



UNAM IZTACALA

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**"Comunicación sexual con la pareja en estudiantes universitarios de primer ingreso"**

ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A (N)

**ANA ROSA LEÓN CRUZ**

Directora: Dra. **SILVIA SUSANA ROBLES MONTIJO**

Dictaminadores: Lic. **IRMA BEATRIZ FRÍAS ARROYO**

Lic. **MARTHA RODRÍGUEZ CERVANTES**



**Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2011**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a **Dios** por permitirme terminar este ciclo en mi vida.

**A mis padres**, quienes por medio de su ayuda pude lograr una meta en mi vida. A quienes amo y con quienes comparto este momento de satisfacción y alegría: “mamá, las dificultades que has tenido en tu vida, han sido la mayor fuerza que he tenido para lograr esto que hoy te lo dedico especialmente a ti. Papá: tu esfuerzo y tu dureza me han motivado para concluir esta etapa en mi vida, que hoy comparto contigo”.

A quien dedico de manera muy especial esta tesis es a una persona que estuvo conmigo durante toda esta etapa de mi vida y con quien compartí cansancios, tristezas y como hoy alegrías, “porque siempre estuviste apoyándome y animándome a concluir este ciclo, hoy comparto este trabajo que no sólo es mío sino también tuyo, **Gracias Hugo**

Durante el desarrollo de mi trabajo, fueron varios los amigos que me animaron y apoyaron a terminarlo y a quienes agradezco su ayuda. De manera especial hay una persona a la que quiero y admiro mucho y con quien he compartido la labor de este trabajo, y a quien por ello se lo dedico también, a mi compañera y **amiga Nataly.**

Gracias a este trabajo, conocí personas que me fueron de mucha ayuda profesional y de las cuales aprendí mucho y a quienes estimo por el apoyo que me brindaron, a las Profesoras: **Bety y Martha** y a la Doctora **Susana**, quien por medio de su experiencia hizo posible el presente trabajo.

También dedico mi trabajo a los que de manera indirecta han ayudado a que esto sea posible, a mis **hermanas** especialmente a **Olga y Chelita, hermanos, sobrinos y sobrinas, y a la Sra. Elena.**

Considero de suma importancia agradecer a quien hizo posible la realización de este trabajo, al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (**PAPIIT**), con número de registro IN307210.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES</b> .....	3
1.1 Embarazos no planeados.....	5
1.2 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).....	10
1.3 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).....	16
<b>CAPÍTULO 2. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b> .....	20
<b>CAPÍTULO 3. COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA</b> .....	27
<b>CAPÍTULO 4. REPORTE DE INVESTIGACIÓN</b>	
4.1 Planteamiento del problema.....	33
4.2 Objetivos específicos.....	35
4.3 Hipótesis.....	36
4.4 Método	
4.4.1 Participantes.....	37
4.4.2 Tipo de estudio.....	38
4.4.3 Variables e instrumentos.....	38
4.4.4 Procedimiento.....	38
4.5 Resultados.....	39
4.6 Discusión.....	57
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	62
<b>APÉNDICE</b> .....	66

## RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo general, por un lado, validar una escala de comunicación sexual con la pareja, a través de un análisis factorial de componentes principales, determinando, además, su consistencia interna; y por el otro, conocer la relación entre la comunicación sexual con la pareja y el patrón de conducta sexual de riesgo. Se evaluó a una muestra de 1775 estudiantes de primer ingreso que estaban inscritos en las 6 licenciaturas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala al momento de iniciar este proyecto de investigación. Del total de la muestra, 539 fueron hombres y 1119 mujeres, la edad media fue de 18.68 años, la mayoría reportó ser solteros (96.5%) y vivir con ambos padres (71.3%). Se utilizó la Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual (Moreno *et al.*, 2010), obteniendo información sobre variables demográficas, patrón de conducta sexual y comunicación sexual con la pareja. Los instrumentos de evaluación se aplicaron grupalmente y se respondieron de manera individual. Los resultados mostraron que los adolescentes con vida sexual activa tienen una conducta preventiva en cuanto a su sexualidad ya que por ejemplo más de la mitad reportaron haber usado condón en su primera (73.1%) y en su última relación sexual (68.1%). En cuanto a la validación del instrumento utilizado para medir la comunicación sexual con la pareja, el análisis factorial arrojó la presencia de tres factores con una alta consistencia interna ( $\alpha=.97$ ). En el primer factor se agruparon 10 reactivos que refieren comunicación con la pareja sobre métodos anticonceptivos ( $\alpha=.96$ ). En el segundo factor (sexo, embarazo y aborto) se agruparon 13 reactivos ( $\alpha=.95$ ) y el último factor se conformó por 7 reactivos con un  $\alpha=.93$  (ITS y VIH/SIDA). Los temas con los que más se comunicaron los adolescentes fueron sobre sexo, embarazo y aborto; siendo las mujeres quienes más se comunican sobre estos temas. Los temas con los que menos se comunicaron los adolescentes fueron el VIH y sobre las ITS. Los resultados también muestran que los jóvenes que más se comunicaron sobre los métodos anticonceptivos, tener relaciones sexuales, embarazo y aborto, son los que más usaron condón y que tuvieron un menor número de parejas sexuales. En general se puede señalar que comunicarse sobre temas de sexualidad con la pareja, en especial sobre sexo, embarazo y métodos anticonceptivos, promueve que los jóvenes se protejan al tener relaciones sexuales. Los resultados obtenidos en este trabajo son de mucha ayuda para diseñar programas de intervención que incluyan la comunicación con la pareja sobre temas sexuales específicos acerca del sexo, embarazo y métodos anticonceptivos, ya que se correlacionaron con una conducta sexual preventiva. Pero en estos mismos programas sería importante incluir temas acerca de las ITS y el VIH/SIDA.

# INTRODUCCIÓN

En la actualidad, y principalmente en México, uno de los temas que mayor demanda tiene el sector salud, son los embarazos no deseados, las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/Sida. Todos estos problemas surgen por lo regular en la adolescencia, ya que es en esta etapa en la que el ser humano empieza a experimentar cambios a nivel físico, biológico y psicológico. Aunado a estos cambios, uno de los principales son los que experimentan los adolescentes en cuanto a su sexualidad. Gamba (2009) asegura que en esta etapa el individuo debe acomodarse a los impulsos sexuales que experimenta, ya que es en este periodo de la adolescencia en la que se inician las relaciones sexuales.

Esta parte de la etapa de ser adolescente se analiza en el primer capítulo de este trabajo, seguido por la explicación de los problemas de tipo sexual a los que están expuestos los adolescentes. Así, el capítulo 1 iniciará abordando el tema de los embarazos no deseados durante la adolescencia, de los cuales los adolescentes no temen a que esto les suceda, sin embargo el tener un embarazo no planeado en esta etapa es considerado un problema por el aumento de embarazos en la adolescencia ya que alcanza grandes cifras, también porque contribuye al crecimiento acelerado de la población, de igual manera por sus efectos adversos sobre la salud de la madre y el niño, y porque un embarazo no deseado conduce a uniones inestables, a una jefatura de hogar femenina y a condiciones precarias para el desarrollo de los hijos (Leyva, Berroa, Negret & Garcia, 2002). Como segundo tema del primer capítulo están las Infecciones de Transmisión Sexual. Canadian Guidelines (2007, citado en Arias *et al.*, 2008) las define como un grupo de padecimientos que se adquieren y transmiten por tener relaciones sexuales sin haber utilizado algún método de barrera (condones). Pueden ser provocadas por virus, bacterias, hongos y protozoario (Robles & Díaz-Loving, 2011). En este mismo capítulo se exponen los síntomas más frecuentes de las ITS y se finaliza haciendo mención de las ITS que mayor demanda tienen en el sector salud, por ejemplo, la clamidia, sífilis, gonorrea y VPH. Para concluir con este primer capítulo se

hace referencia al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), ya que como menciona García, Santamaría y Alegría (2009), alrededor del 40% de las nuevas infecciones por el VIH, a nivel mundial, se dan en jóvenes mayores de 15 años. Además, se analizan las formas en que se transmite el VIH, ya que Santos, Villa, García, León, Quezada y Tapia (2003) aseguran que la epidemia del SIDA en México incluyendo a los jóvenes, es predominantemente sexual.

En el segundo capítulo se mencionan las formas en que los adolescentes pueden protegerse de los embarazos no deseados, de las ITS y del VIH/Sida. De igual manera se abordarán temas acerca del patrón de conducta sexual de los adolescentes, por ejemplo de la edad del debut sexual, del número de parejas sexuales, lugar de la primera relación sexual y del tipo de pareja del debut sexual, al mismo tiempo se habla de los diferentes métodos anticonceptivos, así como de la frecuencia y consistencia del uso de éstos.

Tomando en consideración los factores que hacen más probable el uso del condón, en el capítulo 3 se revisan los trabajos de autores que afirman que la comunicación sexual con la pareja está asociada con una conducta sexual protegida, incluyendo el uso del condón. Además se expone la necesidad de tener instrumentos que midan la comunicación sexual con la pareja pero que también estén validados.

Una vez explicados los riesgos de tipo sexual a los que se exponen los adolescentes y de mencionar algunos de los factores a los que se asocia el que los adolescentes tengan una conducta sexual protegida haciendo énfasis en la comunicación sexual con la pareja, se procede a desarrollar el capítulo 4 en el que se desarrolla el presente reporte de investigación.

# CAPÍTULO 1

## PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES

**D**el tema de la adolescencia se puede hablar mucho, sin embargo, en este apartado sólo se abordarán aspectos que tienen que ver con los riesgos que corren los adolescentes durante esta etapa y las decisiones que tienen que tomar respecto a su sexualidad. Para ubicar mejor a los adolescentes, es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS), ubica esta etapa entre los 11 y 19 años de edad, considerándose dos fases, la adolescencia temprana, de 12 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años (Domínguez, 2003); la mayoría de los adolescentes que integran la fase tardía se encuentran estudiando el bachillerato o en algunos casos iniciando el nivel superior, y se caracterizan por ser un grupo diferenciado en comparación con aquellos adolescentes que no estudian, no sólo por la franja de edad por la que están comprendidos, sino también por el itinerario formativo que están recorriendo y por tener un estilo de vida propio, diferenciado del resto de los jóvenes (Jiménez, Andrade, Betancourt, & Palacios, 2007).

Ahora bien, ser adolescente puede considerarse una etapa difícil de vivir, pues se dice que es un periodo en el que, bajo el marco de la transición biológica de la niñez a la adultez, el individuo experimenta una serie de cambios respecto a la imagen que tiene de sí mismo, lo que desemboca en actitudes y conductas personales que constituyen la postura del sujeto ante el mundo, que se refleja en un sentimiento de separación y de individualidad, y con ello surge la percepción de uno mismo como algo distinto y separado de los demás aunque comparta con ellos los mismos valores e intereses (Labajos, 1994).

Para otros autores, (Fuertes, Ramos & Fernández, 2007) la adolescencia es una etapa del ciclo vital de la familia, que establece un periodo de crisis en sus miembros, dado por cambios en el aspecto biológico,

psicológico y social del adolescente. Por ejemplo en el aspecto biológico, ocurre una maduración de los órganos sexuales de los jóvenes, además de que ya existe la posibilidad de engendrar y la mayor parte de las chicas y chicos iniciarán sus relaciones sexuales y de pareja.

Gamba (2009), en apoyo a Fuertes, Ramos y Fernández, antes citados, asegura que en la adolescencia además de los cambios que ya mencionaron, también se presentan cambios físicos, afirma que en esta etapa el individuo debe acomodarse a los impulsos sexuales que experimenta, y puede surgir la idea de estarse convirtiendo en un ser extraño, probablemente “el único al que le pasan ese tipo de cosas” lo que puede llevar a que el adolescente procure mantener en secreto lo que le sucede, especialmente con figuras ante las cuales puede sentir mayor vergüenza, como los padres y/o hermanos.

Díaz-Sánchez (2003), menciona que en México los más de 20 millones de adolescentes y jóvenes, tomarán decisiones que determinarán el curso de sus vidas. De acuerdo con este autor, las situaciones que influyen en la vida futura de los/las adolescentes son: abandonar o continuar en la escuela, acceder a una fuente de empleo remunerada, el inicio de las relaciones sexuales, abandonar el hogar familiar, casarse o unirse y, tener el primer hijo.

De las situaciones antes mencionadas, y respecto al inicio de las relaciones sexuales, esto ocasionará que el adolescente se enfrente a diversas dificultades ya que descubre la manera de identificar el amor, decide su sexualidad, aprende el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escoge cómo participar en los diversos tipos de actividades sexuales, además de presentar conducta sexual de riesgo (Leyva, Berroa, Negret & Garcia, 2002).

Continuando con el aspecto sexual en la adolescencia, Alejo (2003, citado en Gamba, 2009), propone dos elementos cuyo desarrollo es de gran influencia durante este periodo: la sensualidad y el erotismo. El primero corresponde al afecto y el segundo se refiere al placer físico, especialmente el genital, el cual tiene un despertar progresivo desde la pubertad. De acuerdo al

autor, si la integración entre ambos se da de manera apropiada, el individuo será capaz de manejar lo erótico racionalmente, de establecer relaciones de pareja estables y de poner en ellas elementos adicionales, como la confianza, la solidaridad, y la amistad.

Ahora bien, la importancia de enfocarse a la población adolescente surge por lo que ya se ha venido mencionando acerca de los riesgos que se dan en esta etapa, principalmente aquellos que tienen que ver con el aspecto sexual. Y por otro lado, por la cantidad de adolescentes que viven en México, ya que en los últimos 30 años, la población de adolescentes se duplicó de manera porcentual. En 1970 representaban el 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representan el 21.3 por ciento. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. Asimismo esta etapa representa un quinto de la población en el país, (Díaz-Sánchez, 2003).

Como ya se mencionó, la adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, ya que las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. De estas decisiones que se tomen en esta etapa de la adolescencia dependerá la salud sexual del ser humano y es así como damos inicio al siguiente tema sobre los embarazos en el adolescente.

### **1.1 Embarazos no planeados**

Es notorio que la adolescencia es una etapa de gran relevancia debido a los diferentes cambios que en ella se presentan, y en los cuales se dan situaciones que ponen en riesgo la salud de los adolescentes, ya que inician una vida sexual activa; lo que hace probable tener un embarazo no deseado y como consecuencia de éstos, en ocasiones el aborto, contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y en el peor de los casos infectarse del VIH/SIDA.

Acerca de estos riesgos, se seguirá el orden antes expuesto, comenzando a detallar los embarazos no planeados, ya que cuando suceden

en el adolescente, se consideran un problema por cuatro razones: a) por su incremento, ya que se dice que el número de embarazos adolescentes está aumentando de manera considerable y que alcanza grandes cifras y altas proporciones (alrededor de 450 000 nacimientos anuales); b) por su contribución al crecimiento acelerado de la población, ya que el embarazo temprano suele llevar a la joven a procrear un gran número de hijos y a un menor espaciamiento entre ellos; c) sus efectos adversos sobre la salud de la madre y el niño; d) su contribución a la persistencia de la pobreza, este argumento se asocia al supuesto de que dicho fenómeno coarta las posibilidades de obtener una escolarización suficiente y, por lo tanto, limita las posibilidades de obtener un empleo. Aunado a esto se dice que el embarazo adolescente tiende a repetirse entre las generaciones; a conducir a uniones inestables; a una jefatura de hogar femenina y a condiciones precarias para el desarrollo de los hijos (Leyva, Berroa, Negret & García, 2002).

¿Pero, por qué los adolescentes se embarazan?, es una pregunta constante entre los profesionales de la salud, uno de los autores que responde a esta pregunta es Piña (2007) quien menciona que una de las razones por las cuales los adolescentes se embarazan es porque ellos piensan que embarazarse no ha de ser tan fácil o que no les va a pasar, además de que creen “en la primera vez no pasa nada”.

Pero también, asegura Piña (2007) que el dato al que más se le atribuyen los embarazos no planeados es a la falta de información, de métodos anticonceptivos y al difícil acceso a servicios de anticoncepción.

Otro autor que apoya la hipótesis de Fuentes acerca de la información de los métodos anticonceptivos en los adolescentes es Barojas (2009), quien afirma que los adolescentes se embarazan por tres posibles causas:

1. Porque falló el anticonceptivo que estaban usando. Los anticonceptivos modernos como el condón, las pastillas, las inyecciones y el DIU son muy eficaces, pero la eficacia de estos métodos depende de la consistencia y su uso correcto.

2. Porque no tienen anticonceptivos a la mano. En el campo y en algunas colonias marginadas hay dificultades para conseguir anticonceptivos, porque escasea el dinero para comprarlos o porque no existen clínicas o farmacias.
3. Porque los adolescentes no están bien informados sobre los diferentes métodos anticonceptivos, lo que ocasiona que no los conozcan, no los sepan usar o bien que no los quieran utilizar. Además hay quienes usan métodos poco efectivos, como el ritmo o el coito interrumpido por temor a los efectos de los métodos modernos, y no saben que existen métodos adecuados para cada persona. A veces, la influencia de la pareja o de la religión impide el uso de métodos anticonceptivos más seguros.

Continuando con las razones por las cuales los adolescentes se embarazan, Leyva, Berroa, Negret y García (2002), llevaron a cabo un estudio con 77 embarazadas y 231 no embarazadas, de la provincia de Santiago de Cuba, con el objetivo de determinar algunos factores de riesgo de vida familiar y personal, asociados con el embarazo a destiempo. Los resultados indican que gran parte de las adolescentes (embarazadas y no embarazadas) habían recibido una educación inadecuada por parte de los padres. En cuanto a las adolescentes gestantes, la mayoría no conocían los métodos anticonceptivos, y por lo tanto no los usaban, de igual manera existía poca comunicación entre ellas y sus progenitoras en más de la mitad del total de los casos, así como falta de apoyo de su pareja. Estos resultados forman parte también de las razones por las cuales las adolescentes se embarazan.

En los párrafos anteriores se han mencionado algunas de las razones por las cuales los adolescentes se embarazan, pero también es importante mencionar las razones por las cuales se debe evitar el embarazo en las adolescentes, principalmente en aquellas menores de 18 años, ya que la OMS asegura que la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad (Domínguez, 2003).

Algunas de las razones por las cuales se debe evitar el embarazo en menores de 18 años, según las indicaciones médicas, es que en las

adolescentes, no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto (Colín & Villagómez, 2010). Entre las complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes están la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, la desproporción céfalo-pélvica, la muerte fetal y la formación de fístulas recto-vaginales o cisto-vaginales. Asimismo la mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad (Colín y Villagómez, 2010).

Además de las secuelas médicas que pueden tener los embarazos en adolescentes y que son consideradas graves, también hay otro tipo de consecuencias como la discriminación, ya que algunos centros escolares suelen expulsar a las adolescentes por estar embarazadas, ya que consideran que se trata de un “mal ejemplo” para el resto de los estudiantes. La sanción moral que se aplica impide que las jóvenes embarazadas continúen sus estudios. Esto último afecta a la sociedad, pues si las jóvenes no concluyen sus estudios, su contribución al país es menor y la sociedad no se beneficia de la inversión hecha en su formación (Piña, 2007).

Otra de las consecuencias que suceden cuando una adolescente se embaraza, es que ésta se enfrenta a la difícil situación de tener que tomar una decisión respecto a lo que le está pasando, es decir puede asumir la responsabilidad de tener al bebé, darlo en adopción o bien interrumpir el embarazo.

Recordemos que el aborto según Barojas (2009), es definido, como la interrupción del embarazo. Existen dos tipos de aborto: el espontáneo, que sucede cuando el cuerpo de la mujer expulsa el producto sin que nadie haga nada para provocarlo, y el aborto inducido, se produce cuando se hace algo para interrumpir el embarazo. Las adolescentes que tienen un embarazo no deseado pueden ser víctimas de uno de estos dos tipos de aborto.

En lo que se refiere a la difícil situación de abortar, según Díaz-Sánchez (2003), las adolescentes recurren al aborto por razones tales como el temor, la vergüenza y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar un bebé o no saber como podrán continuar su educación. Aunado a esto y debido al estigma asociado con el embarazo fuera del matrimonio y el aborto, las adolescentes muchas veces no recurren a abortos legales y seguros, se practican el aborto en condiciones insalubres, arriesgando su salud y sus vidas.

El problema de los embarazos adolescentes, no es nuevo, ya que de acuerdo con los porcentajes de población del CONAPO, en 1974, por cada mil adolescentes, 130 se convertían en madres, en tanto que en 1980 sólo 120 mujeres en ese mismo grupo de edad tuvieron un hijo nacido vivo (un descenso cercano a 8%). De acuerdo con las proyecciones de población, en 1974 el 17% de los nacimientos que tuvieron lugar en el país correspondían a adolescentes; a principios de la década de los ochenta, esta proporción creció a casi 20%, cifra a partir de la cual inició su descenso para llegar a 15% en 2009. Se estima que en el año 2030 las adolescentes aportarán ocho de cada cien nacimientos (Colín y Villagómez, 2010).

Así, a lo largo de más de 30 años, las madres adolescentes de 18 y 19 años siguen concentrando la mayor parte (alrededor de la mitad) de los nacimientos ocurridos durante la adolescencia. Típicamente, el patrón de fecundidad en el ámbito rural tiende a ser más temprano y numeroso que el observado en el medio urbano (Colín y Villagómez, 2010). La cifra de los embarazos entre los adolescentes, aunque ha disminuido, se mantiene en proporciones altas; en la actualidad, según CONAPO, una de cada catorce adolescentes se embaraza entre los 14 y 19 años.

En el contenido sobre los embarazos no planeados en adolescentes, se expuso cómo este tema es un riesgo para los jóvenes, pues se mencionaron algunas de las razones por las cuales los adolescentes se embarazan y las consecuencias de esta situación. Lo que demuestra que éste es un problema sexual de riesgo para aquellos individuos que se encuentran entre los 11 y 19 años. El siguiente tema que tiene que ver con las Infecciones de Transmisión

Sexual, también se considera un problema de salud sexual y a continuación se explicará por qué es considerado así.

## **1.2 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

Continuando con los problemas de salud sexual en los adolescentes, otro de gran relevancia es las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Las ITS representan un problema de salud pública, que afecta a un porcentaje de la población tanto a nivel mundial como a nivel nacional ya que son de constante consulta en los centros de salud.

En la actualidad se utiliza el término “infección de transmisión sexual” (ITS) en lugar del término más antiguo “enfermedad de transmisión sexual” (ETS). Ya que en 1998, la OMS (1993) y la comunidad internacional cambiaron el término “enfermedad” por el de “infección”. Dado que no todas las infecciones resultan en enfermedad, ITS refleja tanto las infecciones sintomáticas como las asintomáticas, en hombres y mujeres.

Canadian Guidelines (2007, citado en Arias, *et al.*, 2008) define a las Infecciones de transmisión sexual como un grupo de padecimientos que se adquiere y transmite por tener relaciones sexuales sin haber utilizado algún método de barrera (condones).

Ahora bien, es común que en la adolescencia el sexo se entienda como una fuente de juego y placer, así como la confirmación de una estrenada libertad, sin embargo, los adolescentes no conocen los mecanismos de transmisión de las ITS y, además, piensan que son fuertes y están sanos; el concepto de enfermedad está muy lejano y, aunque es fácil mantener con un joven una conversación sobre ciertas conductas de riesgo (beber alcohol, fumar, consumo de drogas, etc.), en general se resisten a hablar acerca de cómo se adquieren las ITS, o sus hábitos sexuales (Rodríguez & García, 2005).

Este hecho de no hablar sobre la sexualidad y menor aún sobre las ITS, es perjudicial cuando un adolescente pasa por la situación de tener síntomas

de alguna ITS, ya que el hecho de no acudir a una consulta por vergüenza, o bien cuando evita decírselo a sus padres, puede retrasar el tiempo de atender la infección, lo que lleva al adolescente a recurrir a sus propios compañeros. Cuando un joven nota algo anormal en sus genitales, la primera consulta la hace a sus amigos, que tienen el mismo grado de información que él, lo que ocasiona que no se atienda la infección de manera correcta, o bien que no se consulte a un especialista (Arias *et al.*, 2008).

Como se mencionó al inicio de este tema uno de los factores para contraer ITS, son tener relaciones sexuales sin protección, además de esto también son factores de riesgo, la edad temprana del primer contacto sexual, inicio de relaciones sexuales sin protección, múltiples parejas sexuales; otros factores conductuales de riesgo (lavados vaginales), prevalencia de ITS en sus parejas, escaso uso de métodos anticonceptivos de barrera, factores biológicos (ectopia cervical), acceso reducido a los servicios médicos; además de querer pertenecer a ciertos grupos: adolescentes, sexo servidores, drogadictos (Rodríguez y García, 2005). Otro dato alarmante es que varias ITS pueden ser transmitidas por la madre al bebé durante el embarazo y el parto, como por ejemplo la sífilis, la gonorrea y el herpes (Venter, 2004).

En el párrafo anterior se indicó que la manera en que se transmite una ITS es por medio del acto sexual sin protección, es decir el contacto pene-vagina, pene-boca, pene-ano, boca-vagina y boca-ano. No es necesario que haya eyaculación para que se transmita una ITS. Las ITS también pueden transmitirse hacia otras partes del cuerpo a través del contacto con úlceras o secreciones. Por ejemplo, si luego del contacto con genitales infectados se tocaran los ojos, podría producirse una infección ocular por gonorrea (Venter, 2004)

En cuanto a la definición de las Infecciones de Transmisión Sexual, existen aquellas que se caracterizan por flujo vaginal, úlceras genitales, inflamación pélvica, uretritis, cervicitis, entre otras. En el IMSS en 2006 ese grupo de cinco enfermedades fueron causa de 5,428 consultas en medicina

familiar (0.010% del total de ese servicio), 361 (0.003%) en urgencias y 1,193 (0.009%) en la consulta de especialidad (Arias *et al.*, 2008).

Continuando con la explicación de las ITS, Robles y Díaz-Loving (2011) mencionan que éstas pueden ser provocadas por virus, bacterias, hongos y protozoarios. Las provocadas por virus no tienen cura, porque al entrar el virus en el organismo es imposible eliminarlo, sin embargo se controlan con medicamentos.

La clasificación de las ITS según Venter (2004), está de la siguiente manera: las causadas por bacterias son la sífilis, gonorrea, clamidia, vaginosis bacteriana, chancroide, granuloma inguinal y linfogranuloma venéreo; la causada por protozoarios es la tricomoniasis; la causada por hongos es la candidiasis; finalmente las ITS causadas por virus son el Herpes genital, Hepatitis B, Hepatitis C, el Virus del Papiloma Humano y el VIH/Sida.

Venter (2004) también menciona que las ITS pueden provocar síntomas y signos en los órganos reproductivos así como en la piel que rodea la vagina, el pene, el ano o bien en la garganta o boca. Los síntomas y signos más frecuentes de las ITS son: secreciones anormales de la vagina o el pene, dolor o ardor al orinar, picazón o irritación de los genitales, llagas, ampollas o bultos en los genitales, salpullido incluso en la palma de la mano y en la planta del pie, dolor abdominal bajo, inflamación en la ingle.

Otro dato interesante que menciona Venter, antes citado, es la vulnerabilidad de las mujeres a las ITS, incluyendo el VIH/Sida, los factores biológicos que intervienen para que exista este hecho es que la vagina está recubierta por una membrana mucosa que resulta más permeable a las infecciones que la piel del pene; los genitales de una mujer abarcan una superficie mayor por la cual pueden ingresar las infecciones; durante el coito, la pareja receptora por lo general está más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición; los cambios en el cuello uterino durante el ciclo menstrual pueden facilitar el ingreso de infecciones; la vulnerabilidad en las mujeres más jóvenes (adolescentes) es mayor debido a

que los tejidos del cuello uterino presentan menor madurez y resultan más permeables al ingreso de organismos; la falta de lubricación durante el coito puede producir desgarros (heridas) que facilitan el ingreso de las infecciones; la pérdida de la virginidad (donde existe un desgarre), puede aumentar el riesgo de transmisión de las ITS.

Como se ha venido mencionando, existen infinidad de Infecciones de Transmisión Sexual, pero sólo se hará mención de aquellas que han tenido gran impacto por su mortalidad mundial, además de que son más comunes en los adolescentes y las cuales expone Cruz, Egremy y Ramos, (2004).

**GONORREA:** Es causada por la bacteria Gramnegativa *Neisseria gonorrhoeae*. Puede ser asintomática y sintomática, afectando a los órganos sexuales. En Hombres los síntomas van a presentar la clásica secreción a través de la uretra. Las complicaciones más frecuentes son, infección persistente crónica, epididimitis, estrechez uretral e infertilidad. En mujeres pueden presentar una secreción vaginal atípica, acompañada o no de disuria; el 80% son asintomáticas y las complicaciones son severas. El periodo de incubación varía; en el hombre de dos a cinco días, y en la mujer antes de 10 días. La infección no tratada durante el embarazo, da como resultado un parto prematuro, y recién nacidos con riesgo de padecer de oftalmía neonatal, ceguera, etc.

**CLAMIDIA:** Es causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. El periodo de incubación es de 21 días. La infección es comúnmente asintomática en mujeres, pudiendo a veces ocasionar disuria, infección post-parto en mujeres y dolor pélvico que puede ser indicativo de una complicación la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). En hombres, también suele ser asintomática, puede haber disuria y secreción uretral de aspecto mucoide. Sus complicaciones más frecuentes, epididimitis e infertilidad.

**VAGINOSIS BACTERIANA:** Esta es la causa más común de secreción anormal en la mujer con vida sexual activa. Es el resultado del remplazo de pH normal de la vagina, que producen los *Lactobacillus* en la vagina por una alta

concentración de bacterias anaeróbicas. La causa de la alteración microbiana no está totalmente entendida. Tiene un período de incubación de 4 a 21 días. Tiene como manifestaciones clínicas, secreción vaginal de moderada a abundante, homogénea, blanca o gris, maloliente, no pruriginosa y no hay disuria o irritación.

**SÍFILIS:** Es una infección producida por la bacteria *Treponema pallidum*. Penetra en el organismo a través de lesiones en la piel, que al implantarse se multiplica localmente y pasa a los ganglios linfáticos, de ahí se distribuye a todos los tejidos del cuerpo. La lesión primaria de la sífilis aparece entre las cuatro y seis semanas posteriores al contagio, como una úlcera indolora de bordes bien definidos, no sangrante o “chancro” sifilítico en el sitio de la inoculación. La lesión primaria dura entre 10 y 14 días y desaparece con y sin tratamiento. Después aparecen las lesiones secundarias en la piel, que pueden ir desde erupciones mucocutáneas a pápulas, nódulos o ulceraciones superficiales.

**CHANCRO BLANDO:** También llamado chancroide, se caracteriza por la presencia de úlceras grandes, muy dolorosa, acompañada de ganglio ulcerado, producido por el *Haemophilus ducreyi* en la mujer principalmente en labios mayores, menores y región perianal, y en el hombre en prepucio, glande y región perianal. Con un periodo de incubación de tres a seis días. De dos a tres semanas evoluciona la enfermedad, presentándose adenopatía inguinal inflamatoria, casi siempre unilateral.

**CONDILOMAS ACUMINADOS (CA):** También conocidos como verrugas genitales, papilomas venéreos o verrugas venéreas se caracterizan por la presencia de carnosidades localizadas por lo general en las mucosas de los órganos sexuales y ano. El CA emergerá en el lugar donde se haya generado la infección. Esta ITS es producida por el virus del papiloma humano (VPH).

**VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 1 (VHS-1) Y TIPO 2 (VHS-2):** Son los que producen el herpes genital. Quienes se infectan con el virus tipo 2 no presentan síntomas, o los presentan tan leves que no ponen atención y creen

no tener nada. De hecho el 80% de las personas que tienen herpes genital no son diagnosticadas y se convierten en transmisores asintomáticos. Este virus es la principal causa de úlceras genitales, y por lo mismo, quienes tiene herpes genital están más expuestos a la transmisión del VIH, (Weinstock, Berman & cates, 2004) citado en Robles y Díaz-Loving (2011).

El VHS se transmite por tener relaciones sexuales (oral, anal, vaginal) con una persona infectada. También el contagio puede ocurrir si se tiene contacto con lesiones abiertas, aun cuando éstas no son visibles. El periodo de incubación es de 50 días aproximadamente y después empieza a producir sensación de hormigueo, adormecimiento y dolores de cabeza. Entre los síntomas típicos están: rubor, calor, ardor, dolor, puntillado hemorrágico, eritema, erosiones-úlceras y costras entre los síntomas más raros están: dolor al orinar, lesiones perianales, secreciones uretrales, pseudo candidiasis, fisuras genito-anales. A menudo las alteraciones locales se acompañan de síntomas sistémicos, con fiebre, cefalea, mal estado general, mialgias, y dolor abdominal (Sociedad Argentina de Dermatología, 2004), (citado en Robles & Díaz-Loving, 2011).

**VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO:** Es la ITS más frecuente que afecta tanto a hombres como a mujeres. En México, la incidencia de VPH a nivel nacional es de 9,505 casos por cada 100 mil habitantes (CENSIDA, 2007) (citado en Robles & Díaz-Loving, 2011). 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 (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58 y 66). Se establece un periodo de incubación variable entre 6 semanas (1 mes y medio) a 2 años, aunque este aspecto no está totalmente aclarado, tomando como promedio 3 meses a partir de la última relación sexual con la persona infectada (Cruz, Egremy & Ramos, 2004).

La manifestación clínica habitual es el condiloma, en los órganos sexuales del hombre, las zonas más afectadas con frecuencia son el frenillo, el surco balanoprepucial y la mucosa del glande y prepucio; la uretra también

puede estar afectada, también pueden localizarse en escroto y las zonas perianales, donde en un 50% suelen afectar la mucosa rectal. En la mujer, aparecen, en la vulva y labios mayores y menores, pero por las condiciones de humedad de los órganos sexuales femenino y las posibles infecciones asociadas, se suelen propagar rápidamente a toda la vulva, incluso al perineo y área perianal, (Cruz, Egremy y Ramos, 2004).

Acerca de las ITS dice Cruz *et al.*, (2004) que hasta hace 50 años éstas constituían una parte importante en la práctica médica teniendo como principales pacientes a los adolescentes. Sin embargo, tres acontecimientos modificaron la dinámica de las ITS en las últimas tres décadas provocando su resurgimiento; por un lado los cambios del comportamiento originados por la revolución sexual que aumentaron la probabilidad de exposición, la aparición de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* y *Haemophilus ducreyi*, resistentes a antibióticos tradicionales y finalmente la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tema del cual se hablará a continuación.

### **1.3 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

En la actualidad, el VIH es una infección con un rostro cada vez más joven. De acuerdo a ONUSIDA, alrededor del 40% de las nuevas infecciones por el VIH, a nivel mundial, se dan en jóvenes mayores de 15 años. En México el Centro Nacional Para la Prevención y el control del VIH/SIDA (CENSIDA) reporta que el 94.3% de las infecciones del VIH entre jóvenes se da por vía sexual. Lo que nos indica que la población adolescente es la más expuesta a este virus (García, Santamaría & Alegría, 2009).

La sigla VIH quiere decir Virus de Inmunodeficiencia Humana, el causante del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Existen dos tipos de VIH: el VIH 1, que es el más común y se encuentra en todo el mundo, y el VIH 2, que se encuentra principalmente en África occidental (Censida, 2009). Acerca de cómo se transmite el virus, dice Azkarraga, Pérez y Ortiz

(2007) se necesita una cantidad suficiente de virus y una puerta abierta (una herida). Los flujos corporales que más cantidad de virus contienen son la sangre, el semen, el líquido pre-eyaculatorio, la leche materna y el flujo vaginal. La saliva, el sudor y las lágrimas contienen muy poco virus, que no es suficiente para transmitir el VIH. Además que el virus sólo puede sobrevivir unos segundos fuera del cuerpo humano.

Las formas en que se transmite el VIH es por vía sanguínea: por transfusiones de sangre, por compartir objetos punzocortantes (agujas, navajas, etc.); por vía perinatal: cuando la madre tiene VIH lo puede transmitir a su bebe, antes durante (por la placenta) o después del parto (al nacer porque puede haber sangrado) o durante la lactancia; por vía sexual: por tener relaciones sexuales con penetración (sexo oral, anal y/o vaginal) sin ninguna protección de barrera (condones), al poner en contacto fluidos corporales y sólo cuando una de las personas involucradas está infectada, (Azkarraga, Pérez y Ortiz, 2007). Respecto a esto último, Santos, Villa, García, León, Quezada y Tapia (2003) aseguran que la epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual.

El VIH se introduce en el organismo y se reproduce sin causar síntomas por mucho tiempo. Es cuando se dice que una persona es seropositiva y asintomática; que tiene el virus en su cuerpo pero aún no ha desarrollado la enfermedad, mejor conocida como el SIDA (Giacomán, Barraza, González, Lamas, Olivares & Taracena, 2008).

Respecto al VIH, Azkarraga, Pérez y Ortiz (2007) afirman, es un tipo de virus que destruye las células del sistema inmunológico que se llaman CD4. Estas células protegen al ser humano: combaten infecciones y enfermedades. Al destruir estas defensas la persona queda más vulnerable frente a enfermedades e infecciones que no son peligrosas para otras personas que tengan un sistema de defensa funcionando normal. Una persona puede vivir con el VIH y no tener síntomas de enfermedad. Durante la primera etapa de la infección por VIH, que puede ser un periodo de más de 15 años, la persona parece sana y no tiene signos o síntomas de enfermedad. Cuando aparecen

enfermedades e infecciones específicas la persona llega a la etapa SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), que es la etapa final de la infección por el VIH: sin embargo en esta etapa sigue siendo difícil ver a simple vista si una persona vive con el VIH o SIDA porque la persona se enferma gravemente de enfermedades e infecciones comunes, como la gripe o tuberculosis.

Aún cuando una persona viva ya con el VIH, es fundamental que se siga protegiendo no sólo para no transmitir el virus a otras personas, sino también para evitar las reinfecciones. Si se vuelve a exponer al virus y éste entra en su cuerpo, aumentará la cantidad de virus y esto acelerará el desarrollo del SIDA (Azkarraga, Pérez y Ortíz, 2007).

Los primeros casos reportados con el VIH, epidemia que en pocos años sería la más fulminante de la historia, apuntaba en sus inicios a una epidemia propia de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Posteriormente el comportamiento de la epidemia provocó la creencia de limitar la enfermedad sólo a homosexuales llevando a algunos autores a denominarlo “peste rosa”. Para Enero de 1983 se describe el primer caso de transmisión heterosexual, lo que indicaba que el nuevo virus no era exclusivo de los homosexuales. Cinco años después era tanta la preocupación sobre la epidemia que la OMS establece que el 1º de diciembre sea el Día mundial del Sida a fin de iniciar una campaña de concientización en la población mundial (Padilla & Bande, 2005).

Un dato que indica que el VIH/SIDA está siendo una de las principales causas de muerte, es el que se menciona en un informe por Censida (2009) donde se asegura que los países más afectados por el virus son Brasil con 730 000 personas, y México, con 200 000. Finalmente el informe explica que en 2007 las infecciones se dieron principalmente en hombres que tiene relaciones sexuales sin protección con hombres, trabajadores sexuales, y en menor medida entre usuarios de drogas inyectables. Esto revela que la principal vía de contagio del VIH es la sexual.

Dos años después, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida (Bastida, 2009), reporta que 29% de los casos de VIH registrados en

2009 fueron identificados en hombres y mujeres de entre 15 y 29 años, edad en la que se encuentran los adolescentes.

En estos dos últimos párrafos se mencionó la importancia de hablar sobre el VIH/Sida, ya que como se dijo, la población adolescente es una de las más afectadas y la principal vía de contagio es la sexual. En definitiva, se considera a los adolescentes como un grupo de riesgo para la adquisición de ITS, incluyendo el VIH/SIDA y/o para tener un embarazo no deseado. Todos estos riesgos pueden ser debido a factores biológicos, psicológicos, de conducta, socioeconómicos, así como a la formación en educación sexual, en la cual puede darse poca o nula información sobre estos riesgos.

De igual manera se ha venido indicando cómo es que los jóvenes caen en los riesgos antes mencionados. A diferencia del primer capítulo, el segundo que a continuación se presenta, nos permitirá conocer las formas en que los adolescentes pueden protegerse de esos riesgos.

## CAPÍTULO 2

### USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

**E**n el capítulo anterior, se puntualizó información acerca de los riesgos a los que están expuestos los adolescentes, principalmente aquellos que tienen que ver con las ITS, VIH/Sida y embarazos no deseados. Ahora bien, en este capítulo se abordarán temas acerca del patrón de conducta sexual y al mismo tiempo se hablará de los diferentes métodos anticonceptivos, así como de la frecuencia y consistencia del uso de éstos.

Como se mencionó en el capítulo “Los problemas de salud sexual”, la adolescencia se caracteriza por ser la etapa en la cual ocurre la primera relación sexual. Este acto sucede según Vargas, Henao y González (2007), porque es en esta etapa cuando comienza a surgir la curiosidad, la atracción, el deseo de experimentar y de querer saber lo que se siente al tener relaciones sexuales, además dicen estos autores que los adolescentes consideran que iniciar su vida sexual es un evento importante en sus vidas ya que es una transición de la niñez a la adultez.

La adolescencia está considerada entre los 11 y 19 años de edad, durante este periodo puede darse el debut sexual. Autores como Colín y Villagómez (2010) declaran que los adolescentes tienen su primera relación sexual en los primeros años de la etapa adolescente. Un autor que apoya esta afirmación es Santos *et al.*, (2003), quien asegura que la edad promedio de la iniciación de la vida sexual en hombres y mujeres es de 15.4 años; además este mismo autor aporta un dato más, que la edad del debut sexual varía según el área en la que los adolescentes viven, para el área rural la edad del debut sexual es de 13.8 y para el área urbana 16.7.

Otros autores que apoyan lo dicho por Santos *et al.* (2003) son Meave y Gómez (2008), quienes realizaron un estudio en donde uno de sus objetivos era conocer el patrón de conducta sexual de 478 adolescentes, se encontró que la edad del debut sexual en mujeres fue de 16 y en hombres de 14.3.

Por otro lado es importante mencionar a aquellos adolescentes que inician sus relaciones sexuales a edades más tardías, según Meave y Gómez (2008) estos adolescentes dicen que prefieren dedicarse a sus estudios, no quieren defraudar a sus padres y en algunas ocasiones reportan que sus parejas no quieren llevar a cabo este acto.

Continuando con el debut sexual en la adolescencia, otro dato a conocer es el uso de algún método anticonceptivo al comenzar con su vida sexual, Aburto (2005) por ejemplo, resalta el bajo nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres adolescentes, principalmente en aquellas que tienen un nivel socioeconómico bajo, también dice que de cada 100 mujeres activas sexualmente entre los 15 y los 19 años de edad, sólo 17 utilizan un método de regulación de la fecundidad o de barrera.

Asimismo, Piña (2007) desarrolló un estudio transversal con el propósito de identificar los predictores psicológicos del uso del preservativo en una muestra de 381 mujeres en edad reproductiva de la ciudad de Tunja Colombia. Lo que se hizo fue administrar un instrumento que evaluó conocimientos, motivos, situaciones sociales y estados biológicos relacionados con el uso del condón en la primera relación sexual y durante la vida sexual activa. Se encontró que pese a la información que tienen las mujeres sobre el condón, que son más del 80% de las que tiene estos conocimientos, sólo el 15% utiliza con consistencia el preservativo en cada una de sus relaciones sexuales, asimismo se encontró que el 65% no utiliza condón en su primera relación sexual y en el transcurso de su vida sexual activa no utilizan el preservativo ni de manera consistente ni de manera efectiva.

En otros estudios (Fortenberry, Tu, Harezlak & Orr, 2002; Gebhardt, Kuyper & Greunsvan, 2003) se ha encontrado que las personas que tienen relaciones sexuales con pareja casual es más probable que usen el condón en sus relaciones sexuales, pero conforme la van percibiendo menos casual baja la frecuencia del uso del condón.

Finalmente, y de acuerdo a la información mencionada en párrafos anteriores, Meave y Gómez (2008), indican que el uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado hasta en un 22% especialmente entre HSH (hombres que tienen sexo con hombres) y trabajadoras del sexo comercial, dato que no aplica para los adolescentes.

La importancia de usar algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, principalmente el utilizar condones, según Gallegos, Villarruel, Loveland, Ronis y Zhou (2008), es porque en la actualidad no existen vacunas efectivas contra las ITS, incluyendo el Sida, y la forma efectiva para evitar el riesgo de infecciones es el uso del condón. De acuerdo con estos autores, el uso correcto y constante del condón, además de evitar un embarazo no deseado, protege entre 90 a 95% de la transmisión de ITS incluyendo el VIH/Sida.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia, Moreno, Rivera, Robles, Barroso, Frías y Rodríguez, (2008) afirman que si se recibe información clara y precisa sobre los diferentes métodos de protección y antes de la primera relación sexual, en la pre-adolescencia, habrá un aumento en el uso, consistencia y frecuencia de estos métodos, además aseguran también estos autores que esta indicación no promueve el inicio más temprano de las relaciones sexuales.

Por ello se considera importante describir los métodos anticonceptivos que son efectivos para protegerse de los riesgos antes expuestos (embarazos no deseados, ITS y VIH/Sida).

Existen diferentes formas de protegerse de los problemas sexuales y que no se consideran métodos anticonceptivos pero que son formas muy efectivas si se practican. La primera es la abstinencia, no tener relaciones sexuales o, en el mejor de los casos, retardar o postergar el encuentro sexual con la pareja; la segunda es practicar sexo seguro, se trata de cualquier práctica en la que no hay contacto con los fluidos corporales, por ejemplo, besos caricias y masturbación; otra forma es reducir el número de parejas

sexuales; también promover la fidelidad mutua, llegar a un acuerdo con la pareja para que dentro de la relación haya fidelidad y así evitar exponerse a algún riesgo sexual; y, finalmente, el sexo protegido, usar algún método anticonceptivo para evitar los embarazos no deseados, y en el caso de querer evitar el contagio de alguna ITS o del VIH, utilizar un método de barrera, como el condón masculino y/o femenino, además de usarlos de manera correcta y consistente (Azkarraga, Pérez & Ortiz, 2007).

Continuando con las formas de protección y de acuerdo al sexo protegido, los siguientes son algunos métodos considerados efectivos, según Azkarraga, Pérez y Ortiz, (2007), para la protección de la salud sexual de los adolescentes.

### **Condón masculino** (preservativo)

Es una funda de hule muy delgado (látex) que se usa para cubrir el pene en las relaciones sexuales e impide el contacto y/o entrada del semen a la vagina, la boca o el ano cuando se eyacula. Tiene una efectividad de entre 90 y 98%.

Ventajas: es seguro si se usa correctamente, es el único método anticonceptivo que protege contra muchas Infecciones de Transmisión sexual (ITS) incluido el VIH/Sida, es de bajo costo, accesible y lo venden en muchos lados, no requiere receta médica, se puede guardar y llevar discretamente.

Desventajas: el hombre o la mujer pueden experimentar alergia o irritación debido al látex (sin embargo hay condones de material de poliuretano), también algunos hombres pueden ver disminuida su sensibilidad durante la penetración. Si los condones son viejos o no se usan correctamente se pueden romper.

## **Condón femenino**

Es una bolsita que combina las características de un condón femenino y un diafragma, está hecho de plástico fino (poliuretano) más resistente y liviano que el látex. Su efectividad es de entre 90 y 95%.

Ventajas: la mujer puede controlar este método ya que se puede colocar hasta ocho horas antes de tener el contacto sexual, es de fácil inserción y desecho.

Desventajas: Es un poco más caro que el condón masculino, no es tan accesible como el condón masculino.

## **Espermicidas**

Son sustancias que se aplican en el fondo de la vagina antes del coito. Estas sustancias inmovilizan a los espermatozoides, evitando la fecundación. Los espermicidas tienen diferentes presentaciones: jaleas, espumas, cremas, óvulos o tabletas vaginales. Efectividad de 85%.

Ventajas: Pueden combinarse con otros métodos para aumentar su efectividad, se aplican tiempo antes del contacto sexual.

## **Anticonceptivos orales**

Pastillas hechas a base de hormonas sintéticas, su función es modificar la composición hormonal del organismo evitando que ocurra la ovulación: También cambia la composición del moco cervical, haciendo difícil el movimiento de los espermatozoides y la implantación de un posible óvulo fecundado. Tiene una efectividad de 99%. Este método sólo protege de los embarazos no deseados.

Como se mencionó al inicio de este capítulo, el principal tema a abordar es el patrón de conducta sexual, ya se hizo mención del debut sexual y de la protección en el inicio de las relaciones sexuales, ahora se hablará del lugar de

la primera relación sexual, tipo de pareja, así como del número de parejas sexuales.

### **Lugar y tipo de pareja de la primera relación sexual**

Una investigación que reporta el tipo de pareja de la primera relación sexual, es la realizada por, Ibáñez (1998, en Fleiz, 2000) en la cual se señala que las mujeres tienen su primera relación sexual con sus novios, y en el caso de los hombres existe una gran variación en el tipo de relación que tienen con su pareja inicial.

En una investigación realizada por Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, González, Rodríguez y Hernández (2006), se evaluó los efectos de un entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón en una muestra de 50 estudiantes universitarios sexualmente activos. Se encontró que los adolescentes no planean su primera relación sexual, en cuanto al lugar del debut sexual, la mayoría reportó que fue en la casa de alguno de los dos, y en lo que refiere al número de parejas sexuales en toda su vida, los resultados indicaron que fue de 5.80 en los hombres y de 1.89 en mujeres.

En la encuesta Nacional de Juventud, (citada en Bastida, 2009) realizada con objetivos estadísticos, y principalmente para conocer acerca de la sexualidad de los adolescentes, y en la cual participaron 12 mil 815 hombres y mujeres de entre 12 y 29 años de edad, se obtuvieron los siguientes datos, 25.8% de aquellos hombres y mujeres que tenían entre 15 y 19 años tuvieron su primera relación sexual a los 16, y solo una minoría la tuvo a los 17. Acerca de los métodos anticonceptivos el 92.5 % de toda la población reportó que conoce algún método anticonceptivo, sin embargo sólo el 63.6% utiliza un método de protección. Al cuestionarlos sobre la persona con al que tuvieron su primera relación sexual un 3.2% de los hombres contestó que fue con una persona desconocida mientras que un 2.3% lo hizo con un familiar. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos en su debut sexual, el más utilizado fue el condón (87%) en aquellos que si se protegieron.

La información que se ha venido mostrando en este capítulo, nos aportó datos de gran relevancia en cuanto al patrón de conducta sexual de los adolescentes, resumiéndose a que el inicio de las relaciones sexuales se da en esta etapa, en muchas ocasiones no es planeada y el tipo de pareja es el novio en el caso de las mujeres y en el caso de los hombres puede ser la novia, amiga o incluso una desconocida. En cuanto al uso de algún método anticonceptivo en el debut sexual, los adolescentes reportan que no usan algún método de barrera para protección de los problemas de salud sexual. También se mencionó que uno de los factores por el cual los adolescentes no se cuidan en su primera relación sexual, es porque no están bien informados sobre los diferentes métodos anticonceptivos e incluso de los riesgos que pueden tener al tener relaciones sexuales sin protección. Otros factores que favorecen el uso de métodos anticonceptivos, según Robles *et al.* (2006), son: negociar el uso del condón, creencias y actitudes hacia estos, disponibilidad de métodos anticonceptivos, así como la habilidad para comunicarse asertivamente con los padres y con la pareja sexual.

Aunque han sido varios los factores a los que se les atribuye la falta de protección en los adolescentes al exponerse a una conducta sexual de riesgo, este último factor (comunicación sexual con la pareja) ha sido uno de los factores al que más se le asocia con una conducta sexual protegida. Es por esta razón que en el siguiente capítulo se argumentará sobre este tema además se mencionará a autores que concuerdan con esta afirmación.

## CAPÍTULO 3

### COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA

La comunicación sexual con la pareja ha sido uno de los factores al que más atención han puesto los profesionales que se dedican a investigar la sexualidad en adolescentes ya que aseguran, cuando los adolescentes se comunican con sus parejas, tienen una conducta sexual protegida o bien los riesgos de tener un embarazo no deseado o contraer una ITS o el VIH disminuyen ya que se ha encontrado que el comunicarse sobre temas sexuales con la pareja, aumenta el uso del condón en las diferentes prácticas sexuales.

Acerca de lo anterior, Robles *et al.* (2006) encontraron en estudiantes universitarios que aprender a comunicarse con sus parejas sobre temas sexuales facilita el aprendizaje de la habilidad para negociar el uso de protección.

Otros autores como Jaccard, Dittus y Gordon, (2000, citado en Jiménez *et al.*, 2007) han estudiado la comunicación entre padres e hijos adolescentes acerca del uso de métodos anticonceptivos, y encontraron que los jóvenes que platican más con sus padres presentan mayor comunicación con la pareja, retrasan el inicio de su vida sexual y tienen conductas sexuales protegidas.

Otra investigación que concuerda con lo antes expuesto acerca de la comunicación sexual con la pareja, es la realizada por Pérez y Pick (2006) que tuvo por objetivo identificar predictores de la conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. Los participantes fueron estudiantes de bachillerato, con edades de entre 14 y 20 años (52 mujeres y 113 hombres). Se aplicaron instrumentos sobre conocimientos y creencias acerca de la sexualidad, habilidades para la toma de decisiones, comunicación asertiva y conducta sexual protegida. Los resultados corroboran que la comunicación asertiva con la pareja, es el mejor predictor para que los adolescentes tengan una conducta sexual protegida.

A su vez, Jiménez, Andrade, Betancourt y Palacios (2007), llevaron a cabo un estudio, el cual tuvo por objetivo determinar la influencia de las habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgo. Participaron 122 mujeres y 251 hombres, de nivel bachillerato. La conducta sexual de riesgo se evaluó con base en la frecuencia del uso del preservativo en el sexo oral, vaginal y anal; las habilidades de comunicación sexual se evaluaron con diez viñetas situacionales. Los resultados mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, es decir son las mujeres quienes más se comunican con sus parejas sobre temas sexuales, además se encontró que la falta de habilidades de comunicación sexual influye en la conducta sexual de riesgo en ambos géneros.

Aunado a lo anterior Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno y Robles (2005) realizaron un estudio con adolescentes de secundaria y preparatoria, sus objetivos fueron conocer las temáticas más frecuentes que ellos abordan con sus padres y pareja, así como la frecuencia con que se abordan dichos temas, y evaluar si conversar sobre temas sexuales con los padres y la pareja se asocia con la intención de tener relaciones sexuales y la intención de usar el condón. Participaron 120 hombres y 120 mujeres, la edad promedio fue 15.19. El instrumento incluyó ítems relacionados con variables sociodemográficas, diversidad de temas que abordan los adolescentes con padres y pareja, frecuencia con la que se habla de esos temas, intención de tener relaciones sexuales en los próximos 6 meses y la intención de usar condón. Los resultados acerca de la comunicación sexual con la pareja, indican que los adolescentes sexualmente activos, obtuvieron puntajes elevados en la opción muy frecuentemente y ocasionalmente, además el tema con el que más se comunican es sobre el condón, asimismo la comunicación sobre temas sexuales con la pareja, se correlacionó positivamente con la intención de tener relaciones sexuales, pero también con la intención de usar condón en su próxima relación sexual.

Como se observa, los resultados de estos estudios consideran como un elemento importante a la comunicación sexual con la pareja, para que los

adolescentes retarden su debut sexual, tengan una conducta sexual protegida y finalmente para el diseño de programas preventivos.

Los estudios antes mencionados, fueron mostrando de manera clara como es que la comunicación juega un papel importante en la conducta sexual protegida, pues como afirman los autores ya citados, los adolescentes que se comunican con sus parejas sobre temas sexuales, son los que tienen una conducta protegida en sus relaciones sexuales, de ahí la importancia de observar si existe relación entre una conducta sexual protegida y la comunicación sexual con la pareja así como medir la comunicación sexual entre los adolescentes y sus parejas. Esto último, ha dado pie para que muchos investigadores recurran a la opción de crear instrumentos que midan lo que pretenden investigar, sin embargo, para que los resultados de una investigación sean aceptados, deben haber sido medidos por instrumentos que hayan sido validados y al mismo tiempo que sean confiables (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Cuando se pretende estudiar ciertos fenómenos, pueden surgir dificultades cuando estos no son tangibles, en la Psicología esto es común ya que en el ser humano pueden existir definiciones complejas que son difíciles de medir, como es la depresión, ansiedad, calidad de vida, o como en este caso, la comunicación, etc. Es así como los estudiosos dedicados a esta ciencia, con la intención de hacer posible la investigación de estos fenómenos, usan indicadores observables como por ejemplo las respuestas de una persona a las preguntas de un cuestionario. (Malo, 2008).

Por su parte García, Rodríguez y Carmona (2009) definen los cuestionarios como escalas de evaluación que permiten un escalamiento acumulativo de sus ítems y que dan puntuaciones globales al final de la evaluación. A su vez estos autores afirman que los cuestionarios están diseñados para medir parámetros que en muchas ocasiones son conceptos teóricos o abstractos que se denominan también constructos.

Ahora bien un instrumento debe ser válido para poder medir un constructo, debe tener confiabilidad y validez. Confiabilidad, es el grado con que un instrumento mide con precisión, sin error, es cuando decimos que un instrumento es confiable, quiere decir que es preciso, que proporciona mediciones libres de error. La confiabilidad de un instrumento se valora mediante la consistencia interna esta se refiere a que los ítems que integran el instrumento, y que miden un mismo atributo presentan homogeneidad entre ellos y se mide por medio del Alfa de Cronbach. Cuando hablamos de la Validación de un instrumento, se refiere a su capacidad para medir aquello para lo que está diseñado y se lleva a cabo por medio de un análisis factorial (Merino & Lautenschlager, 2003).

Acerca de contar con instrumentos confiables y validados, han sido varias ya las investigaciones que se han enfocado a dedicar tiempo a esta situación, una de ellas es la de Hidalgo-San Martín, Caballero-Hoyos, Celis de la Rosa y Rasmussen-Cruz (2003) quienes tenían como objetivo validar un cuestionario de comportamientos sexual, sociales y corporales para adolescentes y el cual constó de 26 preguntas, se sometió a un análisis factorial y se midió su confiabilidad por medio de Alfa de Cronbach. Los resultados obtenidos en el Alfa de Cronbach en 13 factores fueron de 0.87 y en 16 de 0.71 lo que indica que el cuestionario tiene una validez de constructo y confiabilidad interna aceptables.

Acercándonos más a los instrumentos que ya han sido validados y que miden la comunicación sexual en adolescentes, nos encontramos a McDermott, Milhausen, Wingood, DiClemente, Salazar y Crosby, (2006) quienes evaluaron las propiedades psicométricas de una escala para medir la frecuencia de la comunicación sexual entre padres e hijos. Las variables fueron frecuencia de comunicación sexual, uso del condón y percepción del conocimiento de padres; el cuestionario fue aplicado a 522 mujeres afro americanas sexualmente activas, entre los 14 y 18 años de edad, el instrumento está dividido en cuatro temas relacionados con la comunicación sexual (uso del condón, frecuencia del sexo vaginal, frecuencia al discutir y platicar con padres sobre temas sexuales) con una escala tipo Likert de 4 puntos: nunca, raramente, a veces, a menudo,

entre mayor puntuación mayor comunicación entre padres y adolescentes. Los cinco temas se correlacionaron entre sí, el instrumento se correlacionó significativamente con las medidas, la frecuencia de la comunicación sexual con padres se asoció positivamente con la frecuencia de la comunicación sexual con la pareja. Asimismo, se correlacionaron positivamente el uso de preservativos durante los últimos 30 días y el uso del condón durante los últimos 6 meses. Se correlacionó positivamente el uso del condón durante el intervalo entre 6 y 12 meses de seguimiento.

En la actualidad, un estudio muy reciente por Robles y Díaz-Loving (2011) tuvo por objetivos por una parte presentar el procedimiento detallado y los resultados de la validación de un instrumento diseñado para evaluar las temáticas relacionadas con la sexualidad más frecuentemente abordadas por los adolescentes con sus padres y pareja, y por la otra mostrar la posible relación entre la comunicación que mantienen los adolescentes con sus padres y parejas con la conducta sexual protegida. Los participantes fueron 973 estudiantes de secundaria y bachillerato con una edad de entre 11 y 25 años. Los resultados acerca de la comunicación sexual con la pareja indican que los jóvenes de preparatoria se comunican con más frecuencia con su pareja, que los estudiantes de secundaria. De igual manera los adolescentes que ya habían tenido relaciones sexuales son los que se comunican más con sus parejas. Un dato más que se encontró es que aquellos estudiantes que se comunican con su pareja sobre temas sexuales son los que menos usan el condón y aquellos que se comunican sobre el condón masculino y femenino son los que más usan estos tipos de protección en sus relaciones sexuales. En el caso de los hombres se encontró que aquellos que se comunican sobre temas sexuales con su pareja, no usan condón y cuando se comunican sobre el condón lo usan de manera frecuente. Respecto a las mujeres, aquellos que usan condón son las que menos hablan con su pareja sobre el condón femenino. Los datos encontrados una vez validadas las escalas que utilizaron estos autores indican que estas son consistentes internamente y que los reactivos que conforman cada escala miden lo mismo.

A manera de síntesis, los estudios antes mencionados indican que la comunicación sexual con la pareja se relaciona con tener conductas sexuales preventivas, es decir si los adolescentes se comunican con sus parejas sobre diversos temas sexuales, tendrán conductas como ser consistentes en el uso del condón, retardar el debut sexual en aquellos que no han iniciado sus relaciones sexuales etc., Esto indica que es importante evaluar la comunicación sexual entre adolescentes y sus parejas, y cuales son los temas que más abordan y que se relacionan con una conducta sexual protegida. Aunado a esto al momento de evaluar es importante contar con un instrumento que esté validado, que mida lo que tiene que medir y tenga una consistencia interna.

Después de haber mencionado los riesgos a los que se exponen los adolescentes, las formas de protegerse, el patrón de conducta sexual y la importancia de la comunicación sexual con la pareja en relación con una conducta sexual protegida, daremos inicio al reporte de investigación, en el cual se describirá el método, procedimiento y resultados del presente trabajo.

## CAPÍTULO 4

### REPORTE DE INVESTIGACIÓN

#### 4.1 Planteamiento del Problema

Quienes se encuentran en la etapa de la adolescencia, se enfrentan a muchos riesgos ya que es en esta etapa en la que el ser humano empieza a experimentar cambios a nivel físico, biológico y psicológico, además es en este periodo en el que comienza la actividad sexual, lo que origina que los adolescentes se expongan a los riesgos de tipo sexual como son los embarazos no deseados, a contraer una ITS y peor aún a infectarse del VIH/Sida. Estos últimos riesgos que tiene que ver con la sexualidad del adolescente son lo que en México tienen mayor demanda en el sector salud. (Gamba, 2009). En lo que refiere al tema de los embarazos no deseados durante la adolescencia, y de los cuales los adolescentes no temen a que esto les suceda, sin embargo el tener un embarazo no planeado en esta etapa es considerado un problema por diversas razones, una de ellas es la que menciona Leyva, Berroa, Negret y Garcia, 2002 acerca de que el embarazo temprano tiene efectos adversos sobre la salud de la madre y el niño. En cuanto a las Infecciones de Transmisión Sexual, que son definidas por Canadian Guidelines (2007, citado en Arias, *et al.*, 2008) como un grupo de padecimientos que se adquiere y transmite por tener relaciones sexuales sin haber utilizado algún método de barrera (condones) y que pueden ser provocadas por virus, bacterias, hongos y protozoario (Robles & Díaz-Loving, 2011), según el IMSS en 2006 las infecciones de transmisión sexual fueron causa de 5,428 consultas en medicina familiar (0.010% del total de ese servicio), 361 (0.003%) en urgencias y 1,193 (0.009%) en la consulta de especialidad (Arias *et al.*, 2008). Dentro de las ITS se encuentra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, causante del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y del cual según García, Santamaria y Alegría (2009) alrededor del 40% de las nuevas infecciones por el VIH, a nivel mundial, se dan en jóvenes mayores de 15 años. Lo más alarmante es lo que aseguran Santos, Villa,

García, León, Quezada y Tapia (2003) acerca de que la epidemia del SIDA en México incluyendo a los jóvenes, es predominantemente sexual.

El asegurar que los adolescentes se exponen a los riesgos antes mencionados, surge por el conocimiento que se tiene acerca del patrón de conducta sexual de los adolescentes, ya que por ejemplo, la edad del debut sexual en hombres y mujeres es de 15.4 años, y que a pesar de las mujeres tienen conocimientos sobre el condón, son muy pocas las que lo utilizan en sus relaciones sexuales, asimismo, en el transcurso de su vida sexual activa no utilizan el preservativo ni de manera consistente ni de manera efectiva (Piña, 2007). Además se ha encontrado que las personas que tienen relaciones sexuales con pareja casual es más probable que usen el condón en sus relaciones sexuales, pero conforme la van percibiendo menos casual baja la frecuencia del uso del condón (Fortenberry, Tu, Harezlak & Orr, 2002; Gebhardt, Kuyper & Greunsvan, 2003). Asimismo Meave y Gómez (2008), indican que el uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado hasta en un 22% especialmente entre HSH (hombres que tienen sexo con hombres) y trabajadoras del sexo comercial, dato que no aplica para los adolescentes.

Otros factores que favorecen el uso de métodos anticonceptivos, incluyendo el condón, según Robles *et al.* (2006), son: negociar el uso del condón, creencias y actitudes hacia estos, disponibilidad de métodos anticonceptivos, así como la habilidad para comunicarse asertivamente con los padres y con la pareja sexual.

Como se observa en el párrafo anterior, son varios los factores a los que se les atribuye la falta de protección en los adolescentes al exponer a una conducta sexual de riesgo, pero el factor de la comunicación sexual con la pareja, ha sido uno de los factores al que más se le asocia con una conducta sexual protegida. Autores como Pérez y Pick (2006) aseguran que la comunicación asertiva con la pareja, es el mejor predictor para que los adolescentes tengan una conducta sexual protegida.

Es esta la razón por la que es necesario evaluar la relación entre la comunicación sexual con la pareja y el patrón de conducta sexual así como observar si se relaciona con una conducta sexual protegida, sin dejar a un lado la importancia de contar con instrumentos que estén validados, ya que en México son pocos los autores que han medido la comunicación sexual con padres y menos aún con la pareja. Además de que en este país son una minoría quienes se dedican a validar los instrumentos que utilizan para medir los fenómenos que quieren estudiar.

#### **4.2 Objetivos específicos:**

Por lo anterior, en el presente trabajo se propuso como objetivo general, por un lado, validar una escala de comunicación sexual con la pareja dirigida a estudiantes universitarios de primer ingreso, determinando sus propiedades psicométricas, y por el otro, conocer la relación entre la comunicación sexual con la pareja y el patrón de conducta sexual de riesgo.

- Validar una escala de comunicación sexual con la pareja a través de un análisis factorial de componentes principales, determinando, además, su consistencia interna.
- Obtener información sobre la frecuencia con la que los estudiantes se comunican con sus parejas sexuales sobre diversos temas de sexualidad.
- Conocer el patrón de conducta sexual (edad del debut sexual, parejas sexuales en toda la vida, uso del preservativo en la primera y última relación sexual y tipo de pareja sexual con la que se usa el condón) de aquellos estudiantes que ya tienen una vida sexual activa.
- Determinar la relación entre la comunicación con la pareja y el patrón de conducta sexual.
- Conocer quiénes se comunican más con sus parejas, si las mujeres o los hombres.
- Identificar cuales son los temas sexuales con los que más se comunican los adolescentes y sus parejas.

### 4.3 Hipótesis

- Los adolescentes que más se comunican con sus parejas, se protegen con algún método anticonceptivo.
- Los adolescentes que más se comunican con sus parejas, utilizan con mayor frecuencia el uso del preservativo masculino.
- Las mujeres se comunican más que los hombres sobre temas de sexualidad con sus parejas.
- Los adolescentes que se comunican con sus parejas utilizan de manera consistente el condón.
- Los adolescentes que se comunican con sus parejas, retardan el inicio de su debut sexual.

## 4.4 MÉTODO

### 4.4.1 Participantes

Selección de la muestra: Se consideró como población universo el total de grupos de estudiantes de primer ingreso que estaban inscritos en las 6 licenciaturas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala al momento de iniciar este proyecto de investigación. En el momento de realizar el estudio, estaban constituidos 54 grupos de primer semestre en las 6 carreras. Todos los grupos fueron considerados para aplicar los instrumentos de evaluación definidos para este estudio. Se estableció un convenio con las jefaturas de cada carrera en donde se definieron los compromisos que durante tres años podrán asumirse por parte de ellas y de los responsables de este proyecto de investigación.

La tabla 1 muestra los resultados sociodemográficos del estudio, donde se indica que del total de la muestra el 32.5% fueron hombres y el 67.5% mujeres, la edad media fue de 18.68 años, asimismo el 46.1% dijo tener pareja, la mayoría reportó ser solteros (96.5%) y sólo el .8% era casado; finalmente el 71.3% de los estudiantes reportaron vivir con ambos padres, seguido de un 18.9% que dijeron vivir sólo con su mamá.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra**

Características		n	%
Sexo	Hombres	539	32.5
	Mujeres	1119	67.5
Estado civil	Soltero	1556	96.5
	Casado	13	.8
	Unión libre	21	1.3
	Otro	22	1.4
Viven con	Solos	26	1.6
	Papá	39	2.4
	Mamá	313	18.9
	Con ambos	1178	71.3
	Con tu pareja	23	1.4
	Otro	73	4.4
Con pareja	Si	768	46.1
	No	898	53.9
Edad	M=	18.68	

#### 4.4.2 Tipo de Estudio

De acuerdo con Méndez, Namihira, Moreno y Sosa (2001), el presente trabajo es de corte transversal, comparativo, prospectivo y observacional.

#### 4.4.3 Variables e instrumentos

Se utilizó la Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual (Moreno *et al.*, 2010), se obtuvo información sobre las siguientes variables:

*Variables demográficas:* Total de participantes, edad, sexo, con quién viven (solos, con su familia, con su pareja), estado civil (soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre, otro), nivel de ingresos familiares (en salarios mínimos), número de familiares que viven en la misma casa; escuela de procedencia (pública o privada), años cursados en bachillerato o preparatoria, promedio final obtenido y número de asignaturas no aprobadas.

*Patrón de conducta sexual:* Se obtuvo información sobre el debut sexual (si ya tuvieron su primera relación sexual: si o no), edad de la primera relación sexual, planeación de la primera relación sexual (sí o no se planeó) y lugar de la primera relación sexual (su casa, casa de un amigo, casa del(a) novio(a), hotel, otro).

*Comunicación sexual con la pareja.* Se utilizó una escala de comunicación sexual con la pareja conformada por 30 reactivos que evalúan la frecuencia con la que los participantes se comunican sobre distintos temas de sexualidad con su pareja actual. Las opciones de respuesta están en una escala tipo Likert con valores de 1 (nunca) a 5 (una gran cantidad de veces).

#### 4.4.4 Procedimiento

Previa autorización de las jefaturas de carrera, se procedió con la programación de las visitas a cada grupo de estudiantes de primer ingreso. Se acudió al salón de clase de cada uno y se les dio una breve explicación sobre

la importancia de su colaboración en este estudio. Se enfatizó que su participación era voluntaria, anónima y confidencial. Los instrumentos de evaluación se aplicaron grupalmente y se respondieron de manera individual.

## 4.5 RESULTADOS

### Patrón de conducta sexual

En lo que refiere al patrón de conducta sexual, el 56.4% de los estudiantes dijo haber tenido relaciones sexuales, en cuanto al uso del condón en la primera relación sexual sólo el 73.1 % contestó afirmativamente, y en la última relación sexual 68.1% usó condón, la edad promedio de la primera relación sexual fue de 16.45 años, la media del número de parejas sexuales fue  $M=3.07$ , en el reactivo de usar condón cuando se tiene sexo y se está enamorado 87.8% dijo que si, y al conocer por primera vez a una persona y tener sexo el 53.7 % dijo usar condón (Tabla 2).

**Tabla 2. Patrón de conducta sexual**

<b>Características</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Sexualmente activos	Si	939	56.4
	No	726	43.6
Uso del condón en la primera relación sexual	Si	686	73.1
	No	252	26.9
Uso del condón en la última relación sexual	Si	639	68.1
	No	300	31.9
Cuando estás enamorado y tienes sexo, usas condón	Si	799	87.8
	No	111	12.2
Cuando acabas de conocer a una nueva pareja y tienes sexo, usas condón	Si	492	53.7
	No	22	2.4
	No me ha pasado	402	43.9
		<b>Media</b>	
Número de parejas sexuales en toda la vida		3.07	
Edad de la primera relación sexual		16.45	

Continuando con las características del patrón de conducta sexual, se encontraron diferencias significativas ( $X^2=65.08$ ,  $p<.05$ ) ante la pregunta de

tener relaciones con penetración en la carrera de Psicología, Optometría, enfermería y Odontología más del 60% de los adolescentes de cada una de estas carreras contestó afirmativamente en comparación con Medicina que sólo el 41.0% dijo haber tenido relaciones sexuales con penetración y Biología con un 53.7 % (Figura 1).

En la figura 2 se puede observar que en las carreras de Psicología, Medicina, Enfermería, Optometría y Odontología más del 50% de los adolescentes que integran cada una de estas carreras dijo haber planeado su primera relación sexual, a diferencia de la carrera de Biología donde más del 50% de los estudiantes dijo que no planeó su primera relación sexual.

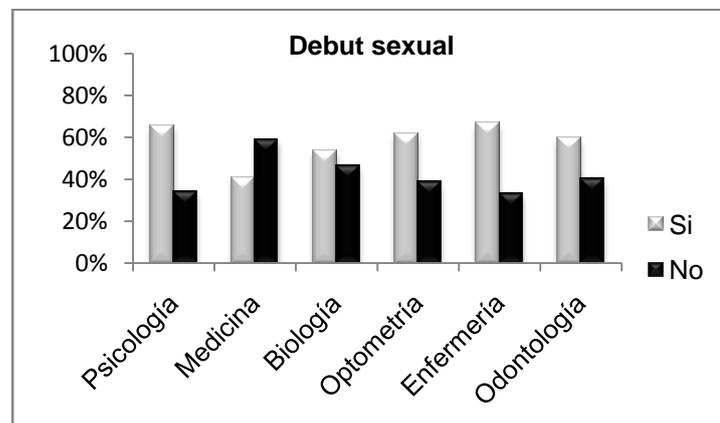


Figura 1. Porcentaje de cada una de las carreras ante la pregunta de tener relaciones sexuales con penetración.

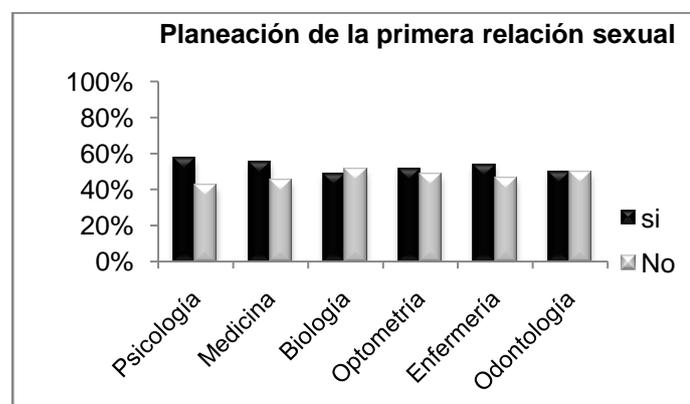


Figura 2. Porcentaje de cada una de las carreras al cuestionarlos sobre la planeación de la primera relación sexual.

En lo que refiere a la pareja de la primera relación sexual, en todas las carreras fue mayor el porcentaje que hace referencia a que el novio (más del 70%) es la pareja de la primera relación sexual seguido del amigo con un 10% aproximadamente (Figura 3).

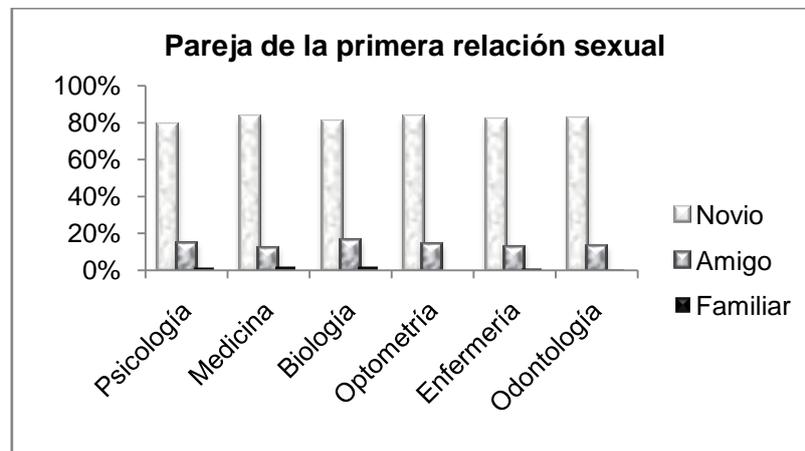


Figura 3. Resultados del tipo de pareja en la primera relación sexual.

Cuando se les cuestionó acerca del lugar en que tuvieron su primera relación sexual, todas las carreras coinciden en que fue en la casa del novio (más del 30%) y ponen como segundo lugar el hotel (entre el 10% y el 15%) (Figura 4).

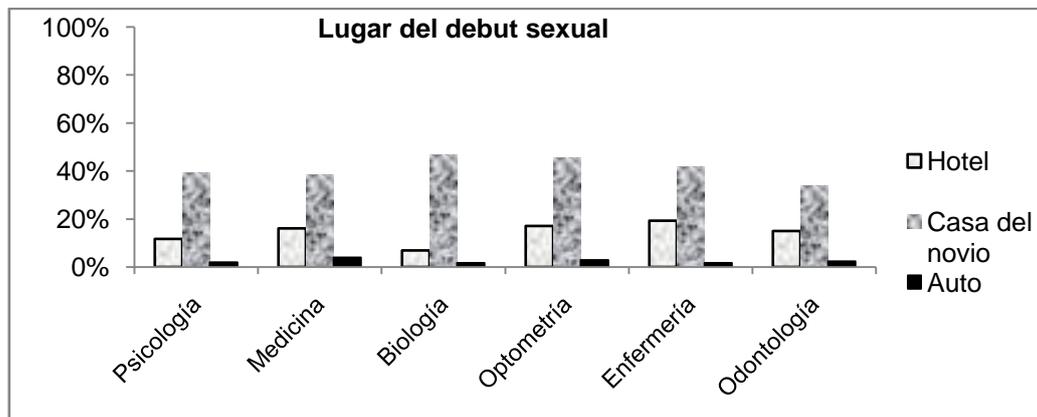


Figura 4. Porcentaje de estudiantes que tuvieron su primera relación sexual en diferentes lugares.

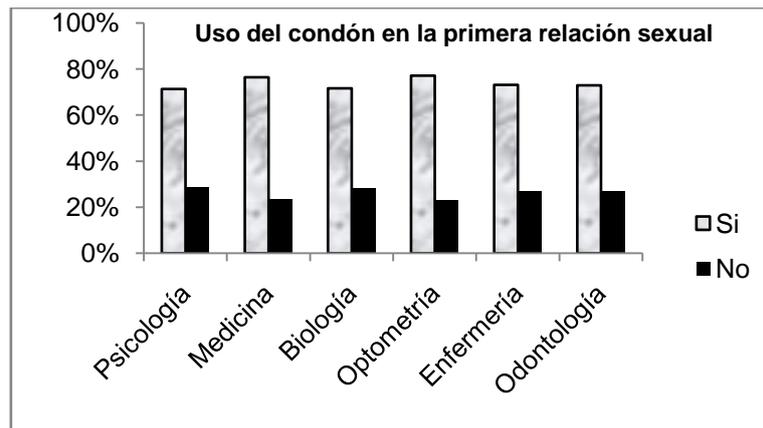


Figura 5. Datos obtenidos ante la pregunta del uso del condón en la primera relación sexual.

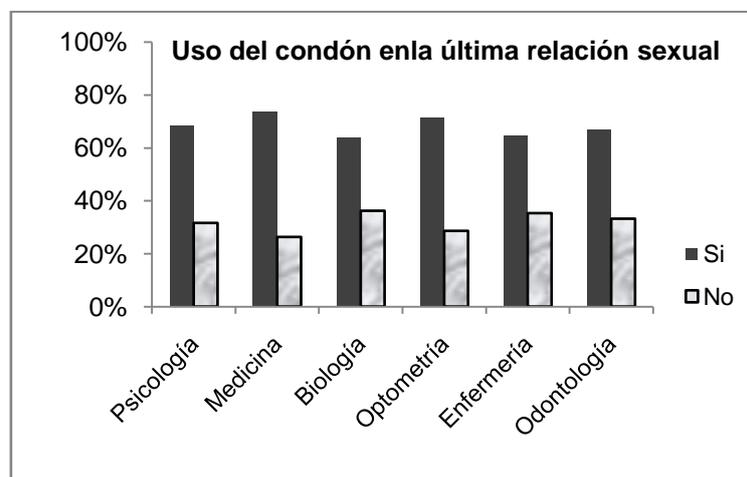


Figura 6. Datos obtenidos ante el cuestionamiento del uso del condón en la última relación sexual.

En cuanto al patrón de conducta sexual en hombres y mujeres, al cuestionarlos sobre tener relaciones sexuales con penetración, más del 60% de los adolescentes hombres respondió afirmativamente y en mujeres el 52.1% dijo haber tenido relaciones sexuales con penetración (Figura 7).

En el reactivo de sí planearon o no su primera relación sexual, se encontró que el 44.4% de los hombres dijo haberla planeado y del total de mujeres en toda la muestra el 59% respondió afirmativamente (Figura 8).

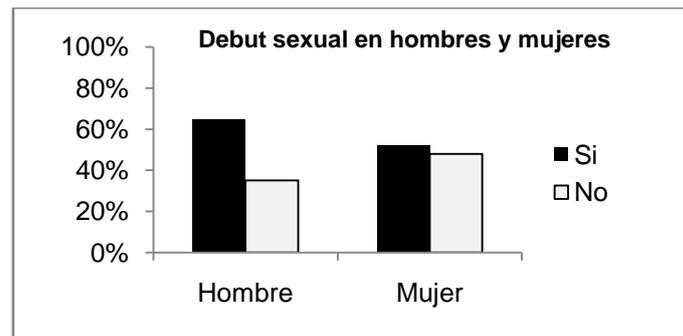


Figura 7. Resultados ante la pregunta de tener relaciones sexuales con penetración, en hombres y mujeres.

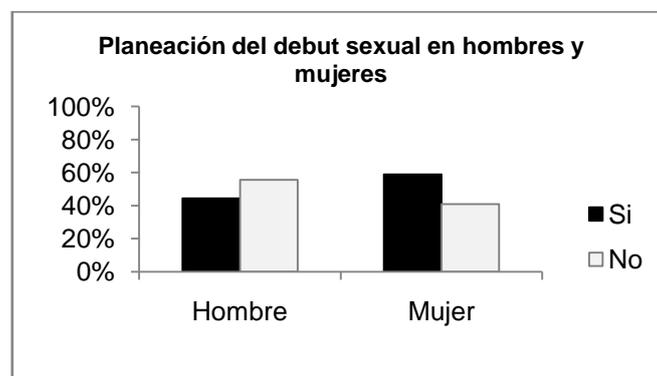


Figura 8. Resultados ante la pregunta de la planeación del debut sexual respecto al género.

En las características de la pareja de la primera relación sexual, los hombres respondieron que su primer pareja fue alguien que era su novia con un 62.2%, sin embargo también tuvieron un alto porcentaje con el amigo (a) 25.5%. A diferencia de las mujeres que en este mismo reactivo, su porcentaje fue alto en relación con el novio como primera pareja sexual, con un 90.1% (Figura, 9).

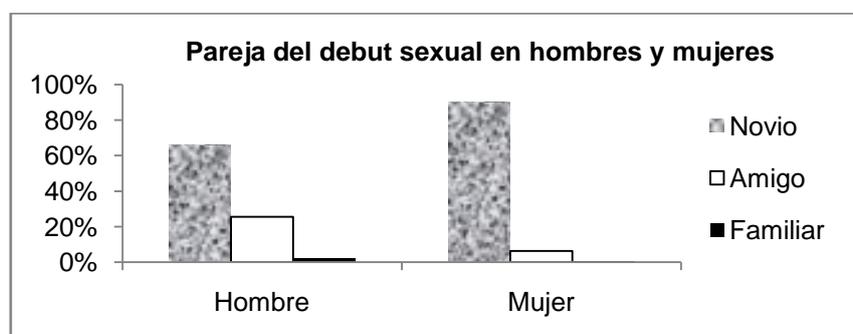


Figura 9. Porcentaje obtenido al cuestionar a los adolescentes en cuanto a la pareja de la primera relación sexual en hombres y mujeres.

Al cuestionar a los hombres sobre el lugar de su primera relación sexual, el 29.7% dijo que fue en su casa, el 26.9% en la casa de su novia y el 20.6 en la casa del amigo (a). En el caso de las mujeres el porcentaje de la casa del novio como el lugar de su primera relación sexual fue alto 46.8%, seguido de su casa y el hotel con más del 15%, encontrando diferencias significativas ( $X^2=80.12$ ,  $p<.05$ ) (figura 10).

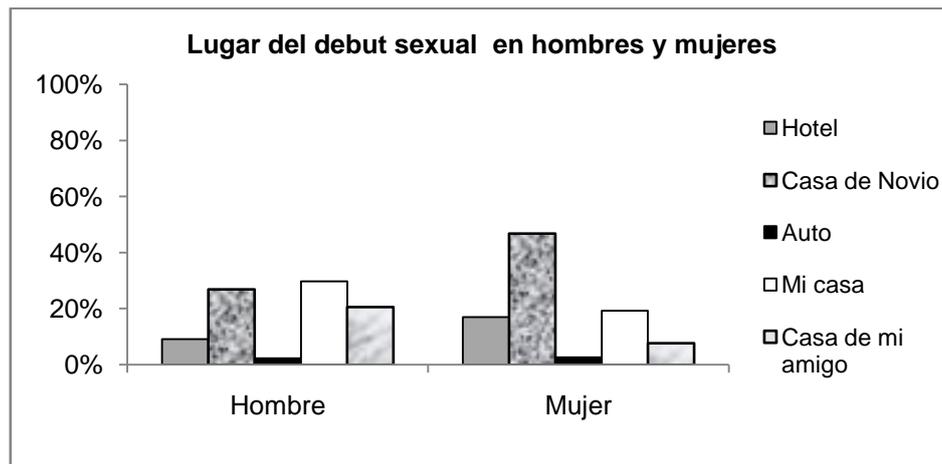


Figura 10. Resultados obtenidos acerca del lugar de la primera relación sexual en hombres y mujeres

En la figura 11 se representa el porcentaje de hombres y mujeres que contestó a la pregunta de usar condón en la primera relación sexual donde en ambos casos más del 60% respondió afirmativamente, en el reactivo del uso del condón en la última relación sexual el 72.3% de los hombres dijo haberlo usado y en mujeres el 65.7% lo usó (Figura 12).

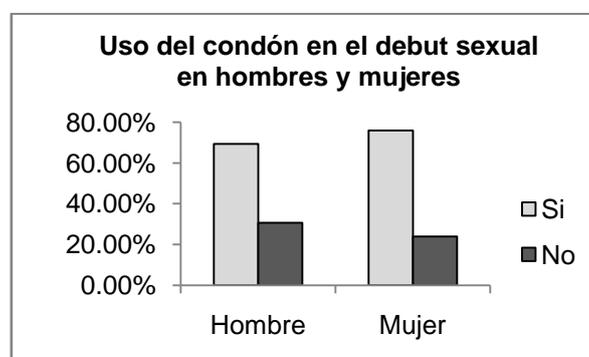


Figura 11. Resultados de la pregunta sobre el uso del condón en la primera relación sexual en hombres y mujeres.

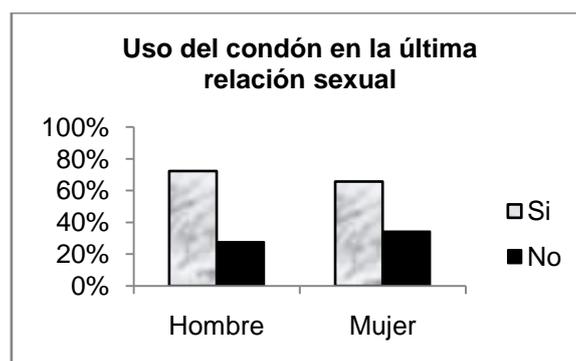


Figura 12. Resultados del reactivo acerca del uso del condón en la última relación sexual en hombres y mujeres.

Al realizar la comparación de medias por sexo y la edad de la primera relación sexual, se encontraron diferencias significativas donde las medias nos indican que los hombres tienen su primera relación sexual a edades más tempranas que las mujeres, en cuanto al número de parejas sexuales en comparación con el sexo, se encontraron diferencias significativas ya que la media indicó que los hombres han tenido más parejas sexuales que las mujeres. Sin embargo es interesante observar que hubo diferencias significativas en la frecuencia de relaciones sexuales donde el valor nos indica que las mujeres tienen mayor número de relaciones sexuales en comparación con los hombres. En el uso del condón con la pareja regular no se encontraron diferencias significativas a diferencia del uso del condón con un amigo en donde los valores demuestran que los hombres se protegen más que las mujeres al tener relaciones sexuales con un amigo (a), (Tabla 3).

**Tabla 3. Comparación de medias por sexo y patrón de conducta sexual (PCS)**

PCS	Hombres	Mujeres	t	gl	p
Edad de la primera relación sexual	n=348 M=16.01	n=583 M=16.72	-6.305	929	.000
Número de parejas sexuales	n=335 M=4.26	n=569 M=2.37	8.411	902	.000
Frecuencia de relaciones sexuales con pareja regular	n=349 M=3.91	n=581 M=4.08	-2.408	928	.016
Uso del condón con pareja regular	n=349 M=3.87	n=579 M=3.91	-.546	926	.585
Uso del condón con amigo	n=341 M=3.22	n=522 M=2.08	9.910	861	.000

### Validación de la escala de comunicación sexual con la pareja

En la tabla 4 se muestran los resultados del análisis relativo al poder discriminativo de los reactivos de la escala de comunicación con pareja. Como se puede observar, la comparación de las medias entre los grupos bajo y alto mostró diferencias estadísticamente significativas en los 30 reactivos. Este resultado permitió someter todos los reactivos al análisis factorial.

**Tabla 4. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la escala de comunicación sexual con la pareja**

Reactivo	Gpo. Bajo n=	DE	Gpo. Alto n=	DE	t	gl	p
1	2.81	1.73	3.83	1.18	-11.020	744	.000
2	2.62	1.36	3.88	1.20	-13.287	737	.000
3	3.65	1.37	4.10	1.25	-4.681	741	.000
4	3.49	1.44	4.23	1.15	-7.741	740	.000
5	3.42	1.50	4.27	1.14	-8.701	743	.000
6	3.42	1.43	4.27	1.15	-8.836	743	.000
7	2.57	1.48	3.71	1.42	-10.698	741	.000
8	3.05	1.56	4.06	1.22	-9.791	744	.000
9	3.16	1.55	4.24	1.11	-10.812	743	.000
10	2.67	1.46	3.94	1.28	-12.563	743	.000
11	2.91	1.46	3.88	1.28	-9.651	742	.000
12	3.27	1.45	4.30	1.09	-10.891	743	.000
13	2.48	1.53	3.85	1.34	-12.943	743	.000
14	3.35	1.54	4.37	1.10	-10.424	741	.000
15	3.28	1.54	4.37	1.09	-11.084	739	.000
16	2.67	1.55	4.00	1.29	-12.654	742	.000
17	2.01	1.38	2.99	1.59	-9.987	738	.000
18	2.64	1.49	4.17	1.14	-15.661	741	.000
19	2.04	1.28	3.27	1.37	-12.608	744	.000
20	2.22	1.38	3.79	1.30	-15.949	743	.000
21	2.15	1.39	3.59	1.37	-14.244	744	.000
22	2.58	1.45	4.08	1.24	-15.084	743	.000
23	3.01	1.46	4.08	1.22	-10.785	744	.000
24	2.87	1.50	3.98	1.31	-10.699	742	.000
25	2.80	1.54	3.87	1.35	-10.131	744	.000
26	2.81	1.51	3.95	1.26	-11.150	742	.000
27	2.83	1.60	4.10	1.26	-11.978	742	.000
28	2.88	1.59	4.05	1.33	-10.877	742	.000
29	2.66	1.51	4.01	1.27	-13.190	743	.000
30	2.90	1.62	4.11	1.29	-11.300	743	.000

La escala de comunicación sexual con la pareja, después de someterla a un análisis factorial, arrojó tres factores, el primero quedó constituido por 10 reactivos que explicó el 63.07% de la varianza total. Los reactivos que se agruparon en este factor tienen que ver únicamente con el tema de métodos anticonceptivos y la manera en que se representan en la tabla 5 fue de acuerdo a sus cargas factoriales de mayor a menor. El coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach, que refleja la consistencia interna de la escala arrojó un valor de 0.96.

**Tabla 5. Factor 1: Métodos Anticonceptivos**

Número de reactivo	Factor	Carga factorial
C 30	Dónde comprar los condones masculinos	.774
C 27	Cómo son los condones masculinos	.767
C 28	Cómo usar un condón masculino	.759
C 23	Cómo usar los métodos anticonceptivos	.723
C 24	Dónde comprar un método anticonceptivo diferente al condón	.699
C 25	Cómo elegir un método anticonceptivo	.694
C 29	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar ITS y VIH/SIDA	.667
C 26	Ventajas y desventajas del uso de anticonceptivos	.650
C 5	Condón masculino	.650
C 4	Métodos Anticonceptivos	.597
Varianza Total= 72.25%		
Varianza explicada = 63.07%		
Alfa de Cronbach = 0.96		

El segundo factor que arrojó el análisis factorial que se le realizó a la escala de comunicación sexual con la pareja se muestra en la tabla 6, se conformó de 13 reactivos que explicó el 4.97 % de la varianza total, de los cuales tres tienen que ver con el embarazo, siete reactivos hacen referencia a las relaciones sexuales y tres reactivos hablan del aborto. Cabe señalar que el reactivo: “a dónde acudir para un aborto” cayó en el factor tres, sin embargo se cambió al factor dos debido a que se consideró que éste se relacionaba más con los reactivos de dicho factor. El coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach, que refleja la consistencia interna de la escala arrojó un valor de 0.95.

**Tabla 6. Factor 2: Sexo Embarazo y Aborto**

Número de reactivo	Factor	Carga factorial
C 6	Embarazo	.744
C 14	Consecuencias de un embarazo	.720
C 15	Cómo evitar un embarazo	.697
C 9	Consecuencias de tener sexo	.695
C 7	Aborto	.672
C 8	Ventajas y desventajas de tener sexo	.638
C 12	Cómo protegerse en las relaciones sexuales	.627
C 17	A dónde acudir para un aborto	.617
C 16	Consecuencias de un aborto	.602
C 10	Negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual	.586
C 11	Posponer un encuentro sexual	.582
C 3	Tener relaciones sexuales	.558
C 13	Cómo manejar la presión de amigos y pareja ante la posibilidad de tener Sexo	.472
Varianza Total= 72.25%		
Varianza explicada = 4.97 %		
Alfa de Cronbach = 0.95		

La tabla 7 muestra el tercer factor que arrojó el análisis factorial, éste quedó agrupado por siete reactivos que explicó el 4.20 % de la varianza total, que tienen que ver con las consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA, cómo se contraen y qué hacer ante el contagio de éstas. El coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach, que refleja la consistencia interna de la escala arrojó un valor de 0.93.

**Tabla 7. Factor 3: ITS Y VIH/SIDA**

Reactivo	Factor	Carga factorial
C 19	Cómo Identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA	.809
C 21	Qué hacer ante un contagio de alguna ITS y el VIH/SIDA	.780
C 20	Consecuencias de las ITS y VIH/SIDA	.770
C 22	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	.592
C 18	Cómo se contraen las ITS y el VIH/SIDA	.570
C 2	VIH/SIDA	.521
C 1	ITS	.469
Varianza Total= 72.255%		
Varianza explicada = 4.208 %		
Alfa de Cronbach = 0.93		

Con el instrumento ya validado, se procedió a estimar las medias teóricas para cada factor. Las puntuaciones por arriba de la media teórica indican que los estudiantes se comunican más sobre los temas que incluye ese factor, mientras que las puntuaciones ubicadas por debajo de dicha media teórica indican que los estudiantes se comunican menos sobre los temas que incluye ese factor (Tabla 8).

**Tabla 8. Media teórica de la escala de comunicación sexual con la pareja**

<b>Factor</b>	<b>No de reactivos</b>	<b>Puntuación mínima y máxima</b>	<b>Media teórica</b>
Factor 1 Métodos Anticonceptivos	10	10-50	20
Factor 2 Sexo Embarazo y Aborto	13	13-65	26
Factor 3 ITS/VIH Sida	7	7-35	14

La tabla 9 muestra los resultados de las medias teóricas obtenidas, se puede observar que en la escala de comunicación sexual con pareja, la media fue muy alta lo que indica que los adolescentes si se comunican con su pareja sobre temas de sexualidad. Pero los temas que más abordan son aquellos que tienen que ver con el sexo, embarazo y aborto. Por otro lado los temas con los que menos se comunican los estudiantes son los que cayeron en el factor tres, sobre las ITS y VIH Sida.

**Tabla 9. Media teórica de la escala de comunicación sexual con la pareja y de los tres factores que arrojó el análisis factorial**

	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>
Escala de comunicación sexual con pareja	100.59	34.28	30	150
Factor 1 Métodos anticonceptivos	34.53	12.66	10	50
Factor 2 Sexo embarazo y aborto	44.36	14.78	13	65
Factor 3 ITS VIH Sida	21.60	8.44	7	35

En cuanto a la escala de comunicación sexual con la pareja, la comparación de medias por sexo mostró diferencias significativas entre hombres y mujeres en el factor 1, ya que ambos obtuvieron puntajes similares que estuvieron por arriba de la media teórica, sin embargo la media de las mujeres fue mayor indicando que éstas se comunican con mayor frecuencia sobre métodos anticonceptivos con sus parejas que los hombres. En el factor 2 sucedió lo mismo, hubo diferencias significativas ya que los valores obtenidos estuvieron

por arriba de la media teórica siendo mayor el valor obtenido en las mujeres lo que nos dice que las estudiantes se comunican mas con su pareja sobre sexo, embarazo y aborto que los hombres. En el factor 3 no hubieron diferencias significativas (Tabla 10).

**Tabla 10. Comparación de medias por sexo en la comunicación sexual con la pareja**

<b>Factores de comunicación con pareja</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
1.Métodos Anticonceptivos	n= 502 Mt=32.49	n=1052 Mt=35.47	-4.356	1552	.000
2.Sexo Embarazo y Aborto	n= 495 Mt=41.92	n=1020 Mt=45.53	-4.483	1513	.000
3.ITS VIH/ Sida	n= 514 Mt=21.26	n=1063 Mt=21.76	-1.088	1575	.277

En la tabla 11 se puede observar que al comparar las medias por carrera en cuanto a la comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos (factor 1), no hubo diferencias significativas. Sucedió lo mismo con el factor 2 (sexo, embarazo y aborto) no se encontraron diferencias significativas en las diferentes carreras en cuanto a la comunicación sexual con la pareja sobre sexo embarazo y aborto (tabla 11.1). Asimismo podemos observar en la tabla 11.2 que en la comparación de medias por carreras, no hubo diferencias significativas en lo que respecta a la comunicación sobre ITS y VIH Sida.

**Tabla 11. Comparación de medias por carrera en la comunicación sexual con la pareja, factor 1: métodos anticonceptivos**

	<b>n=</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Psicología	349	35.5731	1.23	5	.291
Medicina	398	33.7161			
Biología	203	33.3842			
Optometría	55	35.1636			
Enfermería	169	35.0237			
Odontología	387	34.7261			

**Tabla 11.1 Comparación de medias por carrera en la comunicación sexual con la pareja, factor 2: sexo, embarazo y aborto**

	<b>n=</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Psicología	340	44.4088	1.25	5	.281
Medicina	395	43.8354			
Biología	203	42.5320			
Optometría	55	45.9091			
Enfermería	157	45.4268			
Odontología	371	45.2156			

**Tabla 11.2 Comparación de medias por carrera en la comunicación sexual con la pareja, factor 3: ITS/VIH Sida**

	<b>n=</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Psicología	358	21.3715	1.08	5	.365
Medicina	406	21.9828			
Biología	206	20.5777			
Optometría	57	22.8246			
Enfermería	170	21.7824			
Odontología	388	21.6959			

Al comparar las medias por carrera y el número de parejas sexuales se puede observar en la tabla 12 que hubo diferencias significativas. Por medio de la prueba Post Hoc Tukey se encontraron diferencias significativas entre Biología y Medicina; Biología y Optometría; Biología y Enfermería. Estos valores nos indican que los adolescentes que están estudiando actualmente en la carrera de Biología han tenido mayor número de parejas sexuales que los adolescentes que están estudiando actualmente en las carreras de Medicina, Optometría y Enfermería. Por otra parte al realizar la comparación de medias por carrera y el uso de condón con la pareja regular, no se encontraron diferencias significativas (tabla 12.1). Finalmente se realizó la comparación de medias por carrera y el uso del condón con amigo, los datos obtenidos por medio de la prueba Post Hoc Tukey demuestran que hubo diferencias significativas entre Biología y Medicina; Medicina y Enfermería; Odontología y Enfermería (Tabla 12.2.).

**Tabla 12. Comparación de medias por carrera en el número de parejas sexuales**

	<b>n=</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Psicología	242	3.40	6.08	5	.000
Medicina	168	2.49			
Biología	115	4.42			
Optometría	35	2.54			
Enfermería	116	2.88			
Odontología	233	2.67			

**Tabla 12.1 Comparación de medias por carrera en el uso del condón con la pareja regular**

	<b>n=</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Psicología	244	3.85	1.46	5	.199
Medicina	174	4.05			
Bilología	116	3.86			
Optometría	35	4.14			
Enfermería	118	3.90			
Odontología	247	3.79			

**Tabla 12.2 Comparación de medias por carrera en el uso del condón con amigo**

	<b>n=</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Psicología	232	2.53	3.67	5	.003
Medicina	164	2.23			
Bilología	107	2.86			
Optometría	35	2.31			
Enfermería	106	2.99			
Odontología	225	2.39			

Al momento de relacionar la variable dependiente, es decir el patrón de conducta sexual, con la variable independiente (comunicación sexual), se encontró que los adolescentes que se comunican sobre temas de sexualidad con su pareja, especialmente sobre temas de métodos anticonceptivos, sexo embarazo y aborto, son los que tuvieron un menor número de parejas sexuales. De igual manera los adolescentes que más se comunican sobre los distintos temas de sexualidad como métodos anticonceptivos, sexo embarazo y aborto son los que más relaciones tuvieron pero también son los que más usaron condón al tener relaciones sexuales. Otro dato importante fue que los

estudiantes que más se comunican sobre estos mismos temas son los que empezaron a tener relaciones sexuales a edades más tardías, además de que aquellos que se comunicaron sexo embarazo y aborto son los que tienen mayor tiempo de haber tenido su última relación sexual (Tabla 13).

**Tabla 13. Correlación entre los temas de sexualidad y el patrón de conducta sexual.**

Patrón de conducta sexual	Factor 1 Métodos anticonceptivos	Factor 2 Sexo. embarazo y aborto	Factor 3 ITS/VIH Sida	Suma de comunicación con pareja
Número de parejas sexuales en toda la vida	-.105**	-.117**		-.108**
Frecuencia de relaciones sexuales en toda la vida con pareja regular	.267**	.225**	.175**	.248**
Frecuencia uso del condón al tener sexo con pareja regular	.161**	.142**	.125**	.162**
Edad de la primera relación sexual	.115**	.100**		.112**
Hace cuánto tiempo tuviste tu última relación sexual	-.169**	-.173**		-.150**

\*\*p<.01

En la tabla 14 se observa que al correlacionar los ítems del patrón de conducta sexual, los datos indican que entre mayor número de parejas sexuales mayor frecuencia de las relaciones sexuales, también nos dice que a menor edad del debut sexual, mayor número de parejas sexuales. Otra correlación interesante es que entre mayor frecuencia de relaciones sexuales, mayor frecuencia del uso del condón en las relaciones sexuales. A menor edad del debut sexual, mayor frecuencia de las relaciones sexuales.

**Tabla 14. Correlaciones del patrón de conducta sexual**

	Frecuencia de relaciones sexuales en toda la vida con pareja regular	frecuencia uso del condón al tener sexo con pareja regular	EDAD de la primera relación sexual	Hace cuánto tiempo tuviste tu ÚLTIMA relación sexual
Número de parejas sexuales en toda la vida	.150**		-.348**	-.126**
Frecuencia de relaciones sexuales en toda la vida con pareja regular		.139**	-.134**	-.333**

\*\*p<.01

Al separar la muestra por hombres y mujeres y posteriormente realizar correlaciones, los datos indican que en el caso de los hombres los que más se comunicaron sobre métodos anticonceptivos, sexo embarazo, aborto y sobre las ITS y el VIH/Sida, fueron los que más relaciones sexuales tuvieron pero también fueron los que utilizaron el condón con mayor frecuencia con su pareja regular, además de que son los que mayor tiempo tiene que han tenido su última relación sexual (Tabla 15).

**Tabla 15. Correlaciones temas de sexualidad y patrón de conducta sexual en hombres**

Patrón de conducta sexual	Factor 1 Métodos anticonceptivos	Factor 2 Sexo. embarazo y aborto	Factor 3 ITS/VIH Sida	Suma de comuni- cación con pareja
Frecuencia de relaciones sexuales en toda la vida con pareja regular	.213 <sup>**</sup>	.231 <sup>**</sup>	.145 <sup>**</sup>	
Frecuencia uso del condón al tener sexo con pareja regular	.221 <sup>**</sup>	.210 <sup>**</sup>	.211 <sup>**</sup>	.250 <sup>**</sup>
Hace cuánto tiempo tuviste tu última relación sexual	-.137 <sup>*</sup>	-.137 <sup>*</sup>		-.134 <sup>*</sup>

\*\* p<.01; \*p<.05

En la tabla 16 se observa que los hombres que mayor número de parejas sexuales tuvieron, también tuvieron mayor frecuencia de relaciones sexuales, asimismo aquellos que tuvieron su debut sexual a edades más tardías, fueron los que tuvieron un menor número de parejas sexuales y una menor frecuencia de relaciones sexuales.

**Tabla 16. Correlaciones del patrón de conducta sexual en hombres**

	Frecuencia de relaciones sexuales en toda la vida con pareja regular	frecuencia uso del condón al tener sexo con pareja regular	EDAD de la primera relación sexual	Hace cuánto tiempo tuviste tu ÚLTIMA relación sexual
Número de parejas sexuales en toda la vida	.230 <sup>**</sup>		-.326 <sup>**</sup>	-.190 <sup>**</sup>
Frecuencia de relaciones sexuales en toda la vida con pareja regular		.281 <sup>**</sup>	-.128 <sup>*</sup>	-.407 <sup>**</sup>

\*\* p<.01; \*p<.05

En la tabla 17 se muestra que las mujeres que más se comunicaron sobre sexo, embarazo y aborto, así como ITS VIH Sida son las que han tenido con mayor frecuencia relaciones sexuales y sólo las que hablaron sobre métodos anticonceptivos usaron con mayor frecuencia el condón, además las que obtuvieron mayor puntaje en la escala de comunicación sexual con la pareja, principalmente en métodos anticonceptivos, sexo embarazo y aborto son las que tiene mayor tiempo de haber tenido su última relación sexual.

**Tabla 17. Correlación patrón de conducta sexual- temas de sexualidad en Mujeres**

Patrón de conducta sexual	Factor 1 Métodos anticonceptivos	Factor 2 Sexo. embarazo y aborto	Factor 3 ITS/VIH Sida	Suma de comunicación con pareja
Frecuencia de relaciones sexuales en toda la vida con pareja regular		.205**	.198**	.258**
Frecuencia uso del condón al tener sexo con pareja regular	.129**			
Hace cuánto tiempo tuviste tu última relación sexual	-.145**	-.147**		-.119**

\*\* p<.01

La tabla 18 muestra los resultados de las correlaciones del patrón de conducta sexual en mujeres y se observa que las que mayor número de parejas sexuales tuvieron, son las que tienen más relaciones sexuales, asimismo, entre mayor sea la edad del debut sexual, menor número de parejas sexuales y menor frecuencia de relaciones sexuales.

**Tabla 18. Correlaciones patrón de conducta sexual- patrón de conducta sexual en mujeres**

	Frecuencia de relaciones sexuales en toda la vida con pareja regular	frecuencia uso del condón al tener sexo con pareja regular	EDAD de la primera relación sexual	Hace cuánto tiempo tuviste tu ÚLTIMA relación sexual
Número de parejas sexuales en toda la vida	.133**	-.123**	-.312**	-.171**
Frecuencia de relaciones sexuales en toda la vida con pareja regular			-.169**	-.264**

\*\* p<.01

## 4.6 DISCUSIÓN

Los hallazgos encontrados en la presente investigación indican que los adolescentes con vida sexual activa tienen una conducta preventiva en cuanto a su sexualidad ya que por ejemplo más de la mitad reportaron haber usado condón en su primera (73.1%) y en su última relación sexual (68.1%), sin embargo fue mayor el porcentaje de las mujeres que usaron condón en su primera relación sexual, pero fue mayor el porcentaje en hombres que usaron condón en su última relación sexual. Estos resultados que hablan sobre el uso del condón en las relaciones sexuales demuestra que a pesar de que en años anteriores autores como Piña (2007), afirmaban que los adolescentes creían que no tenían ningún riesgo al practicar su sexualidad sin protección, en este caso el uso del condón se puede deber a que las adolescentes se protegen por el miedo a tener un embarazo y por el miedo a algún compromiso en el caso de los hombres. Además de que si esto sucede, podrían decepcionar a sus padres.

En el caso de la pareja de la primera relación sexual, en hombres fue la novia, y la amiga. A diferencia de las adolescentes que en su mayoría contestaron que fue su novio la pareja del debut sexual. Además la mayoría de las mujeres asegura que planeó su primera relación sexual. Asimismo, un alto porcentaje de los adolescentes (87.8%) dijeron que aún cuando están enamorados y tienen sexo, usan condón.

Un dato obtenido en el presente trabajo que no coincide con una conducta sexual preventiva por parte de las adolescentes, es que éstas, tienen relaciones sexuales con mayor frecuencia en comparación con los hombres. Coincidiendo también que éstos últimos han tenido un mayor número de parejas sexuales. Estos datos difieren de lo que se mencionó en la parte introductoria acerca de que algunas formas de prevenir embarazos no deseados, ITS y el VIH, son la abstinencia, la fidelidad o bien reducir el número de parejas sexuales.

En el estudio realizado por Robles *et al.* (2006) los resultados acerca del lugar del primer encuentro sexual arrojaron que fue mayor el porcentaje de adolescentes que tuvieron su primer encuentro sexual en el hogar de su pareja seguido de la propia casa. Estos datos coinciden con los resultados del presente trabajo donde los hombres respondieron que tuvieron su primera relación sexual en su casa (29.7%) y en casa de su novia (26.9%). A diferencia de las mujeres que en su mayoría la tuvieron en la casa del novio.

Autores como Jiménez, Andrade, Betancourt, y Palacios, (2007) realizaron un estudio que tuvo por objetivo determinar la influencia de las habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgo en estudiantes de bachillerato, en esta investigación la edad media del debut sexual en hombres fue de 15 años y en mujeres de 16, en el presente estudio se puede observar que la edad de la primera relación sexual se ha estado retardando ya que la media obtenida en hombres fue de 16 años y en mujeres de 16.72. Asimismo se ha considerado que la edad promedio del debut sexual en una zona urbana es de 16.7 según Santos *et al.* (2003) coincidiendo con este estudio que también se realizó en un lugar urbanizado la edad promedio del inicio de relaciones sexuales fue de 16.45. Esto último se puede deber a que en un lugar urbanizado hay más posibilidades de tener información clara acerca de los riesgos que pueden tener los adolescentes y se ha visto que esto no promueve el inicio temprano del debut sexual, por lo contrario ayuda a que estos tengan una conducta sexual preventiva, entre la cual se encuentra retardar el inicio de relaciones sexuales.

Otro dato encontrado en esta investigación y que apoya que los adolescentes tienen una conducta sexual que se acerca a ser más del lado preventivo que de riesgo es que los hombres que participaron aseguran que se protegen más que las mujeres al tener relaciones sexuales con su pareja, además aseguran también que se protegen cuando tienen un encuentro sexual con un amigo (a), este dato difiere con lo que menciona Leyva *et al.* (2002), acerca de que son los varones los que suelen negarse a la utilización de métodos anticonceptivos por considerar erróneamente que limitan el placer del acto.

Como se planteó al inicio del estudio, uno de los objetivos de éste, fue validar el instrumento que se utilizó para medir la comunicación sexual con la pareja, ya que este es uno de los requisitos que debe cumplir un test psicométrico (Merino & Lautenschlager, 2003). Los resultados indican que el instrumento arrojó la presencia de tres factores: factor 1, métodos anticonceptivos; factor 2, sexo embarazo y aborto y factor 3 ITS/VIH Sida, con una alta consistencia interna ( $\alpha=.970$ ), lo cual quiere decir que el instrumento es consistente para medir aquello que pretende medir y que en este caso fue la comunicación sexual con la pareja.

En lo que respecta a la comunicación, en el estudio que realizaron Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno y Robles, (2005) encontraron que los principales temas que los jóvenes, con y sin vida sexual, abordan con sus parejas fue el condón. A diferencia de ellos, en el presente estudio los temas con los que más se comunicaron los adolescentes fueron sobre sexo, embarazo y aborto; sin embargo, las mujeres se comunican más que los hombres sobre estos temas y sobre los métodos anticonceptivos. Esta diferencia puede deberse a la creencia de que las mujeres tienen mayor facilidad para comunicar sus ideas pensamientos y emociones o bien porque son las adolescentes las que más se comunican con sus padres sobre temas sexuales, al comunicarse más con sus padres es mayor la comunicación con su pareja. Además los temas con los que menos se comunicaron los adolescentes que participaron en este trabajo fueron el VIH y sobre las ITS. Con esta información aquí obtenida pareciera que los jóvenes se preocupan más por tener un embarazo no deseado que por contraer una ITS o el VIH/SIDA.

Los resultado del presente estudio también muestran que los jóvenes que más se comunican sobre los métodos anticonceptivos, tener relaciones sexuales, embarazo y aborto, son los que más relaciones tuvieron, pero también son los que más usaron condón. Este hallazgo coincide con lo reportado por Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno y Robles (2005), quienes encontraron que la comunicación sobre temas sexuales con la pareja se relacionó positivamente con la intención de tener relaciones sexuales y de usar

condón en su próxima relación sexual. Esta información reitera la importancia de que los adolescentes estén bien informados sobre temas sexuales y al mismo tiempo compartan con sus parejas lo que saben y como consecuencia tengan una conducta sexual protegida.

Otro dato importante fue que los estudiantes que más se comunican sobre los temas antes mencionados son los que empezaron a tener relaciones sexuales a edades más tardías. De igual manera, los adolescentes que se comunican sobre temas de sexualidad con su pareja, especialmente sobre métodos anticonceptivos, sexo, embarazo y aborto, son los que tuvieron un menor número de parejas sexuales. De igual manera los hombres que más se comunicaron con sus parejas sobre métodos anticonceptivos, sexo embarazo y aborto, ITS VIH/SIDA, son los que más relaciones sexuales tuvieron y que con mayor frecuencia utilizaron el condón. Las mujeres que más se comunicaron sobre sexo, embarazo y aborto, así como ITS VIH/SIDA, son las que han tenido con mayor frecuencia relaciones sexuales y sólo las que hablaron sobre métodos anticonceptivos usaron con mayor frecuencia el condón. En general se puede señalar que comunicarse sobre temas de sexualidad con la pareja, en especial sobre sexo, embarazo y métodos anticonceptivos, promueve que los jóvenes tengan relaciones sexuales, pero también promueve que se protejan en esos encuentros sexuales. Además estos hallazgos apoyan lo encontrado en otros estudios (Pérez y Pick, 2006; y Jiménez *et al.* 2007) que muestran la importancia de promover la comunicación con la pareja.

Además de los resultados ya mencionados, el presente estudio arrojó datos que son de mucha ayuda para futuras investigaciones, por ejemplo, se encontró que los adolescentes que mayor número de parejas sexuales tuvieron, es mayor la frecuencia de sus relaciones sexuales; a menor edad del debut sexual, mayor número de parejas sexuales; entre mayor frecuencia de relaciones sexuales, mayor frecuencia del uso del condón en éstas; a menor edad del debut sexual, mayor frecuencia de las relaciones sexuales. Esta información nos sirve para promover conductas sexuales preventivas, como retardar el debut sexual y así disminuir las parejas y las relaciones sexuales; disminuir el número de parejas sexuales, y promover el uso del condón, esto

con el objetivo de que los riesgos de tener un embarazo no deseado o contagiarse de alguna ITS o VIH disminuyan.

Además de promover las conductas antes mencionadas, esta investigación es de mucha ayuda para diseñar programas de intervención que incluyan la comunicación con la pareja sobre temas sexuales específicos acerca del sexo, embarazo y métodos anticonceptivos, ya que como se observó en los resultados del presente estudio, son los temas con los que más se comunicaron los adolescentes y, al mismo, tiempo los que se correlacionaron con una conducta sexual preventiva. Pero en estos mismos programas sería importante incluir temas acerca de las ITS y el VIH/SIDA, es decir, darles la importancia que merecen, pues como ya se mencionó en la parte introductoria de este trabajo, son problemas de salud sexual que se presentan con frecuencia en la población adolescente. De igual manera, sería importante considerar un entrenamiento en habilidades de comunicación sexual con la pareja, ya que no sólo es importante que los adolescentes se comuniquen sobre temas sexuales, sino que tengan una comunicación asertiva y también que esta información sea veraz.

Finalmente, sería interesante identificar los temas con los que se comunican los adolescentes con sus parejas ocasionales y estables, así como observar si esto se relaciona con un patrón de conducta sexual de riesgo y/o preventiva. Esto con la finalidad de tener más datos que ayuden a llevar a cabo programas de intervención que promuevan conductas sexuales preventivas. Además porque en la actualidad es más común tener parejas sexuales estables y ocasionales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aburto, C. (2005). Los programas de intervención contra el comportamiento sexual riesgoso. *Psicología y Salud*, 15 (2), 271-284.
- Arias, R., Constantino, N., Cruz, M., Lara, A., Lozano, M. & Mata, J. (2008). *Enfermedades de Transmisión sexual en el Adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal*. México: Secretaria de Salud.
- Azkarraga, C., Pérez, A. & Ortiz, V. (2007). *Manual para jóvenes VIH y Sida, Derechos Humanos y Género*. México: Producción Creativa.
- Barojas, A. (2009). *Del aborto se dicen muchas cosas*. México: Grupo de información en Reproducción Elegida, A.C.
- Bastida, L. (2009). *Letra S, Jóvenes y sexualidad. La jornada*, p.10.
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 521-551.
- CENSIDA (2009). *Epidemiología del VIH en México*. Obtenido el 29 de junio de 2009, desde <http://www.censida.salud.gob.mx>.
- Colín, A. & Villagómez, P. (2010). *Evolución de la maternidad adolescente en México 1974-2009*. México: Grafia, editores.
- Cruz, C., Egremy, G. & Ramos, U. (2004). *Manual de capacitadores en el manejo sindromático de las Infecciones de Transmisión sexual (ITS)*. México: México.
- Díaz-Sánchez, V. (2003). El embarazo de las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*, 139 (1), 23-28.
- Domínguez, Y. (2003, Junio 9). *Monografías.com*. Recuperado el 16 de Octubre de 2011, de <http://www.monografías.com/trabajos13/adosa/adosa.shtml>
- Fleiz, C. (2000). Conducta sexual en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 22 (4), 14-19.
- Fortenberry, J., Tu, W., Harezlak, J. & Orr, D. (2002). Condom use as a function of time in new and established adolescent sexual relationships. *American Journal of Public Health*, 92 (2), 211-213.

- Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D., & Robles, S. (2005). Comunicación sobre temas sexuales con padres y parejas y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. *La psicología social en México*, 31 (12), 227-232.
- Fuertes, M., Ramos, M. & Fernández, A. (2007). La coerción sexual en las relaciones de los y las adolescentes y jóvenes: naturaleza del problema y estrategias de intervención. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología*, 25 (3), 341-356.
- Gallegos, E., Villarruel, A., Loveland, C., Ronis, D. & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*, 50 (1), 59-66.
- Gamba, H. (2009). Revisión del rol asignado a la familia en los Programas de Educación Sexual para Adolescentes en Bogotá. *Tipica Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 5 (1), 2-4.
- García, Ma., Rodríguez, F. & Carmona, L. (2009). Validación de cuestionarios. *Reumatología Clínica*, 5 (4), 171-177.
- García, L., Santamaría, M. & Alegría, F. (2009). VIH, Prevenir con educación. *Tú decides*, pp. 4-10.
- Giacomán, C., Barraza, E., González, L., Lamas, M., Olivares, C. & Taracena, R. (2008). *Sexualidad y Derechos Reproductivos*. México: GIRE.
- Hidalgo-San Martín, A., Caballero-Hoyos, R., Celis de la Rosa, A. & Rasmussen-Cruz, B. (2003). Validación de un cuestionario para el estudio del comportamiento, sexual, social y corporal de adolescentes escolares. *Salud Pública de México*, 45 (1), 58-72.
- Jiménez, S., Andrade, P., Betancourt, D. & Palacios, J. (2007). Habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgo en jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 9 (02), 147-162.
- Labajos, J. (1994). *Identidad del adolescente*. En Aguirre, A. (Ed.) *Psicología de la adolescencia* (pp. 173-194). Barcelona: Marcombo.
- Leyva, V., Berroa, A., Negret, D. & Garcia, J. (2002). Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes. *Revista Cubana Enfermer*, 18 (2), 107-111.

- Malo, D. (2008). La medición en Psicología como herramienta y como reflexión ética en el ejercicio del psicólogo. *Psicogente*, 11 (19), 46-51.
- McDermott, J., Milhausen, R., Wingood, G., DiClemente, R., Salazar, L. & Crosby, R. (2006). Validation of a parent-adolescent communication scale for use in std/hiv prevention interventions. *Health Education & Behavior*, 35 (3), 332-345.
- Meave, S. & Gómez, E. (2008). Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13 (36), 203-222.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. & Sosa, C. (2001). El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. México: Trillas.
- Merino, C. & Lautenschlager, G. (2003). Comparación estadística de la confiabilidad alfa de cronbach: aplicaciones en la medición educativa y psicológica. *Revista de Psicología*, 12 (2), 127-136.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2010). Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual. Documento interno no publicado. Grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual, Facultad de Estudios Superiores, UNAM.
- Moreno, D., Rivera, B., Robles, S., Barroso, R., Frías, B. & Rodríguez, M. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y Salud*, 18 (2), 207-225.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (1993). *Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir*. Suiza: Diana.
- Pérez, C. & Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40 (3), 333-340.
- Piña, J. (2007). Factores que influyen en el uso del preservativo en mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 2 (10), 143-151.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., González, E., Rodríguez, M. & Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22 (1), 71-76.

- Robles, S., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez-Cervantes, M., Barroso, R. & Rodríguez-Campuzano, M. (2010). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud sexual (EESS)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2011). *Validación de la encuesta estudiantil sobre salud sexual (EESS)*. México: Fes Iztacala, UNAM.
- Rodríguez, A. & García, B. (2005). Infecciones de Transmisión sexual en la Infancia y la Adolescencia. *Departamento de Dermatología. Hospital Universitario, 20* (7), 331-337.
- Santos, I., Villa, P., García, M., León, G., Quezada, S. & Tapia, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública, 45* (1), 140-152.
- Vargas, E., Henao, J. & González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología, 10* (01), 49-63.
- Venter, W. (2004). *Guía para la atención de las infecciones de transmisión sexual en entornos afectados por conflicto*. New York: RHRC, Consortium.

# APÉNDICE

## ENCUESTA UNIVERSITARIA SOBRE SALUD SEXUAL

Fecha de aplicación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 día mes año

Folio: \_\_\_\_\_

Nombre de quien aplica el cuestionario: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN PARA CONTESTAR POR TODOS**

Marca con una X la respuesta correcta y completa la información solicitada.

**DATOS DEMOGRÁFICOS**

**Sexo:** Masculino ( 1 ) Femenino ( 2 )

**Edad:** \_\_\_\_\_ (años cumplidos)

**Carrera:** Psicología ( 1 ) Medicina ( 2 ) Biología(3) Optometría ( 4 )

Enfermería ( 5 ) Odontología ( 6 )

**¿Semestre que actualmente cursas?:** \_\_\_\_\_ **Grupo** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** Soltero/a ( 1 ) Casado/a( 2 ) Unión Libre( 3 ) Otro( 4 )

**PAREJAS**

DG26. **¿Actualmente tienes pareja:** Si ( 1 ) No ( 2 )

DG27. **Máximo grado de estudios de tu pareja actual o tu última pareja:**

Secundaria( 1 ) Preparatoria( 2 ) Licenciatura( 3 ) Posgrado ( 4 )

DG28. **Orientación sexual de tu pareja actual o última pareja:**

Homosexual ( 1 ) Bisexual ( 2 ) Heterosexual ( 3 ) No sé ( 4 )

DG29. **¿Alguna vez has tenido pareja sexual?:** Si ( 1 ) No ( 2 )

DG30. **¿Cuántas parejas sexuales has tenido en toda tu vida?** \_\_\_\_\_

DG31. **¿ Actualmente tienes una pareja sexual?:** Si ( 1 ) No ( 2 )

DG32. **¿Cuánto tiempo llevas con tu pareja actual?:**

años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_

## ESCALA DE COMUNICACIÓN CON PAREJA

Señala con una "X" la frecuencia con la que **platicas** con tu pareja actual (o última pareja) sobre los siguientes temas sexuales. Considera que las opciones de respuesta que tienes van de 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces, gran cantidad de veces), 4 (muchas veces) a 5 (Una gran cantidad de veces).

	<b>Temas</b>	<b>Pareja</b>				
C1	ITS	1	2	3	4	5
C2	VIH/SIDA	1	2	3	4	5
C3	La posibilidad de tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
C4	Métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5
C5	Condón masculino	1	2	3	4	5
C6	Embarazo	1	2	3	4	5
C7	Aborto	1	2	3	4	5
C8	Las ventajas y desventajas de tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
C9	Las consecuencias de tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
C10	El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual	1	2	3	4	5
C11	El posponer un encuentro sexual	1	2	3	4	5
C12	Cómo protegerte en las relaciones sexuales	1	2	3	4	5
C13	Cómo manejar la presión de tus amigos y tu pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
C14	Las posibles consecuencias de un embarazo	1	2	3	4	5
C15	Cómo evitar un embarazo	1	2	3	4	5
C16	Las posibles consecuencias de un aborto	1	2	3	4	5
C17	Adónde acudir para un aborto	1	2	3	4	5
C18	Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA <sup>2</sup>	1	2	3	4	5
C19	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
C20	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
C21	Qué hacer ante la posibilidad de un contagio de alguna ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
C22	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
C23	Cómo usar los métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5

C24	Dónde comprar un método anticonceptivo diferente a los condones	1	2	3	4	5
C25	Cómo elegir un método anticonceptivo	1	2	3	4	5
C26	Ventajas y desventajas sobre el uso de anticonceptivos	1	2	3	4	5
C27	Cómo son los condones masculinos	1	2	3	4	5
C28	Cómo usar un condón masculino	1	2	3	4	5
C29	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH	1	2	3	4	5
C30	Dónde comprar los condones masculinos	1	2	3	4	5

### COMPORTAMIENTO SEXUAL

- PS1. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (sexo vaginal o anal)?  
 ( 1 )Si           ( 2 )No
- PS2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?  
 A los \_\_\_\_\_ años.
- PS3. Tu primera relación sexual la tuviste con:  
 ( 1 )La persona que era tu novio(a)      ( 4 ) Una persona desconocida  
 ( 2 )Un amigo(a)                           ( 5 ) Una persona trabajadora del sexo  
 ( 3 )Un familiar                           ( 6 ) Ninguna de las anteriores
- PS4. Tu primera relación sexual ¿fue algo que planeaste con tu pareja?  
 ( 1 )Si           ( 2 )No
- PS5. ¿En qué lugar tuviste tu primera relación sexual?  
 ( 1 )Un hotel                               ( 4 ) En mi casa  
 ( 2 )En casa de mi novio(a)           ( 5 ) En casa de un amigo(a)  
 ( 3 )En un auto                           ( 6 ) En un antro/bar/disco  
 ( 7 ) Ninguna de las anteriores
- PS6. En tu primera relación sexual ¿utilizaste condón?  
 ( 1 )Si           ( 2 )No
- PS7. En tu primera relación sexual ¿quién propuso usar el condón?  
 ( 1 )Tú           ( 2 )Tu pareja           ( 3 )Ambos   ( 4 ) Ninguno de los dos
- PS8. En tu primera relación sexual ¿le dijiste a tu pareja que querías usar condón?  
 ( 1 )Si           ( 2 )No
- PS9. ¿Usaste condón en tu primera relación sexual sin necesidad de decírselo a tu pareja?  
 ( 1 )Si           ( 2 )No

- PS10. ¿En tu primera relación sexual tú o tu pareja usaron algún método anticonceptivo que no fuera condón, por ejemplo pastillas anticonceptivas, parches anticonceptivos, espermicidas, etc.?  
( 1 ) Si ¿Cuál?\_\_\_\_\_ ( 2 )No
- PS11. En tu primera relación sexual ¿usaste **además del condón** algún otro método anticonceptivo (por ejemplo pastillas anticonceptivas, parches anticonceptivos, espermicidas, etc.)?  
( 1 )Si ¿Cuál?\_\_\_\_\_ ( 2 )No
- PS12. ¿Has tenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?  
( 1 )Si ( 2 )No
- PS13. Te consideras una persona con orientación sexual:  
Homosexual ( 1 ) Bisexual ( 2 ) Heterosexual ( 3 ) No lo sé ( 4 )
- PS14. Anota el número de personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración en toda tu vida (por favor evita poner afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido): \_\_\_\_\_.