UNAM. Documento no publicado.
- Villatoro, J., Hernández, I., Hernández, H., Fleiz, C., Blanco, J., Medina-Mora, M.E. (2005). Encuestas de Consumo de Drogas de Estudiantes. *Salud Mental*, 28, 1, 38-51.

- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano,C., Fleiz,C., Bermúdez.P. et al(2002-Febrero).¿Ha cambiado el consumo de los estudiantes? Resultados de la Encuesta de Estudiantes Medición otoño del 2000. *Salud Mental*; 25,1,43,54.
- Villaseñor-Farías. M., Castañeda-Torres.J.(2003). Masculinidad, poder, y violencia: Análisis de Significados en Adolescentes. *Salud Pública de México*, 45, supl 1.
- Villatoro,J., Medina-Mora, M. E., Hernández, M., Fleiz,C., Amador,N., Bermúdez, Z.(2005). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud mental*, 28,1.
- Vizard. E, Monck,E., Mish,P.(1993) . Child and Adolescent sexual abuse perpetrators: A review of research literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,36,731-756.
- Vilata,J.J.(1993). *Enfermedades de Transmisión sexual*. Barcelona.: Gustavo Gilli.
- Villegas,C. (2007).Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas que reciben atención prenatal en un centro de salud del Gobierno del Distrito Federal. Trabajo presentado en el Congreso de Doctorado Agosto,2007.
- Weller, .S. (2000). Salud Reproductiva de las y los adolescentes Argentina. En Cultura Adolescencia y Saúde. Oliveira MC-(Org). Consorcio Latinoamericano de programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. Argentina, Brasil México.: CEDES/COLMEX/NEPO Capinas.
- WHO. (2002).School Health, Skills-Based education including life skills: An important component of a child-friendly/health promotion school". Information Series of School Health. Atlanta: Autor
- WHO. (2003). Prioridades de salud del niño y el adolescente. Recuperado en noviembre de 2003, disponible en la dirección <http://www.who.int/child.adolescent-health/Adolescents.htm>
- WHO (2004).Sexual Health. En Gender and sexual Health. Recuperado en Noviembre de 2004. Disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/gender/sexual_health.html
- Yates.J. F.(1992). Risk Taking Behavior. London.: John Wiley & Sons Ltd.
- Zuckerman, M. (2006) *Sensation Seeking and Risky Behavior*. Washington.: American Psychological Association.

ANEXO N. 1

Cuestionario CDA Versión para la Investigación

Este cuestionario tiene como objetivo conocer algunas características del desarrollo físico y psicológico de adolescentes como tú. Contesta con sinceridad ya que este **NO** es un examen, no hay respuestas buenas o malas.

No necesitas escribir tu nombre ni tu grupo. La información que proporcionas es totalmente **CONFIDENCIAL**, esto quiere decir que nadie podrá reconocer quién dio la información. Tus respuestas serán tomadas en cuenta siempre en conjunto a las de los demás adolescentes.

Gracias por tu colaboración, tu participación al llenar este cuestionario servirá de referencia para desarrollar programas de prevención en salud física y psicológica para adolescentes.

Muchas Gracias

INSTRUCCIONES: LEE ATENTAMENTE ANTES DE CONTESTAR.

LAS PREGUNTAS SIEMPRE ESTARÁN DEL LADO IZQUIERDO Y LAS RESPUESTAS DEL LADO DERECHO.

- Señala con un X tu respuesta, la que más se acerque a lo que haces

Ejemplo	1. A una fiesta ()
¿A qué lugar vas generalmente cuando sales con tus amigos?	2. A un centro comercial ()
	3. A la casa de ellos ()
	4. Al cine (X)

Al marcar la opción 4 (X) quiere decir que cuando sales con tus amigos generalmente vas al cine

- En algunas preguntas puedes marcar más de una respuesta
- En las preguntas identificadas con **HOMBRE** o **MUJER**, responde **Según sea tu sexo.**
- **NO DEJES NINGUNA RESPUESTA SIN RESPONDER**

Tienes: años de edad.

Eres: 1. Hombre ()
2. Mujer ()

A continuación aparecen cambios corporales, que ocurren con frecuencia en hombres y en mujeres durante la adolescencia.

HOMBRE	1. Aparición de vello en la región genital ()
1. Marca con una X en TODOS los cambios corporales que te sucedieron	2. Aparición de vello en axilas ()
	3. Aparición de acné ()
	4. Aparición de barba o bigote ()
	5. Cambio de voz ()
	6. Ensanchamiento de espaldas ()
	7. Primera eyaculación (sueños húmedos) ()

MEAVE; LUCIO (2006)

CDA- Versión para investigación - Mayo2006 IN302206.

<p style="text-align: center;">MUJER</p> <p>1. Marca con una X en TODOS los cambios corporales que te sucedieron</p>	<p>1. Aparición de vello en la región genital () 2. Aparición de vello en axilas () 3. Aparición de acné () 4. Crecimiento de senos () 5. Ensanchamiento de caderas () 6. Menstruación o regla ()</p>
<p style="text-align: center;">HOMBRE</p> <p>2. ¿A qué edad tuviste tu primera eyaculación (o sueño húmedo)?</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> Años 0. No los he tenido aún () SI NO RECUERDAS EXACTAMENTE; TU DIRIAS QUE: 1- Antes de los 10 años () 2. Entre los 10 y 11 años () 3. Entre los 12 y 13 años () 4. Después de los 13 años ()</p>
<p style="text-align: center;">MUJER</p> <p>2. ¿A qué edad tuviste tu primera menstruación o regla?</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> Años 0. No la he tenido aún ()</p>
<p>3. Tu desarrollo físico es o está siendo:</p>	<p style="text-align: center;">MARCA SÓLO UNA RESPUESTA</p> <p>1. Adelantado comparado con adolescentes de tu edad () 2. Casi igual que los adolescentes de tu edad () 3. Tardado comparado con los adolescentes de tu edad ()</p>
<p>4. Desde que estos cambios físicos ocurrieron, te ha pasado que:</p>	<p style="text-align: center;">MARCA SOLO UNA RESPUESTA</p> <p>1. Platicas más con chicas/ chicos que te agradan () 2. Intentas ligar con chicas/chicos que te atraen físicamente () 3. Ninguno de los anteriores ()</p>
<p>5. En la adolescencia se pueden empezar nuevas experiencias</p> <p>¿Cuáles de las siguientes te ha ocurrido?</p>	<p style="text-align: center;">PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA</p> <p>1. Tener novio (a) () 2. Tener amigo (a) () 3. Tener amigo con derechos, o amigo (a) cariñoso(a) () 4. Tener una relación casual solo por atracción (ej "Fri") () 5. Otra, indica cuál ()</p>
<p>6 ¿Has tenido alguna pareja? (Es decir una relación con una persona que te atrae físicamente y con quien te sientes emocionalmente muy cercano)</p>	<p style="text-align: center;">1. Si () 2. No ()</p>
<p>7 ¿Cuáles de estos acercamientos has tenido al estar con alguien que te atrae mucho o con tu pareja?</p>	<p style="text-align: center;">PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA</p> <p>1. Besarse en los labios suavemente, "kikos" () 2. Fajar sin tener sexo "por encima de la ropa" () 3. Tomarse de las manos () 4. Acariciarse la cara, el cabello. () 5. Fajar sin tener sexo "por debajo de la ropa" () 6. Besarse apasionadamente, "caldo" () 7. Contacto boca- genitales (sexo oral) () 8. Abrazarse () 9. Ninguno de los anteriores ()</p>
<p>8. ¿Alguna vez has tenido contacto sexual con alguien de tu mismo sexo?</p>	<p style="text-align: center;">1. Si () 2. No ()</p>

Cuando en el cuestionario aparece el término RELACIONES SEXUALES se refiere al contacto sexual con penetración	
9. ¿Alguien te han propuesto tener relaciones sexuales?	PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA 1. Un amigo (a) () 2. Mi pareja/ novio o novia () 3. Alguien que acabo de conocer () 0. Nadie me ha propuesto nada ()
10. ¿Le has propuesto a alguien tener relaciones sexuales?	1. A mi amigo (a) () 2. A mi pareja () 3. Alguien que acabo de conocer () 0. Nunca le he propuesto a nadie ()
11. ¿Has tenido relaciones sexuales?	1. Si () 2. No ()
12. ¿Te gustaría o desearías tener relaciones sexuales en el siguiente año?	MARCA SÓLO UNA RESPUESTA 1. Ya las tuve () 2. Si () 3. No () 4. No sé ()
13. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?	MARCA SÓLO UNA RESPUESTA 0. No he tenido relaciones sexuales () 1. Con un(a) amigo(a) () 2. Con una pareja () 3. Con alguien a quién le pagaste () 4. Con alguien que me forzó para tenerla ()
14. Si en tu caso, no has tenido relaciones sexuales ¿Cuál ha sido el motivo más importante para no tenerlas hasta ahora?	MARCA SÓLO UNA RESPUESTA 0. Si he tenido relaciones sexuales () 1. No me siento preparado(a) () 2. Espero casarme para tenerlas. () 3. Espero tenerlas con alguien que me ame () 4. Tengo miedo de contagiarme alguna enfermedad () 5. Tengo miedo de embarazar (o quedar embarazada) ()
15. Si en este momento no te interesa tener relaciones es por que:	0. Si he tenido relaciones sexuales () 1. Quiero concentrarme en mis estudios () 2. Sería una gran decepción para mis padres () 3. Mi pareja/novia(o) no quiere tenerlas por el momento()
16. ¿Cuántos años tenías en tu primera relación sexual?	0. No he tenido relaciones sexuales () 1. Yo tenía <input type="text"/> <input type="text"/> años

<p>17. ¿Cuántos años tenía la persona con la que tuviste esa primera relación?</p>	<p>0. No he tenido relaciones sexuales ()</p> <p>Esa persona tenía <input type="text"/> años</p> <p>En CASO DE NO ESTAR SEGURO</p> <p>1. Igual de años que yo ()</p> <p>2. Menos años que yo ()</p> <p>3. Varios años menor que yo ()</p> <p>4. Mayor que yo ()</p> <p>5. Varios años más que yo ()</p>
<p>18. La primera vez que tuviste relaciones sexuales con alguna persona ¿Cuál método usaron para evitar el embarazo y/ o alguna enfermedad de transmisión sexual?</p>	<p>0.No he tenido relaciones sexuales ()</p> <p>1. No usamos nada ()</p> <p>2. Usamos _____ ()</p> <p>(IndicaCuál)</p>
<p>19. Si no usaron ningún método, en la primera relación sexual ¿Cuál fue el motivo más importante para NO USAR?</p>	<p>PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA</p> <p>0. No he tenido relaciones sexuales ()</p> <p>1. Si usamos anticonceptivos ()</p> <p>2. Por que la relación sucedió de pronto ()</p> <p>3. Es incómodo usar anticonceptivos ()</p> <p>4. Sólo tengo relaciones con mi pareja ()</p> <p>5. A mi pareja no le gusta usar anticonceptivos ()</p> <p>6. No teníamos para comprarlos ()</p> <p>7. No saber como usarlos ()</p> <p>8. Puede que afecten mi salud ()</p>
<p>20. ¿Alguna vez tuviste alguna de las siguientes molestias físicas?</p>	<p>PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA</p> <p>1. Dolor o ardor al orinar ()</p> <p>2. Lesiones o “granitos” en genitales ()</p> <p>3. Secreción en genitales con mal olor ()</p> <p>4. Flujo de color amarillo o verde ()</p> <p>5. No tuve ninguna molestia ()</p>
<p>21. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida?</p>	<p>0. No he tenido relaciones sexuales ()</p> <p><input type="text"/> personas</p>
<p>22. ¿Cuánto tiempo llevas teniendo relaciones sexuales?</p>	<p>0.No he tenido relaciones sexuales ()</p> <p>1. Ya no he tendido relaciones sexuales desde la primera vez ()</p> <p>2. Ya no he tenido relaciones sexuales ()</p> <p>3. Hace 12 meses o más ()</p> <p>4. Entre seis meses y once meses ()</p> <p>5. Entre uno y cinco meses ()</p> <p>6. Desde hace algunas semanas ()</p>
<p>23. ¿Actualmente tienes pareja sexual? (Persona con la que sueles tener relaciones sexuales)</p>	<p>0. No he tenido relaciones sexuales ()</p> <p>1. Si ()</p> <p>2. No, aunque antes si la tuve ()</p>
<p>24. Cuando has tenido pareja sexual ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales con otra u otras personas en el mismo periodo de tiempo, ¿CON cuantas?</p>	<p>0.No he tenido relaciones sexuales ()</p> <p>1. Con <input type="text"/> ()</p> <p>2. Nunca he tenido con más de una a mismo tiempo ()</p>

<p>25. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?</p>	<p>0. No tengo relaciones sexuales () 1. Tengo pareja pero no tengo relaciones sexuales () 2. Una vez al mes () 3. Dos a cuatro veces al mes () 4. Cinco a siete veces al mes () 5. Ocho o más veces al mes ()</p>
<p>26. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales con alguien que no conocieras antes o que acabaras de conocer?</p>	<p>0. No he tenido relaciones sexuales () 1. Ninguna sólo tengo relaciones con mi pareja actual () 2. Una vez () 3. Dos a cuatro veces () 4. Cinco o más veces ()</p>
<p>27. ¿Sospechas o sabes de alguna de las personas con las que tuviste relaciones sexuales pudo haber tenido una enfermedad o infección sexual?</p>	<p>0. No he tenido relaciones sexuales () 1. Si sospecho () 2. No sospecho ()</p>
<p>28. ¿Alguna vez has aceptado tener relaciones sexuales a cambio de recibir algo?</p>	<p>0.No () 1. Si () Si respondiste SI señala que recibiste a cambio: 1. Algún favor () 2. Alcohol () 3. Dinero () 4. Algún Regalo () 5. Droga ()</p>
<p>29. La última vez que tuviste relaciones sexuales ¿Consumiste alcohol?</p>	<p>0.No he tenido relaciones sexuales () 1. Si () 2. No ()</p>
<p>30. La última vez que tuviste relaciones sexuales ¿Consumiste alguna droga?</p>	<p>0. No he tenido relaciones sexuales () 1. Si () 2. No ()</p>
<p>31. En las relaciones sexuales siguientes a la primera relación sexual ¿Qué método(s) usaron para evitar el embarazo o alguna enfermedad sexual?</p>	<p>0. No he tenido relaciones sexuales () 1. Ninguno () 2. Usamos _____ (Indica cuál)</p>
<p>Si NO usaron anticonceptivos en las relaciones sexuales siguientes a la primera relación sexual</p> <p>32. ¿Cuáles son tus razones MÁS IMPORTANTES para no usar anticonceptivos?</p>	<p style="text-align: center;">PUEDES MARCAR MÁS DE UNA</p> <p>0. No he tenido relaciones sexuales () 1. Si uso anticonceptivos () 2. Por que las relaciones suceden de pronto () 3. Me siento incómodo(a) usando anticonceptivos () 4. Sólo tengo relaciones con mi pareja () 5. A mi pareja no le gusta usar anticonceptivos () 6. Falta de dinero para comprarlos () 7. No saber como usarlos () 8. Puede que afecten mi salud ()</p>

33. ¿Con qué frecuencia tú o tu pareja usan condón cuando tienen relaciones sexuales?	0. No he tenido relaciones sexuales () 1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()
34. Tu motivo o motivos MÁS IMPORTANTE(S) para usar condón es o son:	PUEDES MARCAR MÁS DE UNO 0.No uso por que no he tenido relaciones sexuales () 1. Quiero evitar el embarazo () 2. Porque mi pareja quiere usar () 3. Se siente bien () 4. Quiero evitar contagiarme de alguna enfermedad sexual () 5. Quiero evitar el SIDA () 7. No conozco a la persona bien ()
35. Cuando no usas condón ¿Cuál es el motivo MÁS IMPORTANTE para no usarlo?	MARCA SOLO UNO 0.No he tenido relaciones sexuales () 1. Uso otros anticonceptivos () 2. Por que no se siente igual () 3. Sólo tengo relaciones con mi pareja () 4. Confío en mi pareja () 5. No podemos comprarlo para cada relación () 6. Es incómodo () 7. No estoy seguro de cómo usarlo () 8. Me da pena usarlo ()
36. ¿Has tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?	0.No he tenido relaciones sexuales () 1. Si () 2. No () 3. No sé ()
37. ¿Cuántas veces has embarazado o te has embarazado?	0.No he tenido relaciones sexuales () 1. Nunca () 2. Una vez () 3. Dos veces () 4. Tres o más veces ()
38. ¿Cuántas veces tu pareja sexual ha interrumpido su embarazo o has interrumpido un embarazo?	0.No he tenido relaciones sexuales () 1. Nunca () 2. Una vez () 3. Dos veces () 4. Tres o más veces ()
39. ¿Alguien cercano a ti, ha embarazado a su pareja o bien se ha embarazado antes de cumplir 20 años sin haberlo planeado?	1. No, nadie cercano a mí () 2. Si, mi hermano () 3. Si, mi hermana () 4. Si mi prima () 5. Si mi primo () 6. Si mi amiga () 7. Si mi amigo () 8. Dos o más familiares () 9. Dos o más amigos ()
40. ¿Alguna vez te has sentido presionado para tener relaciones sexuales?	0. No () 1.Si, por un familiar () 2 Si, por un amigo () 3.Sí, por un desconocido () 4.Sí por mi pareja ()

40. ¿Alguna vez has presionado a alguien para que tenga relaciones sexuales?	0. No () 1.Si, un familiar () 2 Si, un amigo () 3.Sí, alguien que empezaba a conocer () 4.Sí mi pareja ()
41. ¿Alguien te ha tocado de una forma sexual, sin tu permiso?	1. Si () 2. No ()
42. ¿Alguien te ha forzado a tener una relación sexual sin que tú quisieras?	1. Si () 2. No ()
43. ¿Si tuvieras algún problema o preocupación importante respecto a tu salud sexual, experiencia sexual y sentimientos, a quién o a dónde acudirías?	<p style="text-align: center;">PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA</p> 1. Un(a) amigo (a) () 2. Novia(o) o pareja () 3. Orientador o profesor () 4. Alguien de la iglesia o de mi religión () 5. Hermano(s) o Hermana (s) () 6. Centro de salud- Hospital () 7. Mamá () 8. Papá ()
44. ¿Cuáles son los temas sobre los que te gustaría saber o conocer más?	<p style="text-align: center;">PUEDES MARCAR MÁS UN TEMA</p> 1. Como usar condón () 2. Lo que es normal y que es anormal en el sexo () 3. Hablar con mi pareja de temas de sexualidad () 4. Hablar con mi pareja de los anticonceptivos () 5. Uso de anticonceptivos () 6. Elegir cuál anticonceptivo usar() 7. Reconocer un embarazo() 8. Evitar un embarazo() 9. Cuidarme de enfermedades sexuales() 10. Cuidarme del SIDA() 11. Lugares donde preguntar de temas de sexualidad() 12. Lugares donde recibir atención médica () 13. Lugares donde conseguir condones y anticonceptivos() 14. El sexo y las relaciones de pareja () 15. Otro (¿Cuál?)_____

**GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN
TUS RESPUESTAS NOS AYUDAN A PROPONER
FORMAS DE TRABAJO CON GENTE DE TU EDAD EN SALUD EMOCIONAL Y
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**SI DESEAS HABLAR MÁS SOBRE ESTE TEMA, PUEDES CONTACTARTE A LA
DIRECCIÓN QUE TE FACILITARÁN LAS PERSONAS QUE TRABAJARON EL
DÍA DE HOY CONTIGO**

ANEXO N.2
CALIFICACION CUESTIONARIO CDA

Parte I. Desarrollo Físico- Pubertad y II. Conducta Sexual	0	R1	R2	R3
2. ¿A qué edad tuviste tu primera eyaculación (o sueño húmedo)?	0 No ha tenido Relaciones sexuales	1 Si fue antes de los 12 años		
2. ¿A qué edad tuviste tu primera menstruación o regla?	0 No ha tenido RS Si después de 11 años	1 Si fue antes de los 12 años		
3. Tu desarrollo físico es o está siendo:	0 Igual o tarde en comparación a otros	1 Adelantado para la edad		
4. Desde que estos cambios físicos ocurrieron, te ha pasado que:	0 Ninguno Platíco más con alguien que me atrae	1 Intento ligar		
5. ¿Cuales de estas experiencias te Han ocurrido?	0 Amigo	1 Free relación casual -atracción sexual Amigo con derechos Novio		
6. ¿Has tenido alguna pareja?	0 NO	1 SI		
7. ¿Cuáles de estos acercamientos has tenido al estar con alguien que te atrae mucho o con tu pareja?	0 Ninguno Abrazo, tomarse de las manos, Beso labios y apasionado Caricia cara	1 Fajar por encima	2 Fajar por debajo de ropa	3 Sexo Oral (si no ha tenido experiencia sexual coital)
9. ¿Te han propuesto tener relaciones sexuales?	0 NO	1 SI		
10. Le has propuesto a alguien tener relaciones sex	0 No	1 SI		
12. ¿Te gustaría o desearías tener relaciones sexuales en el futuro?	0 No No sé	1 SI – ya tuvo relaciones sexuales	2 SI- no ha tenido relaciones sexuales	
8. Algún contacto sexual con alguien de tu mismo sexo	0 NO		2 Si	
PARTE III. CONDUCTA SEXUAL COITAL				
11. ¿Has tenido relaciones sexuales?	0 No tuvo relaciones sex	1 Si + Uso condón	2 SI + Uso anticonceptivos	3 SI +no uso anticonceptivos
13. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?	0 No he tenido	1 Amigo, Novio Pareja	2 Alguien Sexo servicio	3 Abuso sexual

16. Que edad tenías en esa primera relación sexual	0 No he tenido	1 Antecedente	2 Igual o < a la edad media (16 años para hombres y 17 para mujeres)*	3 2 o más años Por debajo de la edad media de inicio sexual.
17. Numero de parejas sexuales	0 No he tenido Relaciones sex	R1 Edad de la pareja sexual- Pares	R2 Diferencia Más de 5 años	R3 Diferencia de 10 años o más (seguimiento)
23. Actualmente tienes pareja sexual	0 Ninguna	1 No ahora pero antes SI	2 Si	3
Mal uso o No uso de ANTICONCEPTIVOS COMO RIESGO				
18. Uso de algún método preventivo o anticonceptivo en la 1ra relación sexual.	0 No tuvo relaciones sex	1 + se protege Condón	2 Pastillas – Riesgo Bajo para embarazo pero en riesgo de ITS	3 Ningún Método Ac o métodos naturales
19.El motivo más importante para NO USAR anticonceptivos en la 1ra sexual?	0 No he tenido relaciones sexuales			3 Cualquier motivo para no usar
24. Tipo de anticonceptivos usado en las siguientes relaciones sexuales	0 No he tenido	1 Antecedente + Se protege Condón	2 Pastillas – Riesgo Bajo para embarazo pero en riesgo de ITS	3 Ningún Método Métodos Ac naturales
32. Razones no uso anticonceptivos en relaciones sex subsiguientes	0 No usa por que no tiene relaciones			3 Cualquier motivo para no usar
33. Frecuencia de Uso de Condón	0 No ha tenido Relaciones sexuales	1 Siempre		3 Algunas Veces Nunca
35. Motivos de No uso de Condón	0 No ha tenido Relaciones sexuales			3 Cualquier motivo para no usar condón
PARTE IV. CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO				
26. Veces que tuvo Sexo con desconocido o alguien nuevo	0 No tuvo relaciones Nunca	1 Relaciones exclusivas con 1 pareja	2 SI Una Vez	3 SI Dos o más
24. 2 o+parejas sexuales en el mismo periodo de tiempo-	0 No tuvo relaciones	1	2	3 Si
24. ¿Con cuantas?		1 NO sex con Pareja exclusiva	2 SI al una persona	3 SI + de 1 persona
28. Sexo recompensado	0 Nunca			3 Si Cualquier recompensa

29. Consumo de alcohol en la última relación	0 No			3 SI
30. Consumo de droga en la última relación sexual	0 No			3 SI
27 Sospecha ITS de alguna pareja sexual	0 No ha tenido R	1 NO		3 SI
36. Has tenido alguna enfermedad de ITS	0 No he tenido relaciones sex	1 NO sé (autocuidado)	2	3 Si (Requiere seguimiento)
20. ¿Alguna vez tuviste alguna de las siguientes molestias físicas?	0 Ninguno	1	2 Un Síntoma Ej Dolor o ardor al orinar	3 Dos o +síntoma
37. Antecedente embarazo cuantas veces	0 No he tenido NInguna			3 Una vez o + (Seguimiento)
38. Interrumpiste o tu pareja el embarazo	0 No he tenido Nunca			3 Una vez o + (Seguimiento)
39. Alguien cercano a ti se ha embarazado o ha embarazado antes de los 20 años sin querer	0 Nadie	1 1 amigo	2 1 familiar	3 2 o más familiares o amigos cercanos
40.A Recibir presión para tener relaciones sexuales	0 No			3 Si (explorar, contexto de abuso)
40.B. Presionado a alguien para tener relaciones	0 No			3 Si
41. Alguien te ha tocado en un forma sexual sin tu permiso	0 No			3 SI (Explorar casual- contexto abuso sex)
42. Alguien te ha forzado a tener relaciones sexuales sin que tu quisieras?	0 No			4 SI

0 Se refiere a la ausencia de conductas sexuales o prácticas riesgosas para contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) o para embarazo no deseado; puede ser una condición o manifestación de conducta sexual que se espera se presente en este lapso de desarrollo.

R1 Se refiere 1) a las conductas sexuales o condición que deben tomarse en cuenta para conocer el curso de desarrollo psicosexual del adolescente, y 2) también se refiere a conductas de auto cuidado positivo para la SSR (usar condón).

R2 Para los adolescentes sin experiencia sexual coital: Son las conductas sexuales o prácticas que serán tomadas como referencias de riesgo.

Para los adolescentes con experiencia sexual coital: Tienen conductas sexuales en las que experimentan cierto riesgo por el tipo de práctica o condición para expresar su sexualidad.

R3 Para los adolescentes con experiencia sexual coital: Son conductas sexuales o tipos de prácticas que colocan al adolescente en riesgo tanto de contraer alguna ITS, o un embarazo. Para los adolescente que refieren haberse embarazado (embarazado a su pareja) o /y haber interrumpido ese embarazo (su pareja haya interrumpido embarazos), o síntomas de ITS manifiestan antecedentes de riesgo que deben recibir un seguimiento apropiado.

Independientemente de la experiencia sexual se considera en riesgo al referir algún encuentro sexual forzado o incluso abuso sexual,

(*) En estos casos se requiere un seguimiento para conocer las repercusiones en la salud sexual o reproductiva y la salud emocional del adolescente, principalmente verificar si se trata de casos positivos.

ANEXO N. 3

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

E. Lucio Gómez-Maqueo; S. Meave Loza
(**VERSIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN, Noviembre 2005**)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario investiga algunos datos sociodemográficos.

Por favor **lee cuidadosamente** cada pregunta o enunciado y contesta con la verdad.

No hay respuestas buenas ni malas,
por tanto, no te preocupes por calificaciones.

NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

Si tienes alguna duda, con toda confianza pregúntanos y con mucho gusto te orientaremos.

La información que proporciones será confidencial.

De este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para ti o para otras personas y familias.

Agradecemos tu participación

NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO

EN ESTAS PREGUNTAS¹ PUEDES ELEGIR MÁS DE UNA RESPUESTA

1. Vivo con:

- a) Mi madre
- b) Mis padre
- c) Mis padres
- d) Mis abuelos
- e) Mis hermanos
- f) Mis tíos

2. Vivo con: Continúa contestando si se aplica en tu caso.

- a) Mi madrastra
- b) Mi padrastro
- c) Mis hermanastros(as)
- d) Mis medios hermanos
- e) Padres adoptivos
- f) Tutores (casa hogar)
- g) Ninguno de los anteriores

A PARTIR DE ESTA PREGUNTA SOLO MARCA UNA RESPUESTA

3. El numero de mis hermanos es:

- a) Ninguno
- b) Uno
- c) Dos
- d) Tres
- e) Cuatro
- f) Cinco
- g) Seis o más

4. ¿Cuál es el estado civil de tus padres?

- a) Casados
- b) Divorciados
- c) Unión libre
- d) Separados
- e) Viudo

5. La edad de mi padre es:

- a) 29 años o menos
- b) Entre 30 y 34 años
- c) Entre 35 y 39 años
- d) Entre 40 y 44 años
- e) Entre 45 y 49 años
- f) Entre 50 y 54 años
- g) 55 años o más

6. La edad de mi madre es:

- a) 29 años o menos
- b) Entre 30 y 34 años
- c) Entre 35 y 39 años
- d) Entre 40 y 44 años
- e) Entre 45 y 49 años
- f) Entre 50 y 54 años
- g) 55 años o más

7.Cuál es tu promedio actual en la escuela:

- a) 10
- b) 9
- c) 8
- d) 7
- e) 6
- f) 5 o menos

<p>8. ¿Cuáles son los estudios de tu padre?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Primaria completa b) Secundaria incompleta c) Secundaria completa d) Bachillerato incompleto e) Bachillerato completo f) Licenciatura incompleta g) Licenciatura completa 	<p>9. ¿Cuáles son los estudios de tu madre?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Primaria completa b) Secundaria incompleta c) Secundaria completa d) Bachillerato incompleto e) Bachillerato completo f) Licenciatura incompleta g) Licenciatura completa
<p>10. En tus estudios tus padres o tutores esperan únicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Que termines tus estudios de secundaria a) Que termines tus estudios de preparatoria b) Que termines la universidad c) Que dejes la escuela y te pongas a trabajar 	<p>11. En tus estudios tú esperas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Terminar la secundaria b) Terminar la preparatoria c) Terminar la universidad d) Dejar la escuela y ponerte a trabajar
<p>12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Obrero b) Empleado c) Comerciante d) Negocio propio e) Trabajador eventual f) Profesionista g) Desempleado 	<p>13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Obrera b) Empleada c) Comerciante d) Negocio propio e) Trabajadora eventual f) Profesionista g) Actividades del Hogar
<p>14. ¿Quién sostiene económicamente a tu familia?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Padre b) Madre c) Ambos d) Hermano(a) e) Abuelo(a) f) Tío(a) g) Padrastro o madrastra 	<p>15. Actualmente vives en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cuarto b) Vecindad c) Departamento d) Unidad habitacional e) Casa sola f) Otro

<p>16. Numero de cuartos que se usan para dormir</p> <p>a) Uno b) Dos c) Tres d) Cuatro e) Cinco f) Seis o más</p>	<p>17. Numero de personas que duermen en cada cuarto:</p> <p>a) Uno b) Dos c) Tres d) Cuatro e) Cinco f) Seis o más</p>
<p>18. Para ti el tamaño de tu casa es:</p> <p>a) Amplio, nos sobra espacio b) Es suficiente para todos c) Es limitado estamos un poco amontonados d) Es muy pequeño, estamos muy amontonados</p>	<p>19. ¿De cuánto dispones para gastar a la semana?</p> <p>a) Nada b) De \$1 a \$25 c) De \$25 a \$50 d) De \$50 a \$75 e) De \$75 a \$100 f) De \$100 a \$125 g) Más de \$125</p>
<p>EN ESTAS ULTIMAS PREGUNTAS PUEDES ELEGIR MÁS DE UNA RESPUESTA</p>	
<p>20. El lugar donde vives cuenta con</p> <p>a) Agua dentro de la vivienda b) Agua fuera de la vivienda c) Luz eléctrica d) Baño dentro de a vivienda e) Baño fuera de la vivienda f) Cuarto para cocinar</p>	<p>21. En tu casa cuentas con:</p> <p>a) Línea telefónica b) Automóvil c) Dos o más automóviles d) TV por cable e) Teléfono celular (una o más personas) f) Computadora g) Conexión a Internet</p>

ANEXO 4 INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

La **ADOLESCENCIA** es un periodo de cambios físicos y psicológicos que le dan la capacidad para la reproducción.

Pero más allá de estos, el adolescente intenta nuevas relaciones afectivas fuera de la familia con amigos y noviazgos.

La **SEXUALIDAD** forma parte de ese desarrollo normal de todos los adolescentes que se van haciendo adultos. Aunque para varios resulta complicado cuidar de su salud emocional y sexual

CUALES SON LAS DUDAS Y PREOCUPACIONES QUE PUEDEN TENER LOS ADOLESCENTES

- o Si no he tenido relaciones sexuales pensarán que soy maricón.
- o ¿Cuándo es la mejor edad para iniciar mi vida sexual?
- o Si no tengo relaciones sexuales con mi novio puede irse con otra.

Así mismo resulta complicado para padres y tutores orientar en temas de sexualidad

CUALES SON LAS DUDAS Y PREOCUPACIONES QUE PUEDEN TENER LOS PADRES:

¿Cómo le pregunto si tiene o no relaciones sexuales?

¿Estará usando anticonceptivos?

¿POR QUÉ LOS ADOLESCENTES PUEDEN SER VULNERABLES EN CUANTO A SU SALUD EMOCIONAL Y SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Porque muchas veces no tienen información científica sobre la salud sexual

Porque muchos ellos no tienen los espacios para hablar abiertamente sobre sus preocupaciones.

Porque pueden dejarse llevar por el momento y llegar a un **embarazo no deseado**.

Se darse cuenta que algo en su noviazgo no está funcionando pero no saben cómo enfrentarlo.

Muchos no están concientes de que la a esta edad se puede contraer **infecciones de transmisión sexual como el VIH /SIDA**. Si no se usa protección.

SI COMO PADRES O TUTORES HEMOS PENSADO EN ESTOS TEMAS, LE OFRECEMOS UNA OPORTUNIDAD PARA QUE USTED Y SU HIJO ADOLESCENTE PUEDAN PARTICIPAR:

Los Adolescentes EN UN TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EMOCIONAL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

LOS PADRES O TUTOR EN SESIONES INFORMATIVAS SOBRE EL TEMA COMUNICACIÓN ENTRE PADRES Y ADOLESCENTES, ESPECIALMENTE EL TEMA DE LA SEXUALIDAD

Estas actividades estarán dirigidas Por: un grupo de Psicólogos de la FACULTAD DE PSICOLOGÍA de la Universidad Nacional Autónoma de México. , a través del PROYECTO DE ATENCIÓN A

ADOLESCENTES ESCOLARES EN SITUACIÓN DE RIESGO que están desarrollando un trabajo de prevención, detectando y atendiendo adolescentes que requieren de atención.

LOS TALLERES:

SE PROGRAMARÁN AL TERMINAR LA EVALUACIÓN CON LOS ADOLESCENTES

- o NO TIENEN COSTO
- o SERÁN BREVES
- o SE DARÁN DENTRO DE LA ESCUELA
- o EN HORARIOS QUE NO AFECTEN CON LAS ACTIVIDADES ESCOLARES.

LE PEDIMOS QUE EN LA parte Final de este tríptico INDIQUE SI ACEPTA LA PARTICIPACIÓN DE SU HIJO (A) Y SI ESTÁ INTERESADO EN LAS SESIONES PARA PADRES.

Para mayor información puede dirigirse a la Mtra. Sonia Meave Loza Psicóloga responsable de la aplicación en escuelas.

Dr. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Responsable del Proyecto

Al TEL. 56 222318 – Facultad de Psicología



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**PROGRAMA DE ATENCIÓN
PARA
ADOLESCENTES ESCOLARES**

“Diseño de Estrategias de Prevención e Intervención en Problemas Emocionales de Adolescentes, con base en Factores de Riesgo”

Proyecto Papiit No. IN 300002

Forma de Autorización

Estoy de acuerdo en que mi hijo (a)

Nombre: -----

Del Grupo:

Grado:

Participo de la evaluación y del taller de Educación para la Salud Emocional y Salud sexual y Reproductiva

MARQUE CON UNA X

SI () NO ()

M E INTERESA PARTICIPAR DE LAS SESIONES DE ORIENTACIÓN EN COMUNICACIÓN- PADRES -HIJOS EN TEMAS DE SEXUALIDAD SALUD EMOCIONAL

SI () NO ()

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:

Fecha: