



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“ATRACCIÓN FÍSICA, ROMANCE Y SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES”

REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
MARÍA DE LOURDES FLORES FLORES

Directora: Dra. **Silvia Susana Robles Montijo**
Dictaminadores: Lic. **Irma Beatriz Frías Arroyo**
Lic. **Martha Rodríguez Cervantes**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México



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.

A mis padres

Gracias por estar siempre a mi lado, por ser los mejores, por forjar mi camino con buenos valores, por brindarme su amor y confianza, sin los cuales no hubiera sido fácil llegar a este punto de mi vida.

A mi hermano y hermanas

Gracias por la experiencia brindada, por el apoyo en los buenos y malos momentos a lo largo de mi carrera, porque para mí son la mejor familia.

A la Dra. Silvia Susana Robles Montijo

Gracias por el tiempo otorgado, por confiar en mí para formar parte del proyecto de investigación y por los conocimientos otorgados para la realización de este trabajo.

A mis asesoras Beatriz Frias y Martha Rodríguez

Gracias por otorgar su disposición y comentarios que enriquecieron este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Gracias por el hogar supremo y por las herramientas que brindaste para desarrollarme profesionalmente.

A mis amigos

Porque en algún momento sus consejos y comentarios fortalecieron mi carrera, doy gracias por haber estado rodeada de gente maravillosa.

Dedico éste logro y los que vienen a ustedes.

ÍNDICE

Resumen	
Introducción	1
Capítulo 1. Problemas de salud sexual en adolescentes y su prevención	4
1.1. VIH/SIDA	4
1.2. ITS	8
1.2.1. Infección del Virus del Papiloma Humano	9
1.2.2. Sífilis	10
1.2.3. Gonorréa	12
1.2.4. Hérpes Genital	12
1.2.5. Clamidiasis	13
1.2.6. Tricomoniasis	15
1.3. Embarazos no deseados	16
1.4. Prevención de los problemas de salud sexual	17
Capítulo 2. Desarrollo de las relaciones románticas en adolescentes	20
2.1. Características de las relaciones románticas	21
2.2. Atracción física	24
2.3. Amor romántico	26
Capítulo 3. Factores de riesgo asociados con el uso del condón	29
3.1. Variables conductuales y psicosociales	30
3.1.1. Inicio de las relaciones sexuales y número de parejas sexuales	30
3.1.2. Consumo de drogas y alcohol	31
3.1.3. Comunicación	32
3.1.4. Inconsistencia del uso del condón	
3.1.5. Negociación del uso del condón	
3.1.6. Nivel de conocimientos	35
3.1.7. Creencias	36

3.1.8. Actitudes	37
3.1.9. Norma subjetiva	38
3.1.10. Percepción de riesgo	39
3.1.11. Autoeficacia	40
3.2. Sensaciones vinculadas con la atracción física y el romance	42
5. Planteamiento del problema	45
6. Objetivo general	46
7. Método	47
8. Resultados	49
9. Discusión	55
10. Referencias	62

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el nivel de atracción física y romance que tienen los adolescentes y su vinculación con la intención y frecuencia de tener relaciones sexuales y de usar condón en su próxima relación sexual, determinando las diferencias por sexo y debut sexual. Se aplicó un cuestionario a 921 adolescentes entre los 11 y 19 años de edad, donde el 55.8% de la población fueron mujeres y el 44.2% hombres, la mayor parte de la muestra fueron solteros y con una orientación sexual heterosexual; el 60.9% corresponden al nivel de preparatoria y el 39.0% a secundaria. Las variables evaluadas fueron: patrón de conducta sexual y anticonceptiva, atracción física y amor romántico. En cuanto al patrón de conducta sexual, en este estudio se encontró que el 74.4 % de la población no ha tenido relaciones sexuales y el 25.6% tienen experiencia sexual. Al hablar de la edad del debut sexual las mujeres presentaron una edad de 15.65, mientras que los hombres presentaron edades más tempranas (15.04), así como mayor número de parejas sexuales. Respecto a la vinculación de la atracción física con la intención de tener relaciones sexuales, se encontró que la intención se relacionó en mayor medida con esta etapa en las mujeres y con las personas que tienen experiencia sexual; en cuanto a la etapa de amor romántico vinculado con la intención, se encontró que la intención de tener relaciones sexuales se relacionó con esta etapa sólo en las mujeres y en quienes tienen experiencia sexual. Finalmente los resultados del presente estudio sugieren la necesidad de considerar en los programas de prevención de embarazos no deseados e ITS/VIH, las características de las relaciones románticas de los adolescentes y como estos facilitan o impiden el desarrollo de comportamientos preventivos.

Palabras Clave: Atracción física, romance, adolescentes, uso del condón, VIH/SIDA.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años de edad, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. A su vez Madiedo, Otero, González y Pulido (2001) mencionan que en la adolescencia (aunque con capacidad biológica para la procreación) el joven por lo general; no se encuentra maduro en lo psíquico, social y emocional para enfrentar el proceso de reproducción, lo cual puede ser un factor para que lleven a cabo conductas como el no usar condón de manera consistente y correcta, tener muchas parejas sexuales, que lo pueden llevar tanto al embarazo no deseado o no planeado, o a padecer una infección de transmisión sexual.

A nivel mundial, en el 2007 se estimó que 33 millones de personas vivían con el VIH, y se registraron 2 millones de fallecimientos relacionados con el SIDA y 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH; siendo los jóvenes de entre 15 y 24 años los que representaron el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo (ONUSIDA, 2008). Considerando que la transmisión sexual constituye la vía más importante de esta infección, promover el uso correcto y consistente del condón ha sido una de las acciones más importantes que se han emprendido por la Secretaría de Salud en México (CENSIDA, 2004a) y por ONUSIDA (2005) a nivel mundial, para prevenir particularmente ITS y VIH/SIDA, ya que los otros métodos anticonceptivos (píldoras, inyecciones, pastillas de emergencia, óvulos, jaleas, parches, dispositivos intrauterinos, por citar algunos), sólo previenen embarazos pero no son efectivos para prevenir ITS y la infección por el VIH. Por tal motivo, el uso del condón es la conducta preventiva central de los programas de intervención relacionados con la salud sexual de los jóvenes (Crosby, 1998; Crosby, Yarber, Sanders & Graham, 2004), sobre todo si se

considera que, por un lado, su uso en la primera relación sexual hace más probable que los jóvenes se protejan en encuentros sexuales posteriores (Miller, Levin, Whitaker & Xu, 1998; Pick & Andrade, 1995) y, por el otro, su disponibilidad no acelera el inicio de la vida sexual (Martínez-Donate, Hovell, Zellner, Sipan, Blumberg & Carrizosa, 2004).

En relación al uso del condón, diversos estudios que parten de la Teoría de la Acción Razonada y Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975) se han interesado en determinar los factores que están asociados con la conducta de usarlo, y han reportando de manera sistemática que el mejor predictor de esta conducta es la intención de querer usarlo (Fishbein, Hennessy, Yzer & Douglas, 2003), ya que quienes tienen la intención de usar condón en su próxima relación sexual es más probable que lo usen que quienes no tienen la intención de usarlo.

Otras variables que han estado vinculadas con el uso del condón son el consumo de drogas y alcohol, la autoeficacia, el nivel de conocimientos, las actitudes, las creencias, la implicación emocional o involucramiento afectivo con la pareja, siendo ésta última a considerar en el presente estudio, ya que en los adolescentes el protegerse sexualmente representa el riesgo de perder la posibilidad de amar (Rosenthal, Gifford & Moore, 1998), además, se ha encontrado que quienes tienen un mayor grado de intimidad con la pareja (tienen sexo para expresar amor) lo usan con menor frecuencia (Gebhardt, Kuyper & Greunsven, 2003). Con base a la relación de pareja, Díaz-Loving y Sánchez Aragón (2002) construyeron un instrumento diagnóstico que permite estudiar las características cognoscitivas, afectivas y conductuales que ocurren y distinguen una etapa determinada del patrón de acercamiento-alejamiento de la relación de pareja. Las etapas que se ubican en el patrón de acercamiento son: *conocidos, amistad, atracción, pasión, romance, compromiso y mantenimiento*; aquellas que corresponden al patrón de alejamiento son: *conflicto, alejamiento, separación, desamor, separación y olvido*. Con las etapas de atracción y de romance de este instrumento, y un inventario de patrones de conducta sexual y de intención de tener relaciones sexuales e intención de usar condón, en este trabajo se evaluó el nivel de atracción física y

de relación romántica que tienen los adolescentes de secundaria y preparatoria y su vinculación con la intención de tener relaciones sexuales y la intención para usar condón en su próxima relación sexual, determinando las diferencias por sexo y debut sexual. Este estudio constituye un reporte de investigación que forma parte de un proyecto general titulado “Programa de intervención para postergar la edad del debut sexual en los adolescentes”¹.

El trabajo se conforma de tres capítulos y el reporte de investigación; en el primer capítulo se abordan los problemas de salud sexual de los adolescentes (VIH/SIDA, ITS y embarazos no deseados), así como las formas de prevención de los mismos; el segundo capítulo está dedicado al desarrollo de las relaciones románticas de los adolescentes y a la descripción de las etapas de amor romántico y atracción física; en el tercer capítulo se describen algunos estudios referentes a la implicación emocional y su relación con el uso del condón, a su vez se presentan los factores de riesgo asociados con el uso del condón. Finalmente se presenta el reporte de investigación en el cual se describe, el objetivo general, los objetivos específicos, la metodología empleada para la realización de dicho trabajo, y al término de ésta se muestran los resultados obtenidos y la discusión con base en la implicación emocional de los adolescentes y su relación con el uso del condón.

¹ Proyecto financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), con número de registro IN303306

CAPÍTULO 1

PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES Y SU PREVENCIÓN

La salud sexual de los adolescentes ha recibido mayor atención pública a partir del reconocimiento del efecto negativo que tienen las prácticas sexuales de riesgo en la salud de esta población, como lo es un insuficiente nivel de protección en sus relaciones sexuales y un alto número de relaciones con distintas parejas; que como algunas consecuencias puede traer un embarazo no planeado o alguna infección de transmisión sexual (VIH/SIDA). En relación con el VIH/SIDA, desde que se diagnosticó el primer caso de SIDA en México en 1983 la descripción del comportamiento de esta epidemia ha jugado un papel fundamental como respuesta ante la misma, por lo que hay que conocer su comportamiento, lo cual permitiría predecir su evolución y a su vez proponer programas de prevención más efectivos (Gutiérrez, López y Valencia, 2004).

1.1. VIH/SIDA

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es el virus que causa el SIDA. Pertenece a la familia de los lentivirus y se caracteriza por su capacidad de infección a un tipo particular de glóbulos blancos (las células T o CD4) utilizados por el sistema inmunitario para combatir las enfermedades (CDC, 2008; Levy, 1993 citado en Pérez, 2001).

El VIH es un virus frágil porque no puede vivir por mucho tiempo fuera del cuerpo. Por consiguiente, el virus no puede transmitirse durante las actividades cotidianas como saludar, abrazar o mediante un beso casual. El VIH se encuentra principalmente en la sangre, el semen o el flujo vaginal de una persona infectada. El VIH se transmite principalmente por:

- 1) Tener relaciones sexuales sin protección (por medio anal, vaginal u oral) con alguien infectado de VIH.
- 2) Por compartir agujas y jeringas con alguien infectado con el VIH.

- 3) Por la exposición (en el caso de un feto o bebé) al VIH antes de nacer o durante el parto, o al ser amamantado.
- 4) Transfusión sanguínea (CDC, 2008).

Clasificación de los estadios del VIH (OMS/CDC, 1987, citado en Díaz y Lubián, 1998):

- Fase I: Infección aguda.
- Fase II: Infección asintomática.
- Fase III: Sintomática precoz.
- Fase IV: SIDA.

La fase de infección aguda, comienza desde el momento en el que el virus entra en contacto con la sangre de la persona sana e incorpora su material genético al núcleo de la célula de defensa, utilizándola para crecer y reproducirse, cuando se ha multiplicado en un número adecuado todos los virus salen de la célula matándola, produciéndose un decremento en los linfocitos T CD4+ por un periodo corto pues, el sistema inmunológico responde mandando más células de defensa, permitiendo que el virus se multiplique rápidamente (Del Amo, 1999). Aproximadamente el 70% de las personas que adquieren el VIH, presentan ciertos síntomas: fiebre, dolor de garganta, salpullido o erupciones cutáneas, escalofríos, sudoraciones nocturnas, dolor de cabeza, mialgias, anorexia, náuseas y diarrea, entre otros; esta fase dura, normalmente, cerca de 6 a 10 semanas (Brannon y Feist, 2001; Ponce y Rangel, 2000).

La fase asintomática se caracteriza, como su nombre lo indica, por la ausencia de síntomas clínicos, por lo que la persona aparenta estar sana. Esta etapa puede durar de 8 a 10 años, hasta que el sistema inmunológico pierde la capacidad de regenerar las células de defensa (Fundación anti-SIDA de San Francisco, 2005). Es hasta en la fase sintomática precoz, cuando los pacientes suelen manifestar cuadros sintomáticos que se relacionan con un deterioro del sistema inmunológico; los síntomas pueden ser: fiebre, cansancio, sudores nocturnos, pérdida del apetito, pérdida de peso, diarrea permanente, manchas

blancas en la boca, salpullidos cutáneos dolorosos, inflamación de los ganglios, y en ocasiones infecciones oportunistas leves (Brannon y Feist, 2001).

A la expresión patológica final de la infección por el VIH se le conoce como SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Adquirida quiere decir que la enfermedad no es hereditaria pero que se contrae después del nacimiento, mediante el contacto con un agente que causa la enfermedad (en este caso, el VIH). Inmunodeficiencia se refiere a que la enfermedad se caracteriza por causar un debilitamiento del sistema inmunitario. Y síndrome, hace referencia a un grupo de síntomas que indican o caracterizan colectivamente a una enfermedad (CDC, 2008). Los criterios para definir el SIDA, según Camacho (2000) son:

- Signos mayores: Pérdida de peso, mayor de 10%, diarrea de más de un mes de duración y fiebre de más de un mes de duración.
- Signos menores: Tos de más de un mes de duración, dermatitis pruriginosa generalizada, herpes zoster recurrente, candidiasis bucofaríngea, infección diseminada y progresiva por herpes simple, linfadenopatía generalizada, criptocosis meníngea, sarcoma de Kaposi diseminado.

En promedio, los pacientes desarrollan SIDA a los diez años de haber contraído el virus, y un 5% y 10% de personas permanecen asintomáticos hasta 15 años. El tiempo varía enormemente de persona a persona y depende de muchos factores, entre ellos el estado de salud de la persona y sus conductas de salud. Por lo anterior, es razonable suponer que una buena proporción de los casos reportados en adultos de 25 a 39 años de edad pudieron haber sido contagiados con el VIH durante el periodo de adolescencia (Camacho, *op cit.*; Medley, Anderson, Cox y Billard, 1987 citado en Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos 2003).

El primer caso conocido de VIH en un ser humano se detectó en una muestra de sangre recogida en 1959 de un hombre en Kinshasa, República Democrática del Congo (no se sabe cómo contrajo esta persona la infección). El análisis genético de esta muestra de sangre pareció indicar que el VIH-1 puede

haber provenido de un virus único a finales de la década de 1940 o principios de los 50's (CDC, 2008). De acuerdo con Klínger (2003) en 1981 se reportó en Nueva York y San Francisco un síndrome novedoso y enigmático caracterizado por aparición de infecciones oportunistas, fatales (propias de personas con inmunodeficiencia) en individuos jóvenes (20-25 años) y desaparición de los linfocitos CD4. Muy pronto se evidenció que este síndrome presentaba el mismo perfil epidemiológico de la epidemia de hepatitis B en los 70's en estos mismos países; esta similitud con hepatitis B hizo pensar que la causa podría ser un agente infeccioso, probablemente viral, de transmisión sexual y sanguíneo.

Se estima que el VIH en América Latina se inició a principios del decenio de 1980 y aunque en México se diagnosticó el primer caso de SIDA en 1983, el tiempo que pasa entre la adquisición del VIH y el desarrollo del SIDA (que es de 2 a 10 años), hace suponer entonces que este virus fue introducido a México en el decenio de 1970 (Ponce y Rangel, 2000).

En el 2007 a nivel mundial se registraron 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2 millones de fallecimientos relacionados con el SIDA. Se estima que 33 millones de personas vivían con el VIH en 2007. Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo (ONUSIDA, 2008). En México se registraron 130,969 casos acumulados de SIDA, de los cuales 107,874 son hombres y 23,095 mujeres. La entidad federativa con mayor número de casos es el Distrito Federal (22,126), seguido por el Estado de México (14,453) y Veracruz (11,872); las personas de 30-44 años de edad constituyeron el grupo más afectado con el 47.8%, seguido por el grupo de 15-29 años de edad (Registro nacional de Casos de SIDA, 2009). Las cifras y cocimientos acerca del VIH/SIDA es punto de partida para cobrar conciencia de la vulnerabilidad y gravedad que tiene en nuestro país, así como dar cuenta de que es un problema de salud sexual que principalmente contraen los adolescentes, pero que no es el único que ellos presentan.

1.2. Infecciones de Transmisión Sexual

La infección por el VIH/SIDA no es el único problema de salud sexual que pueden presentar los adolescentes; también se pueden incluir a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), las cuales representan a un grupo de padecimientos infecciosos que se adquieren al tener relaciones sexuales (vaginales, anales u orales) sin protección (sin uso de condón, masculino o femenino); sin importar que sólo haya sido una vez con una o más parejas sexuales. Además también se pueden adquirir por transfusiones de sangre o durante el embarazo transmitirlas al bebé (CENSIDA; Calderón, 1999).

Los adolescentes son considerados de alto riesgo para adquirir ITS por la inmadurez de su sistema reproductivo, por el número de parejas sexuales que tienen y porque tienen relaciones sexuales sin ningún medio de protección (García, Pérez, Perpiñá, 2001). Es así, que posterior a la relación sexual sin protección, en la mayoría de los casos van a aparecer tres tipos de molestias en el sitio del contacto sexual (vagina, pene, ano o boca):

1. Granitos o llagas, úlceras o “rozaduras”, con molestias tales como dolor, ardor o sin ninguna molestia.
2. Flujo vaginal en poca o mucha cantidad que puede acompañarse de mal olor, comezón, ardor o sin ninguna molestia. En los hombres hay secreción por donde orinan o por el recto, acompañado de dolor y ardor al orinar.
3. Verrugas o “cresta de gallo” que casi siempre no dan molestias (CENSIDA).

Lo anterior puede presentarse entre la primera semana y hasta los tres meses (para verrugas) después de la relación sexual (sin protección); a veces no se presentan molestias, lo que no significa que se esté sano o sana, por lo tanto se debe acudir al médico y no automedicarse o dejar pasar el tiempo ya que pueden surgir complicaciones. En la Encuesta Nacional de la Juventud (2005), se reportó que en las mujeres (20-24 años de edad) la infección más frecuente es el Virus del Papiloma Humano (VPH) y en los hombres (15-19

años de edad) la gonorrea. De acuerdo con CENSIDA (2008), existen 25 microbios causantes de las ITS siendo más frecuentes las siguientes:

- Condilomas acuminados (producidos por el Virus del Papiloma Humano o VPH).
- Sífilis adquirida (producida por la bacteria Treponema pálido).
- Gonorrea (producida por la bacteria gonococo).
- Herpes Genital (producido por el virus del herpes simple).
- Clamidiasis (producida por una bacteria).
- Tricomoniasis (producida por un protozoario).

1.2.1 Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH)

La infección por el VPH se trata de un virus ADN de doble cadena perteneciente al grupo Papova, dotado de tropismo por los epitelios y que infecta los epitelios superficiales y las membranas mucosas originando a menudo verrugas (condiloma acuminado) o proliferaciones epiteliales en el lugar de la infección. La transmisión de esta infección es de forma predominante mediante el contacto sexual aunque se han evidenciado lesiones en adolescentes sin actividad sexual. El periodo de incubación oscila entre 3 semanas y 8 meses con una media de 2 a 3 meses, estando esta transmisión favorecida por un elevado número de parejas sexuales, la presencia de otra ITS, la inmunodepresión y el embarazo (Perpiñá, García y Pérez, 2001). En la actualidad existen más de 130 tipos causantes de la infección, y cuya importancia radica la patogénesis del cáncer epitelial de los órganos sexuales; hasta 90% se le relaciona con el cáncer cervical {tipo 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 56, 58 y 66} (CENSIDA, 2004b). Se han identificado tres tipos de infección por VPH:

1. Clínica: aparecen verrugas (condilomas acuminados) de color rosado, rojo o gris e indoloras, que pueden presentar diversos aspectos:
 - Verruga blanda sésil o pediculada: aparece en zonas húmedas (introito vaginal o vagina).

- Verrugas pequeñas de punta aplanada: pápulas de 1-4 mm situadas con frecuencia en la zona de transformación del cérvix, visibles con colposcopio.
 - Pápulas queratósicas cuadriculares, de 4-10 mm de diámetro y de aparición en zonas no mucosas y secas.
 - Condiloma acuminado gigante, formado por pápulas de mayor tamaño.
2. Subclínica: muy frecuente, diagnosticada mediante citología, colposcopia y biopsia.
 3. Latente: portadores del VPH, sin signos clínicos ni subclínicos (Perpiñá, García y Pérez, 2001).

En la mujer, los condilomas aparecen con mayor frecuencia en introito posterior, labios menores y clítoris, labios mayores y periné, pudiendo aparecer en ano (coito anal o extensión vulvar), vagina, uretra u cérvix. En el varón, los lugares donde con mayor frecuencia se localizan son frenillo, corona y glande, prepucio y meato urinario aunque pueden aparecer en el cuerpo del pene, en el ano (coito anal) y en el escroto (Perpiña, *op cit.*).

Como terapia se ha manejado la Podofilina o ácido tricloroacético (ATC), utilizado en condilomas acuminados externos y perianales; la crioterapia con nitrógeno líquido, no es tóxica, no se requiere anestesia y no se producen cicatrices (CENSIDA, 2004b). El tratamiento no cura la infección ni garantiza la eliminación viral; su meta es la destrucción de las lesiones y evitar su transmisión y complicaciones como el desarrollo de cáncer (Beutner, Wiley, Douglas, Tyring, Fife y Trofatter, 1999 citado en Calderón, 1999).

1.2.2 Sífilis

Es una infección producida por la bacteria *Treponema pallidum*; se caracteriza por un lado, por manifestaciones específicas, latencia de muchos años y por otro, capaz de simular muchas enfermedades. El *Treponema pallidum* penetra en el organismo a través de lesiones de contigüidad de la piel o mucosas, que al implantarse se multiplica localmente y pasa a los ganglios linfáticos, de ahí

se distribuye a todos los tejidos del cuerpo (CENSIDA, *op cit.*). Se produce por contacto sexual, congénita, transfusión de sangre fresca, o inoculación directa accidental. De acuerdo con Perpiñá, García y Pérez (2001) la enfermedad se clasifica en:

- Sífilis primaria: periodo de incubación de 9 a 90 días. Aparece una úlcera en el punto de inoculación, único (95%) o múltiple, llamado "chancro". Puede localizarse en cervix, ano, pene, labios, y zonas extragenitales. Se inicia como una pápula, que se erosiona en una úlcera indolora, de forma exterior puntiaguda con una secreción purulenta; se acompaña de una adenopatía regional (generalmente indolora). El chancro se cura a las 4-6 semanas.
- Sífilis secundaria: Si no hay tratamiento en la sífilis primaria, a las 6-8 semanas de la primoinfección, aparece una erupción maculosa (roseola sífilítica) no pruriginosa, por todo el cuerpo, palmas de manos y plantas de pies, bilaterales y simétricas. Aparecen adenopatías generalizadas y lesiones como condilomas planos y alopecias sífilíticas.
- Sífilis latente tardía: Se da en aquellos pacientes no tratados o tratados inadecuadamente. Puede aparecer de 2 a 10 años después de la exposición inicial. Incluiría la neurosífilis y la sífilis cardiovascular.

El tratamiento es con base al estado de la enfermedad. En sífilis primaria, secundaria o latente menor de 2 años de evolución, se utiliza Penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI, IM en una sola dosis. Para sífilis latente tardía (mayor de 2 años de evolución) o sífilis latente con duración desconocida se utiliza Penicilina G benzatínica 7.2 millones de UI, administrada en 3 dosis: 2.4 millones de UI, IM cada semana. En personas con alergia a la penicilina (no embarazadas) se usa Penicilina G procaínica 1.2 millones de UI, IM a diario durante 20 días; Doxiciclina 100mg/oral 2 veces al día por 30 días ó Tetraciclina 500mg/oral 4 veces al día, durante 30 días. En embarazadas alérgicas a la Penicilina utilizar Eritromicina 500 mg/oral/2 veces día, durante 2 semanas. En neurosífilis se utiliza Penicilina G Acuosa 2 a 4 millones de unidades intravenosas, cada 4 horas, durante 10 a 14 días (CENSIDA, 2004b).

1.2.3 Gonorrea

Es una infección producida por la *Neisseria Gonorrhoeae*, diplococo Gram negativo, aeróbico intracelular, puede ser asintomática o sintomática, afecta a los órganos sexuales, anorectal y faríngea, con cepas resistentes a antimicrobianos y clínicamente indistinguible de las que no son resistentes. Se produce por contacto sexual, ya sea oral, vaginal, o anal, a excepción de la Oftalmia gonococcica neonatal que se adquiere en el canal del parto. En el varón se manifiesta como una uretritis aguda (a los 2-6 días de la exposición), con secreción mucopurulenta y disuria; las complicaciones abarcan desde Epididimitis, Prostatitis, afectación de las Vesículas Seminales, de las Glándulas de Cooper, hasta abscesos periuretrales y estenosis uretrales. En la mujer, la infección aparecerá a los 10 días del contacto en el canal endocervical y uretral, con sintomatología urinaria y secreción purulenta por cérvix, que estará edematizado, altamente friable y con hemorragia escasa; puede pasar desapercibida en ocasiones (Perpiñá, García y Pérez, 2001).

Para la gonorrea no complicada del cérvix, uretra y recto se recomienda Ceftriaxona 250mg IM en dosis única, o Ciprofloxacina 500mg vía oral en dosis única, o Cefixime 400mg vía oral en dosis única, o Ofloxacina 400mg vía oral en dosis única ó Levofloxacina 250mg vía oral en dosis única. Se recomienda llevar conjuntamente el tratamiento para infección de *Chlamydia Trachomatis*, el cual se mencionará más adelante (CENSIDA, 2004b).

1.2.4 Herpes Genital

Perpiñá (*op cit.*) mencionan que el herpes genital es producido por el Virus del herpes simples (VHS) tipo 1 y 2, el cual pertenece a la familia Herpes viridae. Su transmisión es sexual y se produce a través del contacto estrecho con una persona que libera el virus por una lesión cutánea, una superficie mucosa o una secreción, con prácticas genitalgenital u oral-genital durante periodos de excreción sintomática o más frecuentemente asintomático del virus. El primer episodio de la enfermedad herpética es causada tanto por VHS-2 (50-93%) como por el VHS-1 (7- 50%); se le llama herpes genital primario al primer

episodio de la enfermedad sin evidencia de infección previa; donde las lesiones son del tipo vesiculares y con frecuencia agrupadas, suelen ser dolorosas durante 10-12 días; las vesículas progresan a úlceras con resolución a las 2 semanas, en el varón se localizan en el glande o tallo del pene, y en la mujer aparecen en vulva, cuello uterino, vagina, periné o nalgas. Un herpes genital no primario sería el primer episodio de la enfermedad pero con evidencia de infección previa por VHS-2 o por VHS-1. Este último es llamado herpes genital recurrente, se manifiesta en el transcurso del primer año del contagio en el 90% de los pacientes con infección genital por el VHS-2; las recurrencias se presentan con una frecuencia de 4 a 8 veces al año y varían de un sujeto a otro, los episodios pueden estar precedidos por picor o quemazón, 6 a 24 horas antes. Las recurrencias duran entre 7-10 días y las manifestaciones sistémicas son menos frecuentes. La latencia del virus se interrumpe por reactivaciones que conducen a las infecciones clínicas silenciosas o aparentes. La incubación oscila entre 2 y 20 días, con una media de 7 días.

No se conoce curación para el herpes genital, pero el curso de los signos y síntomas se modifican si la terapia con aciclovir análogos se inicia lo antes posible, las dosis son las siguientes: a) Aciclovir 400mg/oral/5 veces al día por 7 a 10 días; o b) Aciclovir 200mg/oral/3 veces al día por 7 a 10 días; o c) Famciclovir 250mg/3 veces al día por 7 a 10 días; o d) Valaciclovir 1g/2 veces al día por 7 a 10 días. El tratamiento acorta la formación de nuevas lesiones, duración del dolor, cicatrización y carga viral, sin embargo no parece influir en la historia natural de la infección (CENSIDA, 2004b).

1.2.5 Clamidia (Chlamydia Tracomatis)

De acuerdo con Perpiñá, García y Pérez, (2001) esta infección se clasifica como una bacteria (contiene ADN y ARN, se divide por fisión binaria y tiene paredes celulares similares a las bacterias gramnegativas) aunque comparte propiedades de los virus ya que son intracelulares obligatorios y no pueden ser cultivados en medios artificiales. El principal mecanismo de transmisión es el contacto sexual. La partícula infectante es el cuerpo elemental (CE), con un

tamaño de 300 a 400 nm y es resistente al medio extracelular pero metabólicamente inactivo. Los CE inducen la fagocitosis activa en las células huésped y se reorganizan en cuerpos iniciales (CI) o cuerpos reticulares, que a continuación desvían las funciones celulares de acuerdo con sus necesidades. Puede producir un variado número de cuadros patológicos en hombres y en mujeres:

Hombres:

- Uretritis: tiene un periodo de incubación entre 7 a 21 días, produce disuria y supuración blanquecina o clara de cantidad ligera o moderada, pudiendo no ocasionar síntomas.
- Epididimitis: los síntomas y signos que se producen son dolor escrotal unilateral, hinchazón, sensibilidad y fiebre.
- Proctitis: cuadros asintomáticos o síntomas como dolor rectal, hemorragias, supuración mucosa y diarreas.
- Síndrome de Reiter: síndrome caracterizado por conjuntivitis, dermatitis, uretritis y artritis.

Mujeres:

- Cervicitis: la infección a nivel de cérvix uterino cursa en muchas ocasiones de forma asintomática, incluso con signos físicos de cervicitis mucopurulenta (secreción y/o cérvix edematoso y friable).
- Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP): la infección a nivel cervical posibilita el ascenso del germen al tramo genital superior produciendo este proceso. Produce un cuadro clínico poco intenso, pero sus consecuencias a largo plazo son mayores.
- Perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis): se trata de una afectación de la cápsula hepática que puede estar asociado a salpingitis de causa gonocócica o chlamydiásica, presentando además de síntomas y signos de salpingitis, dolor y sensibilidad en cuadrante superior derecho, fiebre, náuseas y vómitos.

- Infección en mujer embarazada: dos tercios de los recién nacidos expuestos adquieren la infección, con conjuntivitis en el 33% de los casos y neumonía en el 17%, pudiendo producir mortalidad neonatal o anteparto en un tercio de los casos.

El tratamiento es de Doxiciclina 100 mg oral/12 h/7 días, o Tetraciclina 500 mg oral/6 horas/7 días. Los tratamientos alternos son: Eritromicina base o estearato 500 mg oral/6h/ 7 días, o Etilsuccinato de eritromicina 800 mg oral/6h/7 días; estos últimos se aplican cuando no haya tolerancia a las tetraciclinas. Si se realiza el tratamiento de forma adecuada es eficaz en más de un 95% de los casos (CENSIDA, 2004b).

1.2.6 Tricomoniasis

Está producida por la *Trichomona Vaginalis*, un protozoo flagelado de 10 a 20 μm , móvil, anaerobio, de forma ovoidea, que coloniza el tracto urogenital. Tiene un periodo de incubación de 4 a 21 días (CENSIDA, *op cit.*).

La tricomoniasis puede ser asintomática en el 50% de los casos, tanto en hombres como en mujeres. En la mujer, afecta principalmente la vagina y el tracto urinario, el síntoma más frecuente es la leucorrea maloliente seguido de una irritación vulvo-vaginal, la cual, puede aparecer aislado entre un 25-50% de los casos; los síntomas pueden empeorar durante la menstruación o posteriormente a ella. La secreción vaginal se describe con un color amarillo-verdoso y espumoso, aunque esto sucede sólo en la mitad de las pacientes; también es evidente un "cérnix en fresa" (fácilmente sangrante). En el hombre, es generalmente asintomática, aunque puede provocar una uretritis no gonocócica (Perpiñá, García y Pérez, 2001). Su tratamiento incluye Metronidazol 2g/oral dosis única; y en los casos de mala tolerancia a la dosis única puede administrarse Metronidazol 500mg/oral dos veces al día por 7 días. Las tasas de curación reportan en la mujer rangos de 82% a 88%, pero se han incrementado a 95% si las parejas sexuales son tratadas simultáneamente (CENSIDA, *op cit.*).

Una vez que se ha abordado el aspecto epidemiológico y el factor que determina cada una de las infecciones de transmisión sexual, resulta de vital importancia mencionar las formas de prevención de estas infecciones, así como también incluir a los embarazos no deseados el cual es otro problema de salud sexual, que en muchas ocasiones terminan en abortos que ponen en riesgo la salud de los adolescentes y afectan negativamente sus posibilidades de educación y bienestar en general.

1.3 EMBARAZOS NO DESEADOS

Según las estimaciones de la OMS (2004), a nivel mundial quedan embarazadas cada año 210 millones de mujeres, de los cuales unos 80 millones de embarazos son involuntarios o no deseados. Se estima que cada año se interrumpen unos 45 millones de embarazos involuntarios, y unos 19 millones de esos abortos son peligrosos. El 40% del conjunto de los abortos peligrosos se da en jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. En México, en cuanto a los embarazos no deseados, las estadísticas gubernamentales indican que cada año más de 400 mil adolescentes tienen un bebé, y de acuerdo con Núñez, Hernández, García, González y Walter (2003, citado en Torres, Walker, Gutiérrez, Stefano y Bertozzi, 2006) mencionan que la mayoría de las adolescentes habrían preferido no tenerlo en ese momento.

El embarazo en la adolescencia representa grandes obstáculos en la vida de la pareja y en especial para la mujer. Su impacto se ve influido por el contexto social y cultural en el que la mujer y su familia viven y las grandes diferencias regionales y geográficas. En la mayoría de los casos el embarazo ocurre sin que la pareja se lo haya propuesto como producto de los primeros encuentros sexuales (INEGI/INMUJERES, 2002). El embarazo consiste no sólo en esperar a que llegue el momento de dar a luz, sino se trata a menudo de una fase decisiva en la vida de una mujer, un periodo durante el cual puede sentirse feliz y plenamente realizada, no sólo como persona sino también como miembro de la sociedad. También puede ser una etapa de angustia y sufrimiento, si se trata de un embarazo no deseado o inoportuno, o cuando se dan complicaciones o circunstancias adversas que lo hacen peligrar o provocan

enfermedades, incluso la muerte (OMS, 2005). Debido a que los adolescentes están expuestos (al practicar sexo sin protección) a los embarazos no deseados, abortos y a contraer alguna infección de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH/SIDA; es necesario implementar programas que promuevan el uso correcto y consistente del condón, así como enfatizar el desarrollo de habilidades de comunicación en la pareja para negociar el condón y posponer un encuentro sexual.

1.4 PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL

Para disminuir los problemas de salud sexual que presentan los adolescentes, se han propuesto algunas estrategias, como informar a la gente sobre la transmisión de ITS/VIH, fomentar la fidelidad a la pareja, practicar el sexo seguro (masturbación, besos, caricias, abrazos), postergar encuentros sexuales, practicar la abstinencia sexual y utilizar condón (Rodríguez, Barroso, Frías, Moreno y Robles, 2009). Una manera para la prevención del VIH, por vía sanguínea, es utilizar sangre y derivados que hayan sido previamente analizados y estén libres del virus, se debe recomendar a los usuarios de drogas inyectables utilizar una aguja y jeringa nueva en cada aplicación o lavarlas y/o hervirlas, utilizando guantes de látex o poliuretano siempre que se maneje sangre o secreciones corporales; así como aplicar la prueba de detección para el VIH al 100% en mujeres embarazadas para prevenir la transmisión por vía perinatal (CENSIDA).

Cabe mencionar que el uso correcto y consistente del condón es una de las estrategias preventivas que se fomentan en todo el mundo para prevenir el contagio del VIH/SIDA, ITS y embarazos no deseados (Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos, 2003); ya que los estudios de laboratorio han demostrado que los condones de látex ofrecen una barrera esencialmente impermeable a las partículas del tamaño de los microbios patógenos de las ITS; evitan la transmisión y adquisición de las ITS al prevenir el contacto entre el pene de la persona que usa el condón y las secreciones genitales, la mucosa o la piel de la pareja sexual (CDC, 2008).

En relación a lo anterior, se ha reportado que los jóvenes a pesar de estar bien informados sobre las características del VIH/SIDA y sobre las formas específicas en que puede transmitirse y prevenirse, siguen teniendo conductas sexuales de riesgo. Por lo que ha habido un interés creciente por diseñar programas de intervención que muestren efectividad para reducir conductas de riesgo relacionadas con ITS/VIH y embarazos en adolescentes. Robles, Frías, Rodríguez y Barroso, (2004) llevaron a cabo un programa de intervención, el cual se basa en entrenar tanto habilidades conductuales que permitan involucrarse en conductas preventivas (por ejemplo, negociar el uso de condón), como considerar un entrenamiento en el uso correcto del condón, y evaluar su impacto sobre la autoeficacia percibida para rechazar propuestas sexuales; estos autores obtuvieron como resultado un incremento en el nivel de información acerca del VIH/SIDA, una actitud favorable hacia el uso de condón, también hubo un incremento en el nivel de autoeficacia percibida para investigar la historia sexual de la pareja y para rechazar propuestas sexuales de personas desconocidas, y se mostró una mejor ejecución en la habilidad para negociar el uso de condón. Con lo anterior, de nada serviría ser un experto en la colocación correcta del condón si no se tiene la habilidad para solicitarlo a la pareja sexual o la habilidad para negociarlo cuando ésta se resiste a utilizarlo. En este sentido, Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz, Rodríguez y Hernández (2006) evaluaron los efectos de un entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual asertiva y en el uso correcto del condón sobre el autoinforme del uso consistente del condón, y, por otro lado, investigaron la relación entre la habilidad conductual demostrada para usar el condón y el autoinforme de su uso. Demostraron que la estrategia de intervención utilizada resultó importante para incrementar la consistencia en el uso del condón, pero el entrenamiento en el “hacer” no tuvo repercusiones sobre el entrenamiento en el “decir”. También mencionan que para lograr un cambio en las conductas sexuales de riesgo es necesario dar un entrenamiento en la habilidad conductual para usar correctamente el condón usando un pene de enseñanza y siguiendo los 15 pasos indicados para tener una ejecución correcta. En este sentido, se sugirieron que los estudios que consideren un entrenamiento en habilidades de comunicación sexual, deben contar con medidas directas de las habilidades para asegurar que los

estudiantes efectivamente tengan los repertorios conductuales para negociar el uso del condón con su pareja; tomando en consideración las características del desarrollo adolescente que dificultan la toma de decisiones en el terreno sexual.

Algunos programas también han hecho frente a los factores sociales e institucionales, tales como las normas sexuales, la desigualdad de género y el estigma relativo al VIH, que facilitan la propagación del virus; por lo que, para lograr una prevención integral se requiere a la vez la participación de programas de intervención y de acciones políticas que promuevan comportamientos más seguros, reduzcan la vulnerabilidad biológica y social a la transmisión del virus, estimulen el uso de tecnologías de prevención clave y potencien las normas sociales que reduzcan el riesgo de infección (ONUSIDA, 2008); así como considerar en los programas de prevención de embarazos no deseados e ITS/VIH, las características de las relaciones románticas de los adolescentes, para identificar como esto facilita o impide el desarrollo de comportamientos preventivos en ellos.

CAPITULO 2

DESARROLLO DE LAS RELACIONES ROMÁNTICAS EN ADOLESCENTES

En el capítulo anterior se hizo referencia a los problemas de salud sexual que enfrentan los adolescentes, y debido a que en ésta etapa de la vida, el ser humano pasa por un proceso en el que experimenta el deseo sexual y el amor, Gebhardt, Kuyper, & Greunsvan (2003) analizaron en qué grado influye la necesidad de intimar de los jóvenes, en donde el tipo de relación que existía con su pareja y la meta que perseguían en sus relaciones sexuales son factores que influyen para que los jóvenes tengan o no sexo protegido; por lo que en este sentido, este capítulo pretende dar a conocer el desarrollo de la relación romántica del adolescente y la descripción de las etapas del amor romántico y la atracción física.

Las relaciones románticas se pueden definir como una serie de interacciones que ocurren a lo largo del tiempo y que se caracterizan porque involucran a dos individuos que reconocen algún tipo de vínculo entre sí, porque son voluntarias y existe algún tipo de atracción basada en la apariencia física, en características de personalidad y en la compatibilidad de intereses o habilidades, también implican manifestaciones de compañerismo, intimidad, protección y apoyo (Brown, Feiring y Furman, 1999 citado en Vargas-Trujillo y Barrera, 2002).

En la infancia se tiende a socializar en grupos de un solo sexo, pero es hasta la adolescencia temprana o media en donde se empieza a interactuar en grupos donde hay ambos sexos; lo cual permite a los adolescentes desarrollar confianza y habilidades de socialización con compañeros de distinto sexo antes de iniciar una relación romántica (Furman, 1999 citado en O'Sullivan, Cheng, Harris & Brooks-Gunn, 2007). Es así que el romance adolescente es una etapa en donde están mezclados los componentes de la amistad y de la atracción física y solamente en años posteriores se convierte en una relación madura y confiada (Brown, 1997 citado en Shulman & Kipnis, 2001).

2.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS RELACIONES ROMÁNTICAS

Las relaciones románticas de la adolescencia, a diferencia de las adultas, son menos complejas y tienen un carácter transitorio (Laursen & Jensen-Campbell, 1999 citado en Vargas-Trujillo y Barrera, 2005). Son oportunidades para interactuar con jóvenes del otro sexo, que incluyen intenciones más orientadas hacia la diversión. La Voie (1998 citado en Shulman & Seiffge-Krenke, 2001), menciona que la relación romántica entre dos adolescentes puede asumir una variedad de formas; desde una simple amistad, una relación casual o una formal. Gómez (2005) añade que la satisfacción del deseo sexual adquiere relevancia al inicio de estas relaciones. A su vez, Tuval, Walsh, Harel y Shulman (2008) mencionan que se compone de emociones y fantasías, parece que las fantasías románticas, en particular en las primeras etapas de la adolescencia, puede ser un importante componente de sus experiencias románticas.

En relación a la relación de pareja, Feiring (1996 citado en Shulman, *op cit.*) empleó una entrevista estructurada a adolescentes de 15 años en la cual pidió que hablaran de sus gustos y aversiones, y las ventajas y desventajas de tener pareja; el compañerismo fue la ventaja más frecuentemente mencionada, seguido de la intimidad. Además, los adolescentes señalaron a la fascinación, la cual caracterizó la intensidad del romance adolescente por lo menos en la etapa inicial. También demostró este estudio que el romance en la adolescencia suele ser ocasional, poco intenso y de breve duración. En relación a la intimidad, Vargas-Trujillo y Barrera (2005) mencionan que en el progreso de la intimidad, las relaciones románticas coinciden o preceden al inicio de la actividad sexual; y éstas maduran en forma concurrente.

Al respecto, los resultados del estudio transversal de Shulman & Kipnis (2001) demostraron que en la adolescencia avanzada se desarrolla la intimidad, ésta implica actuar confiablemente, responder adecuadamente a los sentimientos del otro, ser sensible y ser capaz de comprometerse en una relación (vinculación). El análisis de resultado se basó en la descripción de la relación romántica de cada pareja, la cual estuvo formada por siete escalas: 1)

idealización de la relación (el grado en el cual la relación fue descrita como especial o única); 2) amistad (el grado a el cual la relación era juzgada basada en amistad); 3) disfrute (el placer derivó de la compañía de la pareja); 4) problemas de la relación (la frecuencia del comportamiento negativo de la pareja, y dificultades para solucionar problemas); 5) confianza (confianza percibida entre la pareja); 6) ayuda (la ayuda emocional o disponibilidad percibida y proporcionada por la pareja) y 7) estabilidad (el grado a el cual la relación fue percibida como estable y segura).

Brown, Connolly & Goldberg (1999, citados en Shulman & Seiffge-Krenke, 2001), propusieron un modelo de relaciones románticas en los adolescentes:

- Fase 1: se presenta la atracción física y el deseo, encuentros ocasionales y llamadas telefónicas. Los objetivos en esta fase es ganar confianza para relacionarse de manera romántica con la pareja y realzar su concepto de sí mismo.
- Fase 2: hay cierta afiliación y se acentúa el compañerismo entre los grupos de amigos. La fascinación con el otro género ejerce influencia para que el adolescente busque actividades sociales.
- Fase 3: es marcada por la presencia de relaciones románticas íntimas en las cuales se experimentan sensaciones mutuas. Se adentran en una actividad sexual.
- Fase 4: Se establecen relaciones de confianza y son de largo plazo, aquí se incluye la atracción física mutua, deseo compartido para la intimidad y se demuestran cuidado.

Por otra parte, se considera que el patrón de acercamiento-alejamiento de Díaz-Loving (1996, citado en Díaz-Loving y Sánchez, 2002) es fundamental para evaluar y conocer el tipo de vínculo cognoscitivo-afectivo-conducutal que se establece en una relación de pareja. Este patrón consta de 13 etapas

(extraños, conocidos, amistad, atracción, pasión, romance, compromiso, mantenimiento, conflicto, alejamiento, desamor, separación y olvido), el cual perfila una serie de evoluciones individuales constantes y variables que pueden corresponder o no con lo que está experimentando la pareja, y que se encuentran en un marco mayor que retoma variables biológicas, sociales, culturales, individuales, evaluativas y conductuales. Posteriormente se muestra una explicación sólo de las etapas de atracción y romance, ya que dichas etapas son las que se utilizaron para los análisis en este trabajo.

En cuanto al inicio de la relación de pareja, Brown (1999, citado en Shulman & Seiffge-Krenke, 2001) encontró que cuando los adolescentes deciden acercarse por primera vez a la persona que les atrae, buscan en primer lugar el consejo de un amigo cercano y después intentan llamar la atención con comportamientos cómicos o tratan de comunicar los sentimientos de modo no verbal. Por su parte, Nieder y Seiffge-Krenke (citado en Shulman & Seiffge-Krenke, 2001), encontraron altos niveles de tensión en adolescentes cuando inician una relación romántica, estos niveles de tensión se relacionan con problemas de identidad y de la relación romántica en sí.

Al respecto O'Sullivan, Cheng, Harris & Brooks-Gunn (2007) entrevistaron a un grupo de adolescentes donde proporcionaron datos sobre la secuencia de eventos sociales y románticos que se produjeron en su relación amorosa reciente; los resultados sugieren que dentro de una relación particular, los adolescentes podrían establecer primero una base segura a través de interacciones románticas para asegurarse de que su pareja es compatible, disponible y responda antes de aventurarse a las formas más íntimas de las interacciones sexuales. En la medida en que el individuo descubre que su pareja satisface sus necesidades socio-emocionales, y que le puede proporcionar cuidado, apoyo, protección, satisfacción sexual, puede recurrir a ella más frecuentemente y de manera más competente (Collins y Srouf, 1999 citado en Vargas-Trujillo y Barrera, 2002). Sanderson y Cantor (1995, citado en Seiffge, 2000) han señalado recientemente que los adolescentes difieren con respecto a los objetivos que se persiguen en las relaciones amorosas, ya que mientras algunos se centran en alcanzar la cercanía y la confianza, otros se

centran en el desarrollo de la identidad, el cual es un proceso complejo que puede comenzar en la adolescencia, pero a menudo sigue en la edad adulta (Zimmer & Petherick, 2006). A continuación se describen las etapas de atracción física y amor romántico, ya que sólo éstas fueron utilizadas en el análisis del presente trabajo.

2.2. ATRACCIÓN FÍSICA

La atracción física es la calificación alta o positiva que un individuo da hacia otra persona y es un factor importante en las relaciones de pareja, ya que opera especialmente en los inicios de la relación y actúa a modo de filtro (Vera, Laga y Hernández, 1998).

De acuerdo con Díaz-Loving y Sánchez (2002) se presenta un gusto físico e intelectual por la otra persona (hay un interés exacerbado), se piensa continuamente en ella o en la relación y se busca ser afín, también se le admira e idealiza, pero siempre incluyendo un fondo sexual. Se despiertan emociones como “sentir mariposas en el estómago”, que se expresan por medio de emociones intensas como nerviosismo, pena, locura pasional, placer, necesidad de acercarse físicamente a la persona y agrado al estar con ella. Además surgen sentimientos como cariño o afecto, alegría y cercanía emocional; no obstante puede haber miedo al rechazo. Durante la interacción, se usan recursos como la coquetería y la seducción para llamar la atención de la pareja, la comunicación es más profunda, se es respetuoso, atento y cordial, se comparten actividades y se cuida a la pareja.

Sin embargo, la atracción física va a variar en relación con la historia de socialización y el tipo de relación que se sostiene, así la atracción hacia otros dependerá parcialmente de los reforzamientos que los otros provean (Vera, *op cit.*). De acuerdo con Papalia (1988) y Davidoff (1989) entre los factores que influyen en la atracción física se encuentran:

1. Proximidad: cuanto más se ve a alguien, se puede predecir su comportamiento y más cómodas llegan a hacerse las relaciones. Existe además el efecto de exposición que sugiere que una persona gusta más después de verla repetidamente.
2. Apariencia física: existe el placer estético de mirar a lo que se considera bello. Se puede creer que cuando existe una envoltura bonita, el interior será más bonito. Un elemento que se asocia es el status (la popularidad). Hay una posibilidad de que la gente mejor parecida puede ser más segura, competente y estar más satisfecha.
3. Características personales: no se trata del rasgo en sí mismo, sino la manera en que se percibe. Cualidades como la generosidad, sentido del humor y buen carácter, influyen en el grado de comodidad con las personas. La cuasiperfección parece ser rechazada, porque le recuerda a la gente sus propios defectos.
4. Similitud: Las parejas tienden a ser similares en cuanto a raza, edad, status, religión, educación, inteligencia, valores y actividades. Aunque es probable que si satisfacen los requerimientos de uno y del otro, los contrarios se atraigan hasta cierto punto. Una excepción a esta regla se da en las personas con baja autoestima, por el reforzamiento de las conductas propias en el otro.

Se han realizado varias investigaciones en relación a la etapa de atracción física, por ejemplo, Feingold (1990), en su investigación encontró que el atractivo físico está correlacionado positivamente con la popularidad frente al sexo opuesto, tanto en hombres como en mujeres. En el caso de los hombres la correlación entre el atractivo físico y la popularidad platónica fue mayor que en las mujeres; porque las mujeres son más propensas a preferir que sus romances nazcan de amistades, lo que incentivaría a "hacer amistad" con hombres atractivos. Por su parte, Castro (2001) encontró que entre los 13 y 15 años los varones dan más importancia a la atracción mutua, mientras que las mujeres ponen énfasis en la posibilidad de compartir cosas y el compañerismo.

Otras investigaciones han confirmado que las mujeres prefieren parejas sexuales de mayor edad y los evalúan con base en sus recursos, mientras que los hombres prefieren parejas más jóvenes y físicamente atractivas (Kenrick y Keefe, 1992 citado en Ubillos, Zubieta, Páez, Deschamps, Ezeiza y Vera, 1997). Los resultados de Ubillos (*op cit.*) confirman que, en general las mujeres le otorgan más importancia a las dimensiones pragmáticas de compañerismo y valoran menos las dimensiones lúdicas del amor que los hombres. Una vez vista la etapa de atracción física y algunas investigaciones en relación a la misma, el siguiente apartado estará centrado en el amor romántico.

2.3. AMOR ROMÁNTICO

El amor es una construcción social y se expresa de forma diferente a través del tiempo y de las diferentes culturas y se le ha concebido como el más profundo y significativo de los sentimientos (Castro, 2001).

Para Díaz-Loving y Sánchez (2002) el amor es el núcleo del romance y se ve complementado por emociones como el agrado de convivir todo el tiempo con la persona, incitando a la felicidad, atracción, sensibilidad, cariño, ternura, confianza y tranquilidad, para crear seguridad en la relación de pareja. En esta etapa hay deseo, interés y pensamiento constante por la persona; y dado el contacto físico íntimo se van creando momentos agradables en los que hay comunicación profunda y sincera, en la que se comparten la sexualidad y sus expresiones físicas como besos, abrazos, y caricias. Los detalles y el juego son elementos centrales en el amor, pues se busca complacer a la pareja.

Sternberg en 1986 (citado en Díaz-Loving, *op cit.*) postula la teoría triangular del amor, cuya esencia reconoce la multidimensionalidad del amor a partir de tres componentes:

- a) *Intimidad*: se refiere a los sentimientos dentro de una relación que promueven la cercanía, el vínculo y la unión. Incluye también el respeto, el deseo de promover el bienestar de la persona amada, el

sentimiento de felicidad al estar juntos, la íntima comunicación y valorar la vida del otro.

- b) *Pasión*: se refiere a lo que guía el romance, la atracción física y la consumación sexual. También contribuyen la afiliación, el altruismo, la dominación, la sumisión y la atención.
- c) *Compromiso*: Implica la decisión de amar a otra persona y el compromiso de mantener ese amor.

Por su parte, Lee (1973, citado en Brenlla, Brizzio y Carreras 2004), desarrolló una clasificación de las diferentes aproximaciones al amor. Identificó tres tipos primarios de estilo de amor: Eros (amor romántico y pasional), Ludus (amor lúdico), Storge o Amistad (amor-amistad); y tres estilos secundarios: Manía (amor posesivo y dependiente), Pragma (amor lógico y práctico) y Ágape (amor altruista).

- Eros o el amor romántico y la pasión representan una relación en la cual la apariencia física desempeña un rol importante como también el componente sexual y el deseo de una relación intensa; la característica de este tipo de amor es la alta confianza y autoestima.
- En Ludus o el amor lúdico, el amor y la sexualidad son vistos como un juego para el disfrute mutuo y sin una intención seria particular, esta tendencia amorosa puede concretarse con más de una pareja a la vez, se puede disfrutar de diferentes personas, actividades y placeres; este estilo de amar no se relaciona directamente con un tipo físico preferido y ve al sexo más como una forma de divertirse que como una profunda implicación.
- Storge (término que proviene de una palabra griega que denota afecto parental) hace referencia al amor-amistad, a un compromiso durable que se desarrolla lenta y prudentemente, el punto fuerte de este amor es el compañerismo y la relación de confianza que se establece con la pareja.
- Pragma alude a un amor práctico, tomando en consideración la edad, el grado de instrucción, el estatus social, la religión o la facultad de ser una buena madre o un buen padre.

- Manía es el amor posesivo, la tendencia a experimentar celos, los estados emocionales intensos, la necesidad constante de asegurar el amor del otro.
- Ágape es el estilo más raro de la tipología de Lee, es un amor altruista, que se preocupa por el bienestar del otro y no exige nada a cambio, es un amor más bien idealista en el que la sexualidad y sensualidad no son relevantes.

Un estudio realizado por Hendrick (1986, citado en Breñlla, Brizzio y Carreras, 2004) con una muestra de 466 estudiantes universitarios, evidenció la existencia de diferencias significativas en los estilos de amor entre hombres y mujeres; en donde los hombres poseen un estilo de amor más lúdico que las mujeres.

Se ha postulado que el amor romántico se puede conceptualizar como un proceso de apego, ya que se comparten una serie de reacciones como la intensa fascinación con la pareja, malestar si hay separación, esfuerzos para mantener la proximidad y compartir actividades (Hazan y Shaver, 1987 citado en Ubillos, Zubieta, Páez, Deschamps, Ezeiza y vera, 1997); y estaría compuesto entonces de: a) pensamientos de necesidad, de cuidado y confianza en la pareja; b) sentimiento de bienestar, dificultad de concentración y, en menor medida reacciones físicas intensas; c) conductas de intimidad, apoyo y tolerancia al otro (Taylor, Peplau y Sears, 1994 citado en Ubillos, *op cit.*). De acuerdo con Edgar y Glezer (1994 citado en De la Cuesta, 2001), el amor romántico incluye la sexualidad, no para satisfacer una pasión sino para construir intimidad.

Si bien es cierto que tanto la atracción física como el amor romántico se manifiestan en las relaciones románticas de los adolescentes, ahora es importante ahondar en qué grado éstas variables se encuentran relacionadas con el uso del condón, así como conocer otros factores de riesgo relacionados con el uso del mismo, los cuales se abordarán en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL USO DEL CONDÓN

En el capítulo anterior se puede apreciar que el adolescente comienza a tener sus primeras relaciones con personas del sexo opuesto y empieza a surgir en él un deseo sexual intenso, por lo que ésta población es altamente vulnerable ya que están expuestos a factores como la implicación emocional en la pareja; y a conductas de riesgo como no usar condón de manera correcta y consistente en sus relaciones sexuales, que son consideradas como elementos que aumentan la probabilidad de adquirir una ITS/VIH. Por ende es importante ahondar en las investigaciones de sensaciones vinculadas (atracción física y amor romántico) respecto con el uso del condón y otros factores de riesgo asociados al mismo, como lo son el consumo de drogas y alcohol, inicio de las relaciones sexuales, nivel de conocimientos, actitudes, creencias, norma subjetiva, percepción de riesgo, entre otros.

Las conductas de riesgo son definidas como todas las emisiones conductuales que traen consecuencias negativas en un individuo en un contexto determinado (Uribe, 2005); pueden corresponder a factores individuales, como ciertos comportamientos interpersonales, que permiten el contagio de infecciones de transmisión sexual (Rasmussen, Hidalgo y Alfaro, 2003), dándose principalmente cuando no se utiliza una barrera protectora. Se ha encontrado que el comportamiento de alto riesgo se relaciona con un pobre apoyo familiar y problemas escolares (Avila, 1996 citado en Rasmussen, *op cit.*). A su vez Kamuss (2003, citado en Wang, Simoni, Wu & Banvard, 2008) identificó algunos factores que se han asociado con comportamientos de riesgo sexual y el embarazo; entre ellos están: la raza, etnia, influencias sociales, actitudes hacia la anticoncepción, condones, el embarazo, y habilidades de comportamiento de sexo seguro.

3.1 VARIABLES CONDUCTUALES Y PSICOSOCIALES

En los adolescentes se presentan varios factores de riesgo asociados con el uso del condón, en éste apartado se pretende dar una descripción de las variables conductuales y psicosociales, en este mismo orden, entre las cuales encontramos como variables conductuales el inicio de las relaciones sexuales a edades muy tempranas y el número de parejas sexuales, el consumo de drogas y alcohol, la comunicación con la pareja (UNAIDS, 2002), el no uso del condón o su uso inconsistente y déficit en habilidades para negociarlo (Lam, Mak, Lindsay & Russell, 2004). Las variables psicosociales que entran en juego pueden ser, el nivel de conocimientos, las actitudes, las creencias, la norma subjetiva, percepción de riesgo y la autoeficacia.

3.1.1 Inicio de las relaciones sexuales y número de parejas sexuales

Lederman y Mian (2003) al igual que Ceballos y Campos (2006) afirman que el inicio de las relaciones sexuales se presenta en los adolescentes a edades cada vez más tempranas; estos últimos autores en su estudio encontraron que 1 de cada 13 estudiantes de entre 10 y 12 años informó haber tenido relaciones sexuales. Calzada, Altamirano y Ruiz (2001) mencionan que los adolescentes presentan su debut sexual cuando la vulnerabilidad no es fácilmente admitida y se subestima el riesgo que se corre de un embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual, lo que también conlleva a un mayor número de parejas sexuales. Fleiz, Villatoro, Mora, Alcanzar, Navarro y Blanco (1999) señalan que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con menor autoestima y asertividad, tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual y a hacer menos uso de anticonceptivos. Por su parte, Donenberg, Bryant, Emerson y Wilson (2003) en su estudio, ponen de manifiesto que cuando no hay vínculos familiares positivos los adolescentes tienen un inicio temprano en sus relaciones sexuales, que a su vez se relaciona con un menor uso del condón.

En este contexto Welling, Nanchahal, Macdowall, Mc Manus, Erens y Mercer (2001) comentan que el uso de condón en la primera relación sexual es directamente proporcional a los años cumplidos en el momento de esa primera experiencia, por lo que a mayor edad de inicio sexual hay un incremento en la probabilidad del uso. Al respecto, los resultados encontrados por Cerwonka, Isbell y Hansen (2000) indican una relación negativa entre el número de parejas sexuales y el uso del condón, pues cuando el número de parejas aumentan, el uso del condón disminuye.

3.1.2 Consumo de drogas y alcohol

El uso del alcohol ha sido consistentemente asociado con el comportamiento sexual, especialmente con los comportamientos de alto riesgo, tales como la actividad sexual con múltiples parejas, tener relaciones sexuales ocasionales y no debatir temas de riesgo antes de tener sexo (Bourdeau, Saltz, Bersamin & Grube, 2007). Merchann-Hamann, Ekstrand, Hudes y Hearst (2002) mostraron que el 32% de los adolescentes de su estudio, consumieron alcohol antes de haber tenido relaciones sexuales y un 16% de los adolescentes mencionaron que tuvieron relaciones sexuales después de haber consumido drogas ilegales. En relación a este estudio, Liverpool, McGhee, Lollis, Beckford y Levine (2002) encontraron que el 39% de adolescentes habían tenido relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas y el alcohol. Asimismo Lin, Guarino, Gorrell, Vazin (2006) encontraron que los adolescentes que participan en el uso del alcohol tienen mayor grado de intención de llevar a cabo la actividad sexual que los que no participen en el uso del alcohol.

Algunos estudios han encontrado que los bebedores que creen que el consumo de alcohol tiene efectos positivos sobre el desempeño sexual, tienden a percibir menos riesgos asociados con las relaciones sexuales sin protección y se involucran en mayor número de conductas sexuales riesgosas, que quienes no tienen dichas percepciones (O'Hare, 2005). A su vez, Thato, Charron, Prochownik, Dorn, Albreth y Stone (2003) mostraron en su estudio que los jóvenes que reportaron consumir menos alcohol, usan más el condón.

El alcohol por ser una poderosa droga psicoactiva, podría afectar la habilidad del bebedor para evaluar los riesgos sexuales; de esta manera, el procesamiento defectuoso de la información puede contribuir a conductas sexuales de riesgo (no usar condón) al concentrar la atención del bebedor hacia consecuencias positivas inmediatas y al reducir su habilidad para procesar consecuencias negativas potenciales (Gálvez, Paz, Herrera, De Lea, Gilman y Anthony, 2009).

3.1.3 Comunicación

La comunicación entre los padres (padre/madre) y los adolescentes, es un aspecto que ha sido evaluado mundialmente, encontrándose que ejerce una influencia positiva en la prevención de embarazos no deseados, de las ITS y el VIH, ya que diversos estudios, como el que realizó la UNGASS (2005) encontró que los jóvenes que mantienen una buena relación y que se comunican libremente con sus padres y madres, tienen menos posibilidades de adoptar prácticas de riesgo, como el consumo de drogas y alcohol y el inicio temprano de las relaciones sexuales. Por su parte, García, Cotrina y Cárcamo (2008) en su estudio obtuvieron que un nivel pobre de comunicación se asocia con un bajo uso del condón y, por lo tanto, a un mayor riesgo de las ITS, el VIH y embarazos no deseados.

Al preguntar a los adolescentes con qué personas pueden hablar abiertamente de sexualidad, mencionan en primera opción a los amigos (con los cuales hablan muy poco y de forma negativa sobre la abstinencia y fidelidad) y a la pareja para poder hablar abiertamente de sexualidad, seguido por los padres y profesores; después mencionan al médico, el cual ocupa un lugar más destacado que los hermanos, ya que estos están en último lugar (Romero, Lora, Cañete y Estrada, 2001).

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2006), menciona algunos impedimentos para hablar acerca de sexualidad entre padre e hijo; entre los cuales aparecen, la pena y el temor al regaño por parte de los adolescentes y la falta de tiempo por parte de los padres; para las

madres, los principales impedimentos son la poca confianza con los hijos generada por el machismo de los padres, la pena y las malas compañías de los hijos. Así como ambos padres mencionan la falta de preparación de ellos mismos, incomodidad de los hijos, o que el hijo no tomase en serio la plática o bien incomodidad de los mismo padres.

En el plano de la comunicación con la pareja, Tulloch, McCaul, Miltengerber y Smith (2004) mencionan que a pesar de que el uso del condón es generalmente bajo, las parejas que hablan acerca del uso del condón son más propensas a usarlo, y que representa una de la estrategias actuales con mayor interés por parte de los investigadores, pues como mencionan Lam, Mak, Lindsay y Russell (2004), la habilidad para persuadir a la pareja sexual a usar condón es un paso importante en trasladar el conocimiento dentro de las conductas preventivas actuales. Por lo que formar a jóvenes en habilidades de comunicación asertiva en relación con el uso del condón antes de que hayan tenido su debut sexual, tiene un efecto positivo en la prevención de contagio de ITS/VIH (Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz, Rodríguez, Hernández, 2006) y podría indicar que contar con la habilidad de comunicación asertiva con la pareja regular, aumenta la probabilidad de que los adolescentes usen condón (Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos, 2003).

3.1.4 Inconsistencia del uso del condón

Algunos estudios exponen parte de las razones por las que los jóvenes muestran rechazo a las prácticas de sexo seguro, específicamente al uso del condón, por ejemplo, un estudio realizado por Abdullah, Fielding, Hedley, Ebrahim y Luk (2002) dirigido a la población de Hong Kong, aportó datos en relación a las razones para no usar condón, encontrando como las principales causas la confianza en la pareja, el uso de otros anticonceptivos, y la reducción de la sensación con el uso del condón, en ese orden. Así mismo, los resultados obtenidos por Oncale y King (2001) en su estudio acerca de la comparación entre hombres y mujeres en los intentos para disuadir a su pareja sexual para no usar condón, muestran en primer lugar el argumento de que “el sexo se siente mejor sin condón”, seguido por el argumento “no quedarás (o quedaré)

embarazada, y por último, el argumento “no contraeremos una ITS”. Una de las explicaciones que se tenía acerca del bajo uso del condón, era el acceso que tenían los adolescentes hacia los mismos, pero Liverpool (McGhee, Lollis, Beckford y Levine, 2002) demostraron en un estudio que los adolescentes acceden fácilmente a los condones, aunque, no los usan. Davis (1988, citado en Alfaro y Díaz-Loving (1994) menciona que en general los adolescentes no usan anticonceptivos al iniciar sus relaciones sexuales, sino que su uso estará dado por la frecuencia en tener relaciones sexuales y por el tiempo transcurrido después de su debut sexual.

Diversos estudios se han interesado en determinar los factores que están asociados con la conducta del uso del preservativo, los cuales parten de la Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planeada (Fishbein y Ajzen, 1975), han reportado de manera sistemática que el mejor predictor de esta conducta es la intención de querer usarlo, así quienes tienen la intención de usar condón en su próxima relación sexual es más probable que lo usen que quienes no tienen la intención de usarlo. Fishbein, Hennessy, Yzer y Douglas (2003).

3.1.5 Negociación del uso del condón

La negociación sexual se ha definido como una comunicación interpersonal que toma lugar durante un encuentro sexual para influenciar lo que ocurre en ese encuentro en términos de las necesidades y deseos de las dos personas involucradas (Crawford, Kippax y Waldby, 1994).

Lam, Mak, Lindsay y Russell (2004) examinaron formas de negociar el uso del condón desarrollando una escala exploratoria que distinguía en qué tan verbales y directas eran estas formas. Entre las estrategias verbales directas se encontraban hacer un trato, suplicar o dar una razón de salud para persuadir a la pareja; en las estrategias verbales indirectas estaban engañar, halagar o insinuar; en las estrategias no verbales directas estaba abrir un condón frente a la pareja; y en la estrategia no verbal indirecta estaba colocar el condón a la pareja o ponerlo a la vista de la pareja. En este plano tomó relevancia las

diferencias de género en el tipo de estrategia usada, pues los hombres son más inclinados a usar estrategias verbales directas (hacer un trato, suplicar o dar una razón de salud), a diferencia de las mujeres, quienes se inclinan por las estrategias no verbales o indirectas (abrir un condón frente a la pareja o halagar, insinuar). Por su parte Bayron y Sanne (2006) agregan que la falta de poder de negociación con la pareja, en el caso de las mujeres, se debe a factores como: la dependencia económica de la mujer respecto del hombre, miedo de violencia hacia ella y la socialización de las mujeres en la sumisión.

En cuanto a las limitaciones para negociar el condón, de acuerdo con Théodore, Gutiérrez, Torres y Luna (2004) mencionan que por parte de las jóvenes entrevistadas en su estudio, la fidelidad (un valor fuerte del noviazgo), limita asimismo la posibilidad de negociar el uso de condón, dado que sería reconocer para la joven una vida sexual fuera de la relación, así como sospechar de la infidelidad de su pareja; es así, que la joven no puede negociar el condón por los valores presentes en el noviazgo, aunque tenga conciencia del riesgo frente a las ITS que puede presentar la pareja por su actividad sexual fuera de la relación.

3.1.6 Nivel de conocimientos

Por un lado, se puede considerar que la información que tienen los jóvenes sobre los métodos anticonceptivos es inadecuada, y una razón que puede estar afectando es que además del conocimiento, son necesarias otras habilidades como la capacidad de negociar, la percepción positiva del condón y la accesibilidad, por lo que las investigaciones han dirigido su atención a la brecha entre conocimiento y práctica, sugiriendo que existen algunos obstáculos culturales que impiden aplicar los saberes recibidos (Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis, 2003).

García, Cotrina y Cárcamo (2008) obtuvieron como resultado de una encuesta aplicada a jóvenes, que para ambos grupos de adolescentes (de 12 a 14 y de 15 a 19 años), la gran mayoría (97% y 84%, respectivamente) indicaron haber escuchado hablar acerca de condones, señalando a los profesores como

los que más han hablado sobre el uso del condón. Se les preguntó a los adolescentes si sabían para qué se usaban los condones y se les colocó en el cuestionario alternativas de uso, algunas de las cuales eran verdaderas y otras no. Más de un 90% de los adolescentes (15-19 años) dijo sí saber para qué se usan, y de manera correcta señaló su uso para evitar embarazos (entre 68 y 79%), para evitar infectarse del VIH (54% a 71%), y para prevenir las ITS (entre 69% y 81%). Aquellos que consideran que fue insuficiente la educación que les dieron en el colegio sobre temas sexuales tienen 60% más probabilidades de no usar condón; y aquellos que reportan que sus padres les han hablado sobre el uso del condón, tienen casi tres veces más probabilidades de usarlo. Un estudio realizado por Alfaro, Rivera y Díaz-Loving (1992) mostró que los adolescentes tienen un promedio bajo en los conocimientos de sexualidad. A su vez, Álvarez (1983 citado en Alfaro, *op cit.*) demostró que los adolescentes de preparatoria no poseen conocimientos que la Secretara de Educación Pública establece en el área de educación sexual.

Por otra parte, se dice que el no uso de condón no está asociado a una falta de información, sino a las creencias machistas de la “expectativa del goce”, donde el no uso de condón sería un acto conscientemente orientado a la búsqueda de un placer sin restricciones, ya que muchos adolescentes (sobretudo varones) al ser consultados refieren una pérdida de la sensibilidad en el coito usando condón (Escalona, Flores, Reneré, López y Mandiola, 2006).

3.1.7 Creencias

Pepitone (1991) nos dice que las creencias son conceptos normativos que están constituidas por la información que se recibe del medio (hechos, personas, sucesos) sin importar mucho si tienen o no posibilidades de verificación, además están fuertemente enraizados en grupos culturales por lo que es difícil cambiarlas. Resulta importante considerar que las creencias quedan firmemente arraigadas al individuo por cuanto que están estrechamente relacionadas con los valores culturales, cuyo contenido emocional es muy intenso (Arias, 1989), las creencias indican a la gente que al realizar la conducta logrará ciertos resultados y la evaluación personal de los

mismos (Fishbein y Ajzen 1975; Fishbein, 1990 citado en Alfaro y Díaz-Loving (1994).

Se ha encontrado que creencias erróneas (atribuir que la infección del VIH se da principalmente en personas homosexuales y que se relaciona sólo con transfusiones sanguíneas, que el condón reduce el placer y que son caros) pueden llevar a conductas erróneas, como lo es no utilizar condón (UNICEF, 2002; Sepúlveda, 1989 citado en Alfaro y Díaz-Loving (1994). En el estudio realizado por Alfaro (*op cit.*) se encontró que los adolescentes de 15 y 16 años tienen creencias más desfavorables sobre el condón y muestran algunas barreras para usarlo, tales como: el considerar que los condones impiden el romance, van en contra de su religión y que son difíciles de obtener.

Por otra parte, Murphy y Boggess (1998, citado en Uribe, 2005) identificaron el machismo, la reducción del placer y el aprecio a la pareja sexual son algunas creencias que influyen en el uso del condón en los adolescentes varones. Estudios en Chile revelaron que las razones más frecuentes del no uso del condón son: “quita el romanticismo”, “provoca desconfianza”, “disminuye el placer a las mujeres”, “disminuye el placer a los hombres”, “da vergüenza el ir a comprarlos”, “es molesto ponérselo”, “son caros”, “a mi pareja no le gusta” (Escalona, Flores, Reneré, López y Mandiola, 2006).

3.1.8 Actitudes

La actitud es la tendencia a responder de la misma forma, ya sea favorable o no, con relación a un objeto o situación dada; la actitud refleja la evaluación global que hace el individuo sobre el hecho de realizar un comportamiento particular, además el afecto y las emociones, juegan un papel decisivo en la actitud, ya que a través de ellos el individuo se acerca o aleja y acepta o rechaza (Young, 1967).

De acuerdo con Abdullah, Fielding, Hedley, Ebrahim y Luk, (2002) dentro de las actitudes desfavorables se encuentran la confianza hacia la pareja, la reducción de placer con el uso del condón y la utilización de otros métodos

anticonceptivos. Con respecto al uso del condón, se ha encontrado que actitudes positivas hacia la conducta de usar condón influyen sobre las intenciones conductuales de usarlo. Al respecto Towsen, Mondragón, Izazola y Valdespino (1989, citado en Alfaro, Rivera y Díaz-Loving (1992) encontraron que en estudiantes universitarios que tienen actividad y práctica sexual, la mayoría utilizan el condón y tienen una actitud favorable hacia el sexo seguro. Con respecto a los adolescentes, quienes han tenido relaciones sexuales y tienen entre 18 y 20 años, muestran también una actitud más favorable hacia el sexo seguro y al cambio de patrones de conducta sexual (Alfaro, *op cit.*). Otro estudio con adolescentes realizado por Díaz-Loving, Rivera y Andrade (1994) detectó algunas actitudes hacia el uso del condón, encontrando que los adolescentes mostraron actitudes favorables hacia su uso aunque sólo lo encuentran útil como anticonceptivo que para prevenir una ITS/VIH, además un alto porcentaje lo consideró como poco placentero, caro y que usarlos inhibe el placer.

3.1.9 Norma subjetiva

La norma subjetiva es la percepción personal de las presiones sociales acerca de lo bueno o lo malo que es realizar determinada conducta, en base a esto, se puede afirmar que las personas tendrían intenciones de realizar determinada conducta cuando ellas mismas la evalúen como positiva y también cuando crean que otras personas, importantes para ella, piensen que es bueno que la lleven a cabo (Fishbein, Salazar, Rodríguez, Middlestad y Himmelfard, 1988). Shiao (2000) la define como la conjunción de valoraciones positivas o negativas del sujeto sobre la opinión de sus familiares, amigos o miembros de su comunidad y cómo esta valoración influye la motivación de realizar o no la conducta. Esta variable ésta relacionada con un modelo que se ha utilizado para determinar los factores que están asociados al uso del condón: Modelo de Acción Razonada, dicho modelo establece que una conducta saludable es el resultado directo de la intención comportamental, la cual va estar en función de dos determinantes: actitudes y norma subjetiva (Fishbein, Middlestad & Hitchcock, 1994).

Por su parte Rivera y Díaz-Loving (1994) en su estudio definieron la norma subjetiva como aquella que habla de los grupos e individuos que para el sujeto son importantes en relación al uso del condón, donde observaron que hay tres componentes que son importantes para que el sujeto use o no el condón, en este caso los padres, los amigos y la pareja, que son fuentes esenciales en la toma de decisiones de cualquier individuo en relación al uso del condón.

3.1.10 Percepción de riesgo

La percepción de riesgo es definida como la susceptibilidad a sufrir consecuencias negativas, ésta susceptibilidad consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud; en esta percepción influyen aspectos como el optimismo o el pesimismo, la demora de la consecuencia negativa y las creencias culturales sobre una situación determinada, además si las personas se perciben en riesgo ante una situación que posteriormente les generará consecuencias negativas, no emitirán esa conducta de riesgo (Cabrera, Tascón y Lucumi, 2001).

La percepción abarca todos aquéllos procesos de entendimiento de un individuo, ya que al parecer es una característica aprendida del comportamiento que en ella influyen factores internos y externos, y en ambos tipos de factores o señales afectan la manera cómo la persona atiende a estos estímulos, de esta manera las experiencias anteriores influyen en la percepción de los estímulos con que hubo un contacto previo (Forgus, Relamed y Lawrence, 1980, citado en Cabrera, *op cit.*).

Un estudio realizado por Soto (2006) comenta que los jóvenes no se consideran en riesgo de adquirir alguna ITS/VIH cuando tienen relaciones sexuales con una pareja estable, ya que, confían en su pareja, por lo que no toman en cuenta las consecuencias de no protegerse ni la consideración de los antecedentes sexuales de dicha pareja; además concluye que no se usa condón porque la percepción del peligro hace que los adolescentes lo sitúen en el “otro” y no en sus propias conductas. Particularmente los adolescentes

señalan a las personas prostitutas, drogadictas, bisexuales y desnutridas como las más propensas a adquirir alguna ITS/VIH, por lo que los adolescentes al no considerarse dentro de estos grupos se consideran absolutamente fuera de riesgo de contagio (Torres, Alfaro, Díaz-Loving y Villagran, 1995).

3.1.11 Autoeficacia

La autoeficacia es la capacidad percibida para ejecutar con éxito un determinado comportamiento, la persona no solo debe percibir que puede lograr un objetivo, sino que tiene la capacidad para lograrlo y puede responder a los diferentes obstáculos que se le presenten (Villamarín, 1994). Según Bandura (1997, citado en López y Moral, 2001) los cuatro factores que incrementan la autoeficacia son las experiencias de éxito, el éxito vicario, la persuasión social y la reducción de la ansiedad, siendo un requisito la atribución interna del control y éxito de la conducta. López y Moral (2001) indican que la autoeficacia es la percepción por parte del adolescente de su competencia para desarrollar una conducta sexual eficaz para prevenir el SIDA, y la habilidad para adquirir y usar el condón.

Baele, Dusseldorp y Maes, en el 2001 realizaron un estudio en donde la autoeficacia para usar el condón fue abordada en 37 ítems, los cuales se centraron en las habilidades necesarias para usar el condón: habilidades técnicas (comprar y llevar condones) habilidades de comunicación, control sobre las emociones y control sobre la excitación sexual. Se observó que la medida de autoeficacia del uso del condón predice y explica mejor la intención y consistencia de su uso, en adolescentes expertos e inexpertos. Se apreció que la autoeficacia global aumentó de una manera fuerte en la intención y en la consistencia; con respecto a los aspectos específicos de la autoeficacia del uso del condón se estableció que los adolescentes con un sentido más fuerte en el control de sus emociones y con niveles más altos de asertividad, están más inclinados a utilizar el condón de manera más consistente.

En ésta misma línea, Meekers y Klein (2002) evaluaron los componentes de la autoeficacia en el uso del condón planteando que pueden existir diferencias entre la autoeficacia en cuanto al sexo, pero esto varía dependiendo de la cultura en la que se encuentren los individuos, para sustentar lo anterior se aplicó una encuesta sobre salud reproductiva en donde existían reactivos enfocados a obtener información sobre autoeficacia, esta parte indagaba sobre la confianza que sentían los encuestados para discutir sobre el uso del condón con su pareja y si sentían confianza de poder convencer a su pareja de utilizar el condón. Los resultados mostraron que los niveles de autoeficacia fueron elevados tanto en hombres como en mujeres, principalmente en aquellos tópicos relacionados con la discusión y la negociación del uso del condón. Sin embargo, las mujeres mostraron más dificultades en términos de los aspectos más prácticos en el control del uso del condón; por ejemplo, fue más probable que el 67% de los hombres contra el 51% de las mujeres no se sintieran tímidos al comprar condones en su comunidad, además sólo el 58% de las mujeres se sintieron con la confianza de utilizar correctamente el condón, comparado con el 80% de los hombres. Se demostró que en el caso del uso del condón, el hecho de que las personas posean experiencia previa en su uso no es una garantía de que dicho uso sea el correcto.

En relación a lo anterior Robles, Barroso, Frías, Rodríguez, Moreno, Díaz y Rodríguez (2004) encontraron que las mujeres son más autoeficaces que los hombres para usar correctamente el condón, sin embargo, son ellas las que reportan no usarlo. También se observó que son más autoeficaces aquellos que nunca han tenido relaciones sexuales, comparados con quienes ya las han tenido, lo que podría indicar que no necesariamente la experiencia previa sobre comportamientos sexuales incrementa los niveles de autoeficacia para comportarse preventivamente. También mencionan que quienes reportan niveles altos de autoeficacia para usar el condón es muy probable que lo usen, y quienes reportan niveles bajos de autoeficacia es muy probable que se involucren en conductas sexuales de riesgo.

Los datos anteriores apoyan que el mejorar las actitudes hacia el uso del condón, desarrollar fuertes normas subjetivas, incrementar la autoeficacia, entre otras, tienen una influencia positiva sobre las prácticas de sexo seguro de los adolescentes, por consiguiente para obtener una mayor eficacia en la promoción del sexo seguro, las intervenciones deberían enfocarse también a subgrupos específicos, además agregar las sensaciones vinculadas con la atracción física y el romance, las cuales se presentan a continuación.

3.2. SENSACIONES VINCULADAS CON LA ATRACCIÓN FÍSICA Y EL ROMANCE

El involucramiento afectivo y el grado de intimidad se han visto involucrados con la conducta de uso del condón. Galligan y Terry (1993, citado en Rosenthal, Gifford & Moore, 1998) muestran la importancia de ideales románticos en la influencia del uso del condón, donde encontraron que las mujeres ven los condones como algo para interferir con el ideal romántico del sexo natural y espontáneo. Así mismo, Pavía (1993, citado en Rosenthal, *op cit.*), encontró que las mujeres jóvenes brasileñas divulgaron que los condones interrumpían la pasión.

Díaz-Loving y Robles (2009) evaluaron las sensaciones vinculadas con la atracción física y el amor romántico en adolescentes con y sin experiencia sexual, y su relación con la intención de tener sexo y usar protección. Los resultados indicaron que la intención de usar de condón se relacionó con el amor romántico sólo en aquellos adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, y con atracción física en los que sí las han tenido; a su vez, la intención de tener relaciones sexuales se relacionó con la atracción física y el amor pasional en los que nunca habían tenido relaciones sexuales, y sólo con el deseo sexual intenso en quienes ya habían tenido alguna experiencia sexual. Por otra parte, las diferencias encontradas en relación al sexo de los participantes indicaron que en los hombres la intención de tener sexo y usar condón se vinculan en mayor medida con la atracción física que en las mujeres.

En otros estudios, se encontró que las mujeres reportan entre las razones principales para tener relaciones sexuales, la cercanía emocional, el amor y el compromiso, mientras que los hombres informan placer, la diversión y la descarga de tensión física como motivaciones fundamentales para su actividad sexual (Carrol, Volk y Hyde, 1985 citado en Vargas-Trujillo, Henao y González, 2007). Uno de los factores asociados es el motivo para tener sexo, de tal manera que quienes usan condón con mayor frecuencia son quienes tienen sexo por complacer a otros o por placer, a diferencia de los que lo hacen por expresar amor (Gebhardt, Kuyper & Greunsvan, 2003). Hablando de los motivos para tener sexo, Gebhardt (*op cit.*) encontraron que quienes practican el sexo para experimentar placer usan más el condón y quienes tienen un mayor grado de intimidad con la pareja (tienen sexo para expresar amor) lo usan con menor frecuencia; a su vez mencionan que tener relaciones sexuales para hacer frente a emociones negativas, o para complacer a la pareja, o para sentirse mejor acerca de sí mismo, se relacionan negativamente con el uso del condón. También la intimidad, la confianza mutua y la fidelidad son elementos dentro de la relación de pareja que influyen considerablemente respecto al uso consistente del condón (Bayés, Pastells y Tuldrá, 1996).

Por su parte, Gebhardt (*op cit.*) en su estudio mencionan que el uso del condón depende del tipo de relación, ya sea con una pareja regular o con una pareja ocasional, tendiendo como resultado que quienes usan con mayor frecuencia el condón son los que tienen parejas ocasionales, a diferencia de los que tienen una pareja regular. Plichta, Wesman, Nathanson, Ensminger y Robinson (1992 citado en Katz, Fortenberry, Zimet & Blythe, 2000) coinciden en que el uso del condón depende del tipo de pareja y los motivos para intimar con esta, así como de la duración de la relación sexual, ya que si perdura durante un período de unas pocas semanas (es decir, si la persona se convierte en una pareja), el uso del condón puede ser reducido o detenido. Asimismo, Manning, Longmore y Giordano (2000) informaron que mujeres adolescentes usan con mayor frecuencia el condón en la primera relación sexual sólo cuando la pareja es un “simple” amigo, que cuando la pareja es estable.

Con lo expuesto en este capítulo, si el objetivo de los programas de educación sexual y reproductiva es incrementar el uso de condón en la primera y las subsiguientes relaciones sexuales en forma consistente, se sugiere entonces que las intervenciones preventivas consideren los factores de riesgo mencionados en este capítulo, así como iniciar la instrucción tempranamente antes de la llegada de la adolescencia. Se debe tomar en cuenta que para modificar las conductas de riesgo en los adolescentes, ellos tienen que estar convencidas del riesgo personal de contraer una ITS/VIH; así como mejorar la percepción individual (sobre la propia capacidad para poner en práctica conductas preventivas de salud) desarrollando la confianza y el interés por discutir o comentar acciones de prevención con la pareja sexual e insistir en la efectividad del condón para evitar la transmisión del VIH y de otras ITS, así como de embarazos no deseados.

Es necesario ahondar no sólo en el uso del condón, sino también modificar ciertos valores involucrados en la construcción de la masculinidad, como la reducción de la sexualidad casi exclusivamente a la penetración. Al respecto, habría que difundir una cultura sexual que no se centrara exclusivamente en la penetración en los órganos genitales, sino que destacara la riqueza de visualizar todo el cuerpo como posibilidad de sensualidad y placer, y cuyo goce esté regido por la responsabilidad y el aprecio hacia sí mismo y hacia la pareja. También promover la idea del condón como un elemento que puede ser erotizable y placentero y no una barrera a la espontaneidad de las relaciones sexuales o al placer.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que los problemas de salud sexual han tenido efectos importantes en la población adolescente, resulta importante enfocarnos en ellos porque se encuentran en plena etapa reproductiva y tienen mayor capacidad y necesidad de relaciones sexuales, mismas que pueden ser prácticas sexuales de alto riesgo, sino se tiene un conocimiento amplio y claro sobre éstas (García, Cortés, Vila, Hernández y Mesquia, 2006). Y siendo la etapa adolescente donde se suelen desarrollar intereses románticos y sexuales, que a su vez es un periodo durante el cual los jóvenes practican o ensayan estilos diferentes de comunicación y negociación en relación a sus necesidades y deseos; ésta población se ha vuelto altamente vulnerable porque están expuestos a factores y conductas de riesgo que son consideradas como elementos que aumentan la probabilidad de adquirir una infección ITS/VIH (Díaz-Sánchez, 2003; García, *op cit.*). Por lo que es importante crear conductas preventivas en los adolescentes; a través del uso del condón, comunicación con la pareja y familia, y no sólo tomar en cuenta a la población que tiene experiencia sexual, sino también a los que aún no la tienen, ya que si se crea una intención favorable hacia el uso del condón (y puesto que la intención de usar condón predice el que lo usen), existe la probabilidad de que en su primer encuentro sexual usen el condón.

Con lo anterior, y tomando en cuenta que en las etapas de atracción física y romance hay emociones involucradas de las cuales a veces se ejerce muy poco control, puesto que los hombres tienden a ser más fisiológicos en sus decisiones sobre las relaciones sexuales y las mujeres tienden a tener más en cuenta los aspectos emocionales, resulta necesario investigar las sensaciones vinculadas con la atracción física y el amor romántico en los adolescentes y su relación con la intención de tener sexo y usar protección, determinando las diferencias por sexo y debut sexual.

6. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de atracción física y de amor romántico que tienen los adolescentes de secundaria y preparatoria y su vinculación con la intención para tener relaciones sexuales y la intención para usar condón en su próxima relación sexual, determinando las diferencias por sexo y debut sexual.

Objetivos Específicos

1. Evaluar el patrón de conducta sexual en los adolescentes, determinando las diferencias por sexo.
2. Evaluar nivel de atracción física en toda la muestra, determinando las diferencias por sexo y experiencia sexual.
3. Evaluar nivel de amor romántico en toda la muestra, determinando las diferencias por sexo y experiencia sexual.
4. Evaluar en toda la muestra el nivel de atracción física y su correlación con la intención y frecuencia de tener relaciones sexuales, determinando las diferencias por sexo y experiencia sexual.
5. Evaluar en toda la muestra el nivel de amor romántico y su correlación con la intención y frecuencia de tener relaciones sexuales, determinando las diferencias por sexo y experiencia sexual.
6. Evaluar en toda la muestra el nivel de atracción física y su correlación con la intención y frecuencia de usar condón, determinando las diferencias por sexo y experiencia sexual.
7. Evaluar en toda la muestra el nivel de amor romántico y su correlación con la intención y frecuencia de usar condón, determinando las diferencias por sexo y experiencia sexual.

7. MÉTODO

Participantes

El estudio se llevó a cabo con 921 adolescentes entre los 11 y 19 años de edad, los cuales se eligieron utilizando un muestreo no probabilístico de 10 escuelas de secundaria y preparatoria. El 55.8% de la muestra fueron mujeres y el 44.2% hombres, con una edad promedio de 15.10, (DE= 2.070 y moda de 17 años). De toda la muestra el 74.4% nunca había tenido alguna experiencia sexual y el 25.6% fueron adolescentes sexualmente activos.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Patrón de conducta sexual. Se incluyeron preguntas que permitieron evaluar la edad de la primera relación sexual y número de parejas sexuales en toda la vida; asimismo, se obtuvo información sobre el uso del condón en la primera y última relación sexual con dos reactivos con opciones de respuesta dicotómica (SÍ-NO). Se diseñaron 2 reactivos bajo una escala numérica que permitió obtener información sobre la *frecuencia de las relaciones sexuales* en los últimos 3 meses y la *frecuencia del uso de condón* durante el mismo periodo. Para la *Intención de tener relaciones sexuales e intención de usar condón* se usaron dos reactivos con opciones de respuesta escala tipo likert que permitieron evaluar la intención de tener relaciones sexuales en los próximos 6 meses y la intención de usar condón en la próxima relación sexual.

Atracción física y amor romántico. Se consideró como atracción física al conjunto de sensaciones vinculadas con el deseo sexual, la pasión y el gusto por la apariencia física de la pareja. Se consideró como amor romántico el conjunto de sensaciones vinculadas con el cariño, la confianza y el afecto. Para evaluar ambos aspectos se utilizó el instrumento diagnóstico de la relación de pareja propuesto por Díaz-Loving y Sánchez-Aragón (2002) constituido por 51 reactivos que evalúan el patrón de acercamiento, de estos se seleccionaron 5 reactivos los cuales refirieron sensaciones relativas a la atracción física ($\alpha=.77$)

y 5 al amor romántico ($\alpha=.71$). Los reactivos utilizados para cada una de estas dimensiones se presentan en el Cuadro No. 1. Todos los reactivos estuvieron definidos con 5 opciones con respuestas que representan el grado en el que cada afirmación describía a los participantes en relación con su pareja actual o su última pareja, con valores de 1 (para nada me describe) a 5 (totalmente me describe).

Procedimiento

Cuatro encuestadores previamente capacitados acudieron a las escuelas para solicitar a los directivos su autorización para la aplicación del instrumento de evaluación. Posteriormente, previa cita se presentaron en los salones de clases de los grupos seleccionados aleatoriamente y procedieron a explicar el motivo de su visita, indicaron a los estudiantes que su participación para responder el instrumento de evaluación sería voluntaria y sus respuestas se tratarían en forma anónima y confidencial. Las instrucciones se dieron de forma grupal y se respondieron de manera individual. La administración del cuestionario varió entre 30 y 45 minutos.

Reactivos y consistencia interna de atracción física y amor romántico

Cuadro No. 1

Atracción física: $\alpha=.77$	La persona te gusta físicamente
	Sientes deseo sexual intenso
	Sientes pasión
	Sientes que tienes una respuesta fisiológica intensa
	Tienes necesidad de acercarte físicamente a la persona
Amor romántico: $\alpha=.71$	Sientes amor romántico
	Sientes cariño
	Sientes confianza ilimitada
	Sientes que tu amor es eterno
	Sientes una rebotante carga de afecto

8. RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra que el estudio se llevó a cabo con 921 adolescentes, donde el 55.8% de la población fueron mujeres y el 44.2% hombres, la mayor parte de la muestra fueron solteros y con una orientación sexual heterosexual. El 60.9% corresponden al nivel de preparatoria y el 39.0% a secundaria.

Tabla 1. Características de la muestra

Variables		n	%
Sexo	H	407	44.2
	M	514	55.8
	Total	921	100%
Estado civil	Soltero	808	91.1
	Casado	6	.7
	Unión libre	17	1.9
	Otro	56	6.3
	Total	887	100%
Orientación sexual	Homosexual	12	1.4
	Bisexual	14	1.6
	Heterosexual	794	90.0
	No lo sé	62	7.0
	Total	882	100%
Grado escolar	1º de sec.	119	12.9
	2º de sec.	122	13.3
	3º de sec.	118	12.8
	1º de prep.	207	22.5
	2º de prep.	188	20.4
	3º de prep.	166	18.0
	Total	920	100 %
Nivel escolar	Secundaria	359	39.03
	Preparatoria	561	60.97
	Total	920	100 %

En la tabla 2 se presentan los porcentajes de respuesta en hombres y mujeres en algunas variables del patrón de conducta sexual, y se observa que la proporción de sujetos que reportaron no tener experiencia sexual es semejante tanto en hombres como en mujeres. En cuanto a la planeación de la primera relación sexual el 57.4% no la planeó siendo significativa la diferencia por sexo, donde los hombres muestran menos planeación que las mujeres. La proporción de sujetos que reportaron tener su primera relación sexual en casa de su novio es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres

($X^2=19.93$, $p=.003$); referente al uso del condón en la primera relación sexual no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Y la proporción de sujetos de toda la muestra que reportaron usar condón en la última relación sexual fue del 57.9% y fue significativa la diferencia por sexo con un porcentaje mayor en los hombres ($X^2=4.043$, $p=.044$).

Tabla 2. Porcentaje de respuestas por sexo en variables del patrón de conducta sexual

Variables	Toda la muestra		H		M		X^2	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Experiencia sexual								
Si	(236)	25.6	(114)	28.0	(122)	23.7	2.178	.140
No	(685)	74.4	(293)	72.0	(392)	76.3		
Planeación de la 1ª relación sexual								
Si	(100)	42.6	(36)	31.6	(64)	52.9	10.908	.001
No	(135)	57.4	(78)	68.4	(57)	47.1		
Lugar de la 1ª relación sexual								
Casa de mi novio	(93)	39.4	(33)	29.2	(60)	48.8	19.937	.003
Mi casa	(48)	20.3	(26)	23.0	(22)	17.9		
Casa de un amigo	(43)	18.2	(28)	24.8	(15)	12.2		
Hotel	(24)	10.2	(7)	6.2	(17)	13.8		
Ninguna de las anteriores	(18)	7.6	(13)	11.5	(5)	4.1		
Auto	(8)	3.4	(5)	4.4	(3)	2.4		
Antro/Bar/Disco	(2)	.8	(1)	.9	(1)	.8		
Uso del condón en la 1ª relación sexual								
Si	(160)	67.5	(71)	62.3	(89)	72.4	2.739	.098
No	(77)	32.5	(43)	37.7	(34)	27.6		
Uso del condón en la última relación sexual								
Si	(136)	57.9	(73)	64.6	(63)	51.6	4.043	.044
No	(99)	42.1	(40)	35.4	(59)	48.4		

En la tabla 3 se presentan las medias y t de student del patrón de conducta sexual en hombres y mujeres, en la cual se observa que los hombres presentan significativamente edades más tempranas en el debut sexual, un mayor número de parejas sexuales en toda la vida y mayor intención de tener

sexo con pareja regular; en cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales, usar condón y la intención de usar condón en la próxima relación sexual con pareja regular tanto hombres como mujeres presentaron medias semejantes.

Tabla 3. Medias y *t* student del patrón de conducta sexual en hombres y mujeres

Variables	Media		t	p
	H	M		
Edad de la 1ª relación sexual	15.04	15.65	-3.292	.001
Número de parejas sexuales en toda la vida	5.49	2.62	2.872	.004
Frecuencia de relaciones sexuales	2.45	2.62	-.947	.344
Frecuencia del uso del condón	3.70	3.73	-.173	.862
Intención de tener sexo con pareja regular	3.36	2.53	5.646	.000
Intención de usar condón en la próxima relación sexual con pareja regular	4.80	4.93	-.796	.426

En la tabla 4 se presentan las medias y *t* de student de la etapa atracción física por sexo y experiencia sexual, en la cual se observa que los hombres en todos los casos tuvieron una puntuación significativamente más alta que las mujeres; y las personas con experiencia sexual presentaron significativamente mayor atracción física que las personas que no han tenido alguna relación sexual.

Tabla 4. Medias y *t* de student en atracción física por sexo y experiencia sexual

Variables	Sexo		t	p	Experiencia sexual		t	p
	H	M			Con	Sin		
	La persona te gusta físicamente	3.75			3.53	2.425		
Sientes deseo sexual intenso	2.81	2.28	5.829	.000	3.45	2.18	-13.322	.000
Sientes pasión	3.40	2.90	5.322	.000	4.09	2.77	-13.312	.000
Sientes que tienes una respuesta fisiológica intensa	2.76	2.51	2.791	.005	3.31	2.39	-9.709	.000
Tienes necesidad de acercarte físicamente a la persona	3.24	2.85	4.264	.000	3.85	2.73	-11.489	.000

En la tabla 5 se presentan las medias y *t* de student de la etapa amor romántico por sexo y experiencia sexual, en la cual se observa que no hay diferencia por sexo, ya que las medias fueron semejantes; sin embargo las

personas con experiencia sexual presentaron puntuaciones significativamente mayores en los 5 reactivos que evalúan amor romántico.

Tabla 5. Medias y *t* de student en amor romántico por sexo y experiencia sexual

Variables	Sexo		t	P	Experiencia sexual		t	p
	H	M			Con	Sin		
Sientes amor romántico	3.71	3.61	1.147	.252	4.24	3.45	-8.203	.000
Sientes cariño	3.93	3.98	-.645	.519	4.49	3.77	-8.275	.000
Sientes confianza ilimitada	3.83	3.83	-.035	.972	4.33	3.65	-7.357	.000
Sientes que tu amor es eterno	2.89	2.81	.799	.425	3.23	2.71	-4.896	.000
Sientes una rebotante carga de efecto	3.24	3.10	1.515	.130	3.81	2.93	-8.733	.000

En la tabla 6 se presentan los índices de correlación *r* de *pearson* de la intención y frecuencia de tener relaciones sexuales con las etapas de atracción física y amor romántico por sexo y experiencia sexual, donde la intención de tener relaciones sexuales se vinculó en mayor medida con la etapa de atracción física en las mujeres y con las personas que tienen experiencia sexual; la frecuencia de tener relaciones sexuales se correlacionó con atracción física en los hombres y con las personas que tiene experiencia sexual. Asimismo la intención de tener relaciones sexuales se relacionó con el amor romántico sólo en las mujeres y en quienes tienen experiencia sexual, y la frecuencia de tener sexo se vincula con amor romántico en mayor medida con los hombres y con los que tienen experiencia sexual.

Tabla 6. Índice de correlación *r* de *pearson* para la intención y frecuencia de tener relaciones sexuales

	Intención de tener relaciones sexuales con pareja regular				Frecuencia de relaciones sexuales			
	Sexo		Experiencia sexual		Sexo		Experiencia sexual	
	H	M	Con	Sin	H	M	Con	Sin
ATRACCIÓN FÍSICA								
La persona te gusta físicamente		.216**						
Sientes deseo sexual intenso	.357**	.492**	.366**	.288**	.336**	.335**	.332**	
Sientes pasión	.290**	.424**	.226**	.232**	.249**	.300**	.274**	
Sientes que tienes una respuesta fisiológica intensa	.344**	.300**	.240**		.436**	.266**	.333**	
Tienes necesidad de acercarte físicamente a la persona	.277**	.337**	.211**		.329**		.213**	
AMOR ROMÁNTICO								
Sientes amor romántico		.269**						
Sientes cariño		.225**				.237**		
Sientes confianza ilimitada								
Sientes que tu amor es eterno		.270**	.237**		.260**		.204**	
Sientes una rebotante carga de afecto		.308**	.201**		.260**		.226**	

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

En la tabla 7 se presentan los índices de correlación *r* de *pearson* de la intención y frecuencia de usar condón en las relaciones sexuales con las etapas de atracción física y amor romántico por sexo y experiencia sexual, donde las mujeres y las personas que no han tenido alguna relación sexual tienen intención de usar condón en la próxima relación sexual sólo si la persona les gusta físicamente; pero la frecuencia de usar condón se asoció negativamente con la necesidad de acercarse físicamente a la persona. La intención de usar condón también se asoció con amor romántico sólo en las

mujeres, y no se presentó alguna relación con esta etapa en cuanto a la frecuencia de usar condón.

Tabla 7. Índice de correlación *r de pearson* para la intención y frecuencia de usar condón en las relaciones sexuales

	Intención de usar condón en próxima relación sexual				Frecuencia del uso de condón en relaciones sexuales			
	Sexo		Experiencia sexual		Sexo		Experiencia sexual	
	H	M	Con	Sin	H	M	Con	Sin
ATRACCIÓN FÍSICA								
La persona te gusta físicamente		.258**		.230**				
Sientes deseo sexual intenso								
Sientes pasión								
Sientes que tienes una respuesta fisiológica intensa								
Tienes necesidad de acercarte físicamente a la persona						-.203*		
AMOR ROMÁNTICO								
Sientes amor romántico		.237**						
Sientes cariño		.249**						
Sientes confianza ilimitada								
Sientes que tu amor es eterno								
Sientes una rebotante carga de afecto		.208**						

9. DISCUSIÓN

El presente trabajo se realizó con el objetivo de evaluar el nivel de atracción física y romance que tienen los adolescentes y su vinculación con la intención y frecuencia de tener relaciones sexuales y de usar condón en su próxima relación sexual, determinando las diferencias por sexo y debut sexual.

En cuanto al patrón de conducta sexual, en este estudio se encontró que el 74.4 % de la población no ha tenido relaciones sexuales y el 25.6% tienen experiencia sexual; semejante a estos resultados, la Encuesta Nacional de la Juventud (2005) mostró que en la población de adolescentes (de 15-19 años de edad) el 33% de los hombres y 21.9% de las mujeres son activos sexualmente. En términos de experiencia sexual la proporción de sujetos en el presente estudio fue semejante tanto en hombres como en mujeres, así como la frecuencia de relaciones sexuales y del uso del condón presentaron medias semejantes; pero al hablar de la edad del debut sexual las mujeres presentaron una edad de 15.65, mientras que los hombres presentaron edades más tempranas (15.04), así como mayor número de parejas sexuales; esto se puede deber a que en la adolescencia el joven por lo general no se encuentra maduro en lo psíquico, social y emocional para enfrentar el proceso de reproducción, lo que provoca que muchos inicien una actividad sexual precoz, donde el continuo cambio de pareja es habitual y convierte las conductas sexuales de los adolescentes en conductas riesgosas. Para el caso mexicano, la literatura sobre el tema hace referencia al imperativo cultural masculino de probarse como hombre con el mayor número de conquistas sexuales, de disociar las relaciones sexuales de las emociones, de reducir la sexualidad a la penetración casi exclusivamente y de justificar los riesgos sexuales en la idea del hombre como sujeto con poco control sexual (Szasz, 1995 citado en Nieto e Izazola, 1990).

En cuanto a la conducta sexual de los hombres Heaven (1996, citado en Vargas-Trujillo y Barrera, 2002) señala que estos son menos capaces que las mujeres de rehusarse a tener una relación sexual con su pareja, de rechazar a

una persona distinta de su pareja que le propone alguna actividad sexual. Otro factor que puede intervenir en la conducta sexual de los hombres es la influencia de los amigos, ya que si los hombres no tienen relaciones sexuales a edades tempranas se llega a dudar de su capacidad y preferencia sexual, además de que entre los 15 y 18 años de edad aumenta el nivel de susceptibilidad a la influencia de los compañeros; tal y como lo plantean Coleman y Hendry (2000, citado en Vargas-Trujillo y Barrera, 2002), pues mencionan que durante la adolescencia se experimenta una mayor necesidad de aceptación por parte del grupo de amigos y un gran temor al rechazo y a la victimización. En relación a esto Ben-Zur (2003, citado en Moreno, Rivera, Robles, Barroso, Frías y Rodríguez 2008) menciona que cuando los amigos de los adolescentes ejercen presión para que estos se involucren en conductas de riesgo –como el crear pactos para tener sexo con múltiples parejas o no usar protección- los chicos tratarán de satisfacer las expectativas o compromisos pactados con aquellos. Por su parte, Moore y Rosenthal (1993) plantean que los hombres y las mujeres le atribuyen un significado distinto a la actividad sexual genital, pues los hombres reconocen que para ellos la primera relación sexual constituyó un episodio sin mayor trascendencia, una prueba que les permitió confirmar su “normalidad”, mientras que las mujeres reportan que su primera experiencia sexual fue por amor con alguien que era importante emocionalmente. En este estudio se encontró que ambos sexos reportaron no haber planeado su primer encuentro sexual, lo cual puede deberse a que los jóvenes se dejan llevar por el momento y la emoción, sin importar el lugar en donde estén. Acorde con esto, Della (2005, citado en Moreno, *op cit.*) señala que la mayoría de los jóvenes no cuenta con las habilidades para tomar decisiones relacionadas con la planeación de su comportamiento debido a que decide basándose en lo momentáneo y contextual.

Los resultados de este estudio mostraron que la intención de usar condón en la próxima relación sexual fue semejante entre hombres y mujeres; lo cual puede indicar que la mayoría de las mujeres ya no se ubican en un patrón tradicional, el cual se vincula con la posesión de características tales como la sumisión, la abnegación y la dependencia (Rocha, 2000 citado en Rocha y Díaz-Loving, 2005), por lo que es posible que hayan abandonado la

idea de que sólo el hombre es el que debe usar condón en la relación sexual. La intención de tener sexo con pareja regular fue significativamente mayor en los hombres; esto se puede deber a que consideran como un juego el tener relaciones sexuales y porque suelen ser menos selectivos que las mujeres al elegir a la pareja sexual; Buss (1994, citado en Castro, 2001) menciona que esto ocurre porque pueden continuar su vida adulta sin mayores problemas propagando sus genes entre muchas mujeres.

Con respecto al grado de implicación emocional, para el nivel de atracción física los hombres presentaron puntuaciones significativamente más altas que las mujeres y fue mayor en quienes ya tienen experiencia sexual. Esto podría indicar que los hombres se dejan guiar más por el deseo, la pasión y por el gusto físico, ya que por el momento no suelen pensar en compromisos centrándose sólo en el placer y valor sexual. Diversos autores (Madiedo, Otero, González y Pulido, 2001) concuerdan en que los hombres se basan fundamentalmente en relaciones pasajeras y carentes de amor.

El nivel de amor romántico no resultó significativamente diferente entre hombres y mujeres, pero fue mayor en quienes ya tienen experiencia sexual. Es probable que no exista diferencia en cuanto al género, ya que todos los seres humanos necesitan amor y por ende, son capaces de amar, sin importar la edad, el género o la raza. Cooper y Pinto (2008) mencionan que tal vez la falta de diferenciación significativa entre géneros en relación al amor, se da porque el ser humano busca, en algún momento de su vida, una relación de afecto e intimidad con otro ser humano, donde pueda compartir lo más íntimo de su persona y entregarse por completo.

Respecto a la vinculación de la atracción física con las intenciones se encontró que la intención de tener relaciones sexuales se relacionó en mayor medida con esta etapa en las mujeres y con las personas que tienen experiencia sexual; en relación a estos hallazgos algunos autores encontraron que para seleccionar a la pareja real, las mujeres (no sólo los hombres) dan importancia a aspectos físicos, lo cual concuerda con el planteamiento de Bear (1990, citado en Valdez, González-Arratia y López, 2007), que afirma que

desde la infancia se elabora un patrón de selección que resalta rasgos acerca de las características personales tales como el físico y el color de pelo, entre otras, de tal forma que se configura un prototipo que contiene las particularidades de la persona a elegir, además de que la apariencia corporal es lo que impacta a los órganos sensoriales en primera instancia.

En cuanto a la intención de usar condón en la próxima relación sexual, ésta se asoció con la atracción física sólo en las mujeres y en las personas que no han tenido alguna relación sexual, por lo que la intención de protegerse se asocia con el que la persona les guste físicamente tanto para mujeres como para las personas sin experiencia sexual. Esto puede indicar una conducta preventiva, pues como lo comenta Armendáriz (2002, citado en Valdez, González-Arratia y López, 2007), en la actualidad, se tiende a valorar fuertemente el atractivo físico como factor para asegurar el bienestar, sin considerar el tiempo de relación de noviazgo o conyugal.

Por otra parte, en este estudio se encontró que la frecuencia de tener relaciones sexuales se correlacionó con atracción física en los hombres y con personas que tienen experiencia sexual. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Epstein, Klinkenberg, Scandell, Faulkner y Claus (2007, citado en Moreno, Rivera, Robles, Barroso, Frías y Rodríguez 2008) y Weeden y Sabini (2007, citado en Moreno, *op cit.*) quienes encontraron que entre mayor es la atracción física, más probable es el tener relaciones sexuales sin protección e involucrarse con un mayor número de parejas sexuales; por lo que los hombres están en más riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual. En cuanto a la frecuencia de usar condón se correlacionó negativamente con un reactivo de atracción física en las mujeres, es decir, entre más necesidad de acercarse físicamente a la persona menos usan condón las mujeres, esto se puede deber a que las mujeres piensan que si insisten en usar condón, esto puede dar lugar a la pérdida del encuentro sexual y a su vez a una relación más duradera (Pulerwitz, Amaro, De Jong, 2002, citado en Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz, Rodríguez y Hernández, 2006).

Respecto a la vinculación del amor romántico con la intención, se encontró que la intención de tener relaciones sexuales se relacionó con esta etapa sólo en las mujeres y en quienes tienen experiencia sexual, lo cual corresponde con el patrón tradicional que presentan las mujeres jóvenes para tener sexo, los cuales se centran en el amor e intimidad, por lo que las mujeres al presentar este patrón, son las únicas que tienen la intención de usar condón en la próxima relación sexual, en esta etapa (Rocha, 2000, citado en Rocha y Díaz-Loving, 2005).

También se encontró que la frecuencia de tener relaciones sexuales se relaciona en mayor medida con el amor romántico en los hombres y en personas que tienen experiencia sexual, contrario a lo que se ha encontrado en otros estudios, ya que indican que los hombres presentan actitudes sexuales más permisivas e instrumentales en consonancia con un perfil ludus (amor lúdico) en sus estilos del amor, y se refieren más al placer físico y al valor sexual (Moore, Rosenthal y Fernrach, 1997, citado en Rosental, Gifford y Moore, 1998; y Stewart, 1996 citado en Rosental, *op cit.*).

En cuanto a la frecuencia de usar condón no se presentó alguna relación con el amor romántico. Por parte de las mujeres se puede deber a que ven los condones como un riesgo para poder plantear una relación romántica de más duración y muchos hombres utilizan estas opiniones de mujeres para llevarlas a tener sexo desprotegido (Rosenthal, *op cit.*). También algunos autores como Baele, Dusseldorp y Maes (2001, citado en Moreno, Rivera, Robles, Barroso, Frías y Rodríguez 2008) consideran que cuando los adolescentes experimentan emociones fuertes –estar enamorados- una conducta instrumental como el uso del condón no viene a su mente.

Para finalizar, en este trabajo se mostró que la proporción de sujetos que reportaron no tener experiencia sexual es semejante tanto en hombres como en mujeres, asimismo, referente al uso del condón en la primera relación sexual no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. La proporción de sujetos de toda la muestra que reportaron usar condón en la última relación sexual fue del 57.9% y fue significativa la diferencia por sexo

con un porcentaje mayor en los hombres. Por su parte, los hombres presentaron significativamente edades más tempranas en el debut sexual, un mayor número de parejas sexuales en toda la vida y mayor intención de tener sexo con pareja regular; en cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales, usar condón y la intención de usar condón en la próxima relación sexual con pareja regular tanto hombres como mujeres presentaron medias semejantes. En el análisis para la etapa de atracción física se observó que los hombres en todos los reactivos correspondiente a esta etapa, tuvieron una puntuación significativamente más alta que las mujeres; y las personas con experiencia sexual presentaron significativamente mayor atracción física que las personas que no han tenido alguna relación sexual. Para la etapa de amor romántico se observó que no hay diferencia por sexo, ya que las medias fueron semejantes; sin embargo las personas con experiencia sexual presentaron puntuaciones significativamente mayores en los 5 reactivos que evalúan amor romántico. En cuanto a las intenciones de tener relaciones sexuales, se encontró que ésta variable se vinculó en mayor medida con la etapa de atracción física en las mujeres y con las personas que tienen experiencia sexual; la frecuencia de tener relaciones sexuales se correlacionó con atracción física en los hombres y con las personas que tiene experiencia sexual. Asimismo la intención de tener relaciones sexuales se relacionó con el amor romántico sólo en las mujeres y en quienes tienen experiencia sexual, y la frecuencia de tener sexo se vinculó con amor romántico en mayor medida con los hombres. Al hablar de la intención y frecuencia de usar condón en las relaciones sexuales, se encontró que las mujeres y las personas que no han tenido alguna relación sexual tienen intención de usar condón en la próxima relación sexual sólo si la persona les gusta físicamente; pero la frecuencia de usar condón se asoció negativamente con la necesidad de acercarse físicamente a la persona. La intención de usar condón también se asoció con amor romántico sólo en las mujeres, y no se presentó alguna relación con esta etapa en cuanto a la frecuencia de usar condón.

Los resultados del presente estudio sugieren la necesidad de considerar en los programas de prevención de embarazos no deseados e ITS/VIH, las características de las relaciones románticas de los adolescentes y cómo estos

facilitan o impiden el desarrollo de comportamientos preventivos (tomando en cuenta las particularidades: experiencia sexual, sexo y debut sexual); y en la medida en que los adolescentes reciban información sobre la sexualidad, permitirá que asuman comportamientos de autoprotección a través del desarrollo de habilidades en el área sexual y social, disminuyendo la probabilidad de riesgo frente a la infección por el VIH/SIDA, ITS y embarazos no deseados. Es conveniente, además, evaluar empíricamente si un entrenamiento en el uso correcto del condón y en la habilidad para negociarlo tiene un impacto sobre el grado de intimidad que se desarrolla en la pareja.

10. REFERENCIAS

- Abdullah, A.; Fielding, A.; Hedley, J.; Ebrahim, S. & Luk, Y. (2002). Reasons for not using condoms among the Hong Kong Chinese population implications for HIV and STD prevention. *Sex Transmission Infected*, 78 (1), 180-184.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Alfaro, L. y Díaz-Loving, R. (1994). Factores psicosociales y conductas sexuales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos. *La Psicología Social en México*, 5, 636-41.
- Alfaro, L.; Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (1992). Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria. SIDA: Variables psicosociales. *La Psicología Social en México*, 4, 95-100.
- Arredondo, G.; Narcio, R.; Casanova, R. y Figueroa, D. (1993). Enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) en un grupo de adolescentes que asisten a un instituto de atención perinatal. *Gaceta Médica de México*, 129 (1), 75-79.
- Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional. (2006) Estrategia de Comunicación para la Prevención de VIH/SIDA en Adolescentes Urbanos. Obtenido el 3 de septiembre del 2009, desde <http://www.salud.gob.hn/documentos/sida/promocionsalud/ESTRATEGIA%20DE%20COMUNICACIPN.pdf>.
- Baele, J., Dusseldorp, E., & Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of adolescent health*, 28 (1), 421-431.
- Bayés, R., Pastells, S. y Tuldrà, A. (1996). Percepción del riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. II *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 39, 24-31.
- Bayron, J. y Sanne, P. (2006). Implementar estrategias diferenciadas tanto para hombres como para mujeres: un eficaz camino para la prevención del VIH/SIDA en Centroamérica. *Intercambio*, 3 (4), 145-160.

- Bourdeau, B.; Saltz, R.; Bersamin, M. & Grube, J (2007). Understanding the Relationship Between Alcohol and Sex: Latino and White College Students and Problematic Sexual Experiences While Drinking. *Journal of American College Health*, 56 (3), 299-306.
- Brenlla, M.; Brizzio, A. y Carreras, A. (2004) Actitudes hacia el amor y el apego. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad* (pp.1-17). Obtenido el 15 de enero del 2009, desde <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico4/4%20PSICO%20001.pdf>.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología y salud*. España: Paraninfo Thomson Learning.
- Cabrera, G.; Tascón, J. y Lucumi, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Salud Pública*, 19 (1), 91-101.
- Calderón, E. (1999). Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *Salud Pública México*, 41 (4), 15-22.
- Calzada R, Altamirano N, Ruiz M. (2001). La adolescencia. *Acta Pediátrica Mexicana*, 22 (1), 288-291.
- Camacho, M. (2000). Evolución natural de la infección por VIH. En: D. L. S. Ponce, & F. S. Rancel (Eds.). *Aspectos clínicos y terapéuticos* (pp.115-138). México: Mc-Graw-Hill.
- Castro, A. (2001). *¿Qué entienden jóvenes y adultos por "estar enamorado"?* : *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*. Universidad de Palermo: V Congreso Nacional de Psicodiagnóstico.
- Ceballos, G. y Campo, A. (2006). Prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años Santa Marta Colombia. *Revista de la Facultad Médica Universitaria Nacional Colombiana*, 2 (1) 4-10.
- CENSIDA. Dirección de Prevención y Participación Social. Infecciones de Transmisión sexual. Obtenido el 17 de agosto del 2009, desde <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/its.html>.
- CENSIDA (2004a). *El uso del condón, factor esencial en las campañas para prevenir el SIDA*. Dirección General de Comunicación Social. Obtenido el 17 de junio de 2004, desde <http://www.salud.gob.mx/conasida>.
- CENSIDA (2004b) Manual para Capacitadores en el Manejo Sindromático de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). México: CENSIDA.

- CENSIDA (2008). Programa de acción específico 2007-2012. En respuesta al VIH/SIDA e ITS. 1 edición, México. Obtenido el 20 de agosto de 2009 desde <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/Prog2007>.
- Centros para el control y prevención de las enfermedades, CDC. (2008). Obtenido el 18 de agosto de 2009, desde <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/topics/basic/index.htm#transmission>.
- Cerwonka, E.; Isbell, T. & Hansen, C. (2000). Psychosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults. *AIDS Education and Prevention*, 12 (2), 141-153.
- Cooper, V. y Pinto, B. (2008). Actitudes ante el amor y la teoría de Sternberg. Un estudio correlacional en jóvenes universitarios de 18 a 24 años de edad. *AJAYU*, 2 (6), pp. 181-206.
- Crawford, J., Kippax, S. & Waldby, C. (1994). Women's sex talk and men's sex talk: Different worlds. *Feminism and Psychology*, 4 (1), 571-587.
- Crosby, R. (1998). Condom use as a dependent variable: measurement issues relevant to HIV prevention programs. *AIDS Education and Prevention*, 10 (6), 548-557.
- Crosby, R.A., Yarber, W.L., Sanders, S.A. & Graham, C.A. (2004). Condom use as a dependent variable: a brief commentary about classification of inconsistent users. *AIDS and Behavior*, 8 (1), 99-103.
- Davidoff, L. (1989). *Introducción a la Psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- De la Cuesta, C. (2001). Taking Love Seriously: The Context of Adolescent Pregnancy in Colombia. *Journal Transcultural Nursing*, 12 (3), 180-192.
- Del Amo, J. (1999). *El SIDA y la mujer*. España: Pirámide.
- Díaz, H. y Lubián, A. (1998). Definición de caso y clasificación de la infección por VIH/SIDA. *Revista Cubana Médica*, 37 (3), pp. 157-165.
- Díaz-Loving, R.; Rivera, S. y Andrade, P. (1994). La teoría de la Acción Razonada en la predicción de uso y petición de uso de condón. *La Psicología Social en México*, 4 (1), 608-615.
- Díaz-Loving, R. y Robles, S. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (2), 215-228.
- Díaz-Loving, R. y Sánchez, R. (2002). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: UNAM-Porrúa.

- Díaz-Sánchez, V. (2003), El embarazo de las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*, 139 (1), 23-28.
- Donenberg, G.; Bryant, F.; Emerson, E.; Wilson, H.; Pasch, K. (2003). Tracing the roots of early sexual debut among adolescent in psychiatric care. *Journal Academy Adolescent Psychiatry*, 42 (1), 594-608.
- Encuesta Nacional de la Juventud (2005). Instituto Mexicano de la Juventud. Obtenido el 3 de noviembre del 2008, desde http://www.consulta.com.mx/interiores/99_pdfs/15_otros_pdf/oe_20060523_ENJuventud2005.pdf.
- Escalona, N.; Flores, K.; Reneré, R.; López, I. y Mandiola, L. (2006). Actitudes de un grupo de jóvenes de enseñanza media frente al uso del condón, *Revista Sogía*, 13 (1), 19-15.
- Feingold, A. (1990). Gender differences in effects of physical attractiveness on romantic attraction: A comparison across five research paradigms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (5), 981-993.
- Fishbein, M.; Middlestad, S. & Hitchcock, P. (1994). Using information to change sexually transmitted disease related behaviors; an analysis based on the theory of reasoned action. En R.J Di Clemente & J. L. Peterson (Eds.) *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 61-78). New York: Plenum Press.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Beliefs, attitude, Intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M.; Hennessy, M., Yzer, M. & Douglas, J. (2003). Can we explain why some people do and some people do not act on their intentions? *Psychology, Health & Medicine*, 8 (1), 3-18.
- Fishbein, M.; Salazar, J.; Rodríguez, P.; Middlestad, S. y Himmelfard, T. (1988). Una aplicación de la Teoría de la Acción Razonada. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 4 (2), 19-41.
- Fleiz, C.; Villatoro, J.; Medina, M.; Alcanzar, E.; Navarro, C. y Blanco, J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 22 (4), 14-19.
- Fundación anti-SIDA de San Francisco. ¿Qué es el VIH/SIDA? Obtenido el 22 de agosto de 2009, desde <http://www.sfaf.org/espanol/informaciónde/VIH/index.html>.

- Gálvez, J.; Paz, V.; Herrera, P.; De Lea, S.; Gilman, R. y Anthony, J. (2009). Vínculos entre las expectativas sexuales asociadas con el consumo de alcohol. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, 1 (1), 15-20.
- García, J.; Pérez, E. y Perpiñá, J. (2001). Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: Generalidades y prevención. En: Buil, C.; Lete, I.; Ros, R. y Pablo, J. (Eds.). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia* (pp. 539-579). España: Sociedad Española de Contracepción.
- García, P.; Cotrina, A. y Cárcamo, C. (2008). *Sexo, prevención y riesgo: Adolescentes y sus madres frente al VIH y las ITS en el Perú*. Perú: Care Perú.
- García, R.; Cortés, A.; Vila, A.; Hernández, S. y Mesquia, A. (2006). Sexual relation and the use of condom in adolescents and young people from a health area. *Revista Cubana Medicina general Integral*, 22 (1), 124-137.
- Gayet, C.; Juárez, F.; Pedrosa, L. y Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Publica de México*, 45 (5), 632-640.
- Gebhardt, W.; Kuyper, L. & Greunsvan, G. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of Adolescent Health*, 33 (1), 154-164.
- Gómez, J. (2005) Apego y comportamiento sexual en la adolescencia, en relación con la disposición a asumir riesgos asociados a la experiencia erótica. *Infancia y Aprendizaje*, 28 (3), 293-308.
- Gutiérrez, J.; López, J. y Valencia, A. (2004). "Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: una respuesta organizada" *Revista de Investigación clínica* 56 (2) 242-252.
- INEGI/INMUJERES (2002). *Mujeres y Hombres 2002*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Katz, B.; Fortenberry, J.; Zimet, G. & Blythe, M. (2000). Partner-specific relationship characteristics and condom use among young people with sexually transmitted diseases. *The Journal of Sex Research*, 37 (1), 50-69.

- Katz, R.; Mills, K.; Singh, N. & Best, A. (1995). Knowledge and attitudes about AIDS: A comparison of public high school students, incarcerated delinquents, and emotionally disturbed adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 24 (1), 117-131.
- Klínger, J. (2003). Infección por VIH-SIDA: historia, presente y futuro. Obtenido el 13 de enero del 2009, desde <http://www.inmunoweb.unicauca.edu.co/vih-actualidad.pdf>.
- Lam, A., Mak, A., Lindsay, P. & Russell, S. (2004). What really works? Exploratory study of condom negotiation strategies. *AIDS Education and prevention*, 16 (2), 160-171.
- Lameiras, M.; Rodríguez, Y. y Dafonte, S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*, 14 (2), 255-261.
- Lederman, R & Mian, T. (2003). The parent-adolescent relationship education (PARE) program: a curriculum for prevention of STDs and pregnancy in middle school youth. *Behavioral Medicine*, 29 (1), 33-41.
- Lin, H.; Guarino, A.; Gorrell, J. & Vazin, T. (2006). New model for predicting adolescents' sexual intentions. *American Journal of Health Studies*, 21 (3), 168-173.
- Liverpool, J.; McGhee, M.; Lollis, M.; Beckford, M. & Levine, D. (2002). Knowledge, attitudes, and behavior of homeless African-American adolescents: implications for HIV/AIDS prevention. *Journal of the National Medical Association*, 94 (4), 257-263.
- López, S. y Moral, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43 (5), 1-11.
- Madiedo, J.; Otero, M.; González, Y. y Pulido, T. (2001). Conducta sexual en adolescentes varones y anticoncepción. *Revista Cubana de Enfermería*, 17 (1), 9-18.
- Manning, W.; Longmore, M. y Giordano, P. (2000). The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Fam Plann Perspect*, 32 (1), 104-10.

- Martínez-Donate, Hovell, M.F., Zellner, J., Sipan, C., Blumberg, E.J. & Carrizosa, C. (2004). Evaluation of two school-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana, Mexico. *The Journal of Sex Research*, 41 (3), 267-278.
- Merchan-Hamann, E.; Ekstrand, M.; Hudes, E. and Hearst, N. (2002). Prevalence and Correlates of HIV-Related Risk Behaviors Among Adolescents at Public Schools in Brasilia. *AIDS and Behavior*, 6, 283-293.
- Meekers, D., & Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Education and Prevention*, 14 (1), 62-72.
- Miller, K.; Levin, M; Whitaker, D. & Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: the impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88 (10), 1542-1548.
- Moore, S. & Rosenthal, D. (1993). *Sexuality in adolescence*. Great Britain: Routledge.
- Moreno, D.; Rivera, B.; Robles, S.; Barroso, R.; Frías, B. y Rodríguez, M. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes de uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y salud*, 18 (2), 207-225.
- Nieto, B. e Izazola, J. (1990). Uso del condón en hombres con parejas no estables en la Ciudad de México. *Salud Publica*, 41 (2), 85-94.
- O'Hare, T. (2005). Risky sex and drinking contexts in freshman first offenders. *Addictive Behaviors*, 30 (3), 585–588.
- OMS (2004) *Estrategia de salud reproductiva*. Obtenido el 23 de agosto del 2009, desde http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8_spa.pdf.
- OMS (2005). *Informe sobre salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!*. Obtenido el 20 de agosto del 2009, desde <http://www.who.int/whr/2005/es/>.
- Oncale, R. & King, B. (2001). Comparison of men's and women's attempts to dissuade sexual partners from the couple using condoms. *Archives of Sexual Behavior*, 30 (4), 379-391.

- ONUSIDA (2005). *Position statement on condoms and HIV prevention*.
Obtenido el 23 de agosto de 2009, desde <http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/condom-policyjul04>.
- ONUSIDA (2008). *Informe sobre la epidemia mundial del SIDA*. Obtenido el 20 de agosto del 2009, desde http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp.
- ONUSIDA/OMS (2005). *Situación de la epidemia de SIDA*. Obtenido el 10 de diciembre del 2008, desde <http://www.unaids.org.bangkok2005/gar2005.html>.
- O'Sullivan, L.; Cheng, M.; Harris, K. & Brooks-Gunn, J. (2007). I Wanna Hold Your Hand: The Progression of Social, Romantic and Sexual Events in Adolescent Relationships. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 1 (2), 100-107.
- Papalia, D. (1988). *Psicología*. México: McGraw-Hill.
- Pérez, J. (2001). "Influencia del tratamiento antirretrovírico de gran actividad en la incidencia de las infecciones oportunistas y neoplasias asociadas a la infección por VIH-1 y en la mortalidad". Tesis de Doctorado. Universidad de Barcelona, Facultad de Medicina.
- Perpiñá, J.; García, J. y Pérez, E. (2001). Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: Entidades nosológicas. En: Buil, C.; Lete, I.; Ros, R. y Pablo, J. (Eds.) *Manual de salud reproductiva en la adolescencia* (pp. 581-621). España: Sociedad Española de Contracepción.
- Pick, S. & Andrade, P. (1995). Impact of the family on the sex lives of adolescents. *Adolescence*, 30 (119), 667-675.
- Ponce, S. y Rangel, S. (2000). *SIDA. Aspectos clínicos y terapéuticos*. México: Mc Graw-Hill interamericana.
- Raley, K.; Crissey, S. & Muller, C. (2007). Of Sex and Romance: Late Adolescent Relationships and Young Adult Union Formation. *Journal of Marriage and Family*, 69 (5), 1210-1226.
- Rasmussen, B.; Hidalgo, A. y Alfaro, N. (2003). Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud Pública de México*, 45 (1), 1-11.

- Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de marzo de 2009. Obtenido el 20 de agosto del 2009, desde <http://www.aids-sida.org/menu.html>
- Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (1994). Actitudes, norma subjetiva y creencias en relación al uso del condón. *La Psicología Social en México*, 5, 628-635.
- Robles, S.; Frías, B.; Rodríguez, M. y Barroso, R. (2004). Programa de intervención para prevenir problemas de salud sexual en universitarios. *La Psicología Social en México*, 5, 241-248.
- Robles, S.; Moreno, D.; Frías, B.; Rodríguez, M.; Barroso, R.; Díaz, E.; Rodríguez, M. y Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de psicología*, 22 (1), 60-71.
- Rodríguez, M.; Barroso, R.; Frías, B.; Moreno, D. y Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y salud*, 19 (1), 103-109.
- Rocha, T. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres anales de psicología. *Psicología y Salud*, 21 (1), 42-49.
- Romero, R.; Lora, M. y Cañete, R. Estrada (2001). Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Atención Primaria*, 27 (1), 12-17.
- Rosenthal, D.; Gifford, S. & Moore, S. (1998). Safe sex or safe love: competing discourses? *Health Source: Nursing/Academic Edition*, 10 (1), 1-14.
- Seiffge, I. (2000). Diversity in Romantic Relations of Adolescents with Varying Health Status: Links to Intimacy in Close Friendships. *Journal of Adolescent*, 15 (6), 611-636.
- Shiao, T. E. 2000. *Theory of Reasoned Action*. Obtenido el 3 de septiembre del 2009 desde, <http://www.ciadvertising.org/studies/student/99fall/theory/tseng/Reasoned/home.htm>.
- Shulman, S. & Kipnis, O. (2001). Adolescent romantic relationships: a look from the future. *Journal of adolescence*, 24, 337–351.
- Shulman, S. & Seiffge-Krenke, I. (2001). Adolescent romance: between experience and relationships. *Journal of Adolescence*, 24, 417–428.
- Théodore, F.; Gutiérrez, J.; Torres, P. y Luna, G. (2004). El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades

- (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. *Salud Pública de México*, 46 (1), 104-112.
- Thato, S.; Charron, D.; Dorn, D.; Albrecht, S. & Stone, C. (2003). Predictors of condom use among adolescent Thai vocational students. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (2), 157-163.
- Torres, K.; Alfaro, L.; Díaz-Loving, R. y Villagran, G. (1995). La atribución del origen del SIDA, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio de VIH. *La Psicología Social en México*, 5, 616-621.
- Torres, P.; Walker, D.; Gutiérrez, J.; Stefano, M. y Bertozzi, M. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, 48 (4), 1-18.
- Tulloch, H.; McCaul, K.; Miltenberger, R. & Smyth, J. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. *Journal of American College Health*, 52 (6), 263-267.
- Tuval, R.; Walsh, S.; Harel, S. y Shulman, S. (2008). Romantic Fantasies, Cross-Gender Friendships, and Romantic Experiences in Adolescence. *Journal of Adolescent*, 23 (4), 471-487.
- Ubillos, S.; Zubieta, E.; Páez, D.; Deschamps, J.; Ezeiza, A. y Vera, A. (1997). Amor, cultura y sexo. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 8 (9), 1-45.
- UNAIDS (2002). Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA 2002. Obtenido el 20 de abril del 2009, desde: http://data.unaids.org/pub/Report/2002/brglobal_aids_report_sp_reduced_es.pdf.
- UNICEF (2002). Adolescencia, una etapa fundamental. Obtenido el 20 de abril del 2009, desde: <http://www.unicef.org>.
- UNGASS (2005). Informe Final de los Compromisos (Sesión Especial de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA). Obtenido el día 3 de septiembre del 2009, desde http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_honduras_es.pdf.
- Uribe, A. (2005). *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH en adolescentes colombianos*. Tesis Doctoral, Universidad de Granada.

- Valdez, J.; González-Arratia, N. y López, M. (2007). La elección real e ideal de pareja: un estudio con parejas establecidas. *Revista Interamericana de Psicología*, 41 (3), 27-34.
- Vargas-Trujillo, E. y Barrera, F. (2002). *El papel de las relaciones padres-hijos y de la competencia psicosocial en la actividad sexual de los adolescentes*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales.
- Vargas-Trujillo, E. y Barrera, F. (2005). Relaciones familiares y cogniciones románticas en la adolescencia: el papel mediador de la autoeficacia romántica. *Revista de estudios sociales*, 1 (21), 27- 35.
- Vargas-Trujillo, Henao y González (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (1), 49-63.
- Vera, J.; Laga, A. y Hernández, F. (1998). Semántica de conceptos asociados a la relación de pareja. *Estudios Sociales*, 8 (16), 1-18.
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología*, 61, 9-18.
- Villaseñor, A.; Caballero, R.; Hidalgo, A. y Santos, J. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45 (1), 73-80.
- Wang, J.; Simoni, P.; Wu, Y. & Banvard, C. (2008). Female adolescent's: Attitude towards sexually risky behaviors. *Journal of international Women's Studies*, 10 (2), 120-133.
- Welling, K.; Nanchahal, K.; Macdowall, W.; McManus, S.; Erens, B. y Mercer, C. (2001). Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *Lancet*, 1 (358): 1843-1850.
- Zimmer, M. & Petherick, J. (2006). Intimacy dating goals and relationship satisfaction during adolescence and emerging adulthood: Identity formation, age and sex as moderators. *International Journal of Behavioral*, 30 (2), 167-177.