



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE TALLER SOBRE SALUD SEXUAL Y  
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ADQUIRIR VIH EN JÓVENES  
DE 12 A 29 AÑOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:  
MAIRA BAUTISTA BAUTISTA**

**DIRECTOR DE LA TESINA:  
MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS**

**COMITÉ DE SINODALES:  
MTRA. MARÍA DEL SOCORRO L. ESCANDÓN GALLEGOS  
DRA. ARACELI LAMBARRI RODRÍGUEZ  
MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ  
LIC. NOEMÍ BARRAGÁN TORRES**



CIUDAD UNIVERSITARIA, D.F.

ABRIL, 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Agradecimientos

- A mi amado esposo Alejandro, por acompañarme en todo momento, brindándome amor, respeto y comprensión.
- A mi amada hija Regina, porque desde que llegaste a mí vida me motivas a ser mejor cada día, como mujer y madre.
- A mi padre, por su amor, paciencia y enseñanzas, que me impulsaron a cumplir mis metas.
- A mi madre, modelo de lucha y tenacidad, por su amor siempre incondicional.
- A mis queridos hermanos: Rubén, Juan y Vicky, por el cariño y apoyo que me han dado en este momento de mi vida.
- A mi querido amigo Carlos, por impulsarme a seguir adelante y no dejarme vencer.
- A mi querida amiga Ninel, por creer y confiar en mí; por escucharme y retroalimentarme.
- A mi querido amigo Ricardo, por apoyarme incondicionalmente en todas las etapas de mi vida.
- Al maestro Jorge Molina, por creer en mi proyecto, brindándome todas las facilidades y asesoría constante.
- A mi honorable comité de sinodales por sus muy atinadas observaciones y recomendaciones que contribuyeron a mejorar mi proyecto.
- A la DEC-Psicología, por todo su apoyo y en especial a Juan Manuel Gálvez por la calidad y calidez de sus asesorías.
- A la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme la oportunidad de formarme con el grado de licenciada en Psicología en la máxima casa de estudios de nuestro país.

## Índice

Resumen.....	1
Abstract .....	2
Introducción.....	3

### Capítulo uno

#### LA JUVENTUD

1.1	Justificación .....	6
1.2	Definición de Juventud.....	7
1.3	Desarrollo físico, cognitivo y psicológico de las y los jóvenes.....	8
1.3.1	Pubertad: inicio de la maduración sexual.....	8
1.3.2	El estirón del crecimiento adolescente.....	10
1.3.3	El cerebro adolescente.....	11
1.3.4	Salud física y mental .....	12
1.3.5	Consumo y abuso de drogas .....	12
1.3.6	Depresión y Suicidio.....	13
1.3.7	Modelo Piagetiano del desarrollo cognoscitivo: uso de operaciones formales .....	15
1.3.8	Perspectivas del procesamiento de la información: transformaciones graduales en las habilidades.....	16
1.3.9	Desarrollo del lenguaje.....	17
1.3.10	Razonamiento moral .....	17
1.3.11	La búsqueda de la identidad .....	17
1.3.12	Diferencias de género en la formación de la identidad.....	18
1.4	Situación actual de las y los jóvenes en México .....	18

## **Capítulo dos**

### **SALUD SEXUAL Y VIH**

2.1	Justificación .....	23
2.2	Definición de Salud Sexual .....	23
2.3	Conceptos básicos de Salud Sexual.....	27
2.3.1	Sexo .....	27
2.3.2	Sexualidad .....	29
2.3.3	Género .....	29
2.3.4	Identidad de género .....	29
2.3.5	Orientación sexual.....	30
2.3.6	Identidad sexual .....	30
2.3.7	Erotismo .....	31
2.3.8	Vínculo afectivo .....	31
2.3.9	Actividad sexual .....	31
2.3.10	Prácticas sexuales .....	32
2.3.11	Relaciones sexuales sin riesgo .....	32
2.3.12	Comportamientos sexuales responsables.....	32
2.4	La Salud Sexual de las y los jóvenes.....	32
2.4.1	Derechos sexuales de las y los jóvenes.....	33
2.5	Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH.....	33
2.5.1	Definición de VIH .....	33
2.5.2	Mecanismos de transmisión.....	35
2.5.3	Medidas de prevención de la transmisión del VIH .....	35
2.6	Situación actual del VIH en las y los jóvenes en México.....	37

**Capítulo tres**  
**PERCEPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE RIESGO**  
**DE ADQUIRIR VIH EN LAS Y LOS JÓVENES**

3.1	Justificación .....	43
3.2	Definición .....	43
3.3	¿Cómo se construye la percepción de riesgo? .....	44
3.4	Aproximaciones teóricas sobre la percepción de riesgo .....	46
3.5	Percepción de riesgo asociada al VIH .....	47
3.6	Aceptación de riesgos.....	49

**PROPUESTA METODOLÓGICA**

Justificación.....	52
Objetivo general .....	54
Objetivos específicos .....	54
Participantes.....	54
Materiales.....	55
Escenario .....	56
Instrumento .....	56
Cartas descriptivas.....	57
Alcances y limitaciones .....	66
Referencias .....	70
Anexos .....	73

## RESUMEN

La epidemia de VIH/SIDA es un problema de salud pública y los jóvenes se encuentran en el centro de la misma, pues una tercera parte de las nuevas infecciones se producen en personas entre 15 y 24 años (UNAIDS, 2012); etapa de alta vulnerabilidad para ellos, debido a factores como la baja percepción de riesgo de adquirir VIH, la cual se construye a partir del contexto sociocultural; la información recibida, la forma en como es procesada; las características de personalidad que posea él o la joven; y la sensación de invulnerabilidad que suele acompañarlos por la etapa de formación biopsicosocial en la que se encuentran.

Por lo anterior se identifica la necesidad de desarrollar una estrategia que sensibilice a las y los jóvenes sobre la importancia de adoptar prácticas sexuales protegidas y desmitificar las creencias que los hace sentir inmunes a los riesgos. Con esa finalidad se diseñó un taller sobre salud sexual y percepción de riesgo de adquirir VIH para jóvenes, que ofrezca herramientas que les permitan desarrollar habilidades de comunicación efectiva, asertividad, negociación y toma de decisiones, así como conocimientos específicos sobre la salud sexual y VIH; a través de metodologías participativas donde se promuevan respuestas que nazcan de los participantes y que se adapten a su realidad. De esta manera ser conscientes de su propio riesgo frente al VIH y asumir el reto de prevenirlo.

Palabras clave: percepción de riesgo, salud sexual, VIH, jóvenes.

## **ABSTRACT**

HIV / AIDS is a public health problem and young people are in the center of it, because one third of new infections occur in people between 15 and 24 years (UNAIDS, 2012), step high vulnerability to them, due to factors such as low perceived risk of acquiring HIV, which is constructed from the sociocultural context, the information received, and how it is processed and personality characteristics of youth; exist in them a feeling of invulnerability given biopsychosocial forming step in which they are found.

Therefore identifies the need to develop a strategy to sensitize the young people about the importance of adopting safe sex practices and beliefs demystify that feels immune to risks. It was designed a workshop about sexual health and misperception of HIV risk, offering tools to develop effective communication skills, assertiveness, negotiation and decision making, as well as specific knowledge of sexual health and HIV through participatory methodologies that promote responses that arise from participants and adapt to their reality. Thus be aware of their own HIV risk and the challenge of prevention it.

Keywords: risk perception, sexual health, HIV, youth



## INTRODUCCIÓN

Desde su aparición en los años ochenta, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha asociado a grupos como: hombres homosexuales, trabajadoras y trabajadores sexuales (TS) y usuarios de drogas inyectadas (UDIS); dicha percepción contribuye a que las y los jóvenes que no se identifican con estos grupos, se sientan a salvo de adquirir esta infección y tengan un ejercicio sexual desprotegido; es decir que no usen adecuada y consistentemente el condón masculino y/o femenino en su prácticas sexuales.

La infección por VIH tiene implicaciones a nivel físico, psicológico, sexual y social y resulta preocupante que la transmisión en la población de entre los 15 a 25 años de edad aumente progresivamente en el país.

Es importante saber que en la epidemia del VIH, la principal vía de transmisión es la sexual; si bien eso implica posibilidades de prevención, es necesario reconocer que la información no es suficiente para evitar la infección y los jóvenes siguen manteniendo prácticas sexuales de riesgo para adquirir VIH.

La Encuesta nacional de la juventud ENJ señala que entre 90.9% y 93.3% de las y los jóvenes reportan tener conocimiento sobre prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), reconociendo 4 métodos para prevenirlas: 97.5% identifican al condón, 82.5% a la abstinencia, 60.1% el mantener relaciones sexuales sólo con la pareja y el 14.2 % al lavado vaginal (ENJ, 2010). Llama la atención que más de la mitad de los encuestados reconozcan a la fidelidad como una medida preventiva, si se toma en cuenta el poco grado de confiabilidad, si se considera que ésta se establece de manera secuencial o seriada, lo que significa que él o la joven tienen más de 1 pareja sexual en su vida y éstas a su vez han mantenido más parejas sexuales; y en el caso del último método ni siquiera es seguro para evitar un embarazo, mucho menos impedir ITS, entre ellas el VIH.

Sí consideramos que las y los jóvenes tienen información científica acerca de qué es el VIH, cuáles son las vías de transmisión, las medidas de prevención e incluso conocen de la existencia de tratamientos efectivos para la infección y sin embargo deciden mantener relaciones sin protección manifestando consideraciones como: “a mí no me va a pasar”, “no soy gay”, “no soy trabajadora sexual”, “sólo lo hago con mi pareja” entre muchas otras, resulta imprescindible analizar los factores que intervienen en la construcción de su percepción de riesgo a adquirir VIH.

Posteriormente es urgente diseñar nuevas estrategias educativas y formativas para que las y los jóvenes desarrollen habilidades que les permitan tomar mejores decisiones con respecto a su ejercicio sexual, logren percibir su riesgo a adquirir VIH u otras ITS y sean capaces de adoptar medidas de protección como el uso correcto y consistente del condón masculino o femenino.

Esta tesina presenta una estrategia educativa en modalidad de taller, para que las y los profesionales que trabajen con jóvenes puedan abordar los temas de salud sexual, educación de la sexualidad, vida erótica protegida, VIH/SIDA, sexo seguro, entre otros, utilizando metodologías participativas y mantengan la función de facilitar procesos. Tiene como objetivo que los participantes contruyan nuevos aprendizajes, se apropien de conocimientos y mantengan una experiencia que sea significativa para sus vidas, haciendo que esta experiencia sea significativa para sus vidas y donde el profesional tiene la función de facilitador de procesos.

CAPÍTULO UNO

## **LA JUVENTUD**

## **1.1 Justificación**

En la actualidad, resulta imposible que algún joven no sea afectado directa o indirectamente por la infección de VIH/SIDA, si consideramos que una gran parte de los cambios que experimentan están relacionados a su sexualidad, por ejemplo: la aparición de los caracteres sexuales primarios y secundarios, menarquia y espermarquia, inicio de vida sexual, conformación de la identidad y orientación sexual entre muchos otros; además de los procesos de formación y consolidación de autoestima e intimidad y el desarrollo de competencias cognoscitivas y sociales.

Desde el surgimiento de la epidemia del VIH/SIDA, las personas han tenido que realizar adecuaciones a su manera de vivir la sexualidad, incorporando prácticas sexuales más seguras como el uso del condón masculino y/o femenino, así como otro tipo de barreras que eviten el intercambio de fluidos sexuales y con ello la adquisición o transmisión de VIH. Las y los jóvenes conforman un grupo más expuesto al riesgo de adquirir dicha infección, debido a su vulnerabilidad física y psicológica, además de su predisposición para adoptar prácticas de riesgo en todas las áreas de su vida.

La infección por VIH tiene impactos en la vida de las personas, afectándolos a nivel físico, psicológico, emocional, familiar, laboral y social; a pesar de que existen tratamientos antirretrovirales efectivos para combatir al virus. Es por ello que resulta imprescindible explorar los elementos que intervienen en la construcción de lo que representa para las y los jóvenes una infección como el VIH/SIDA, y los elementos que permiten que algunos se perciban en riesgo y otros exentos del mismo. Es importante considerar como ya lo dijimos que las y los jóvenes se encuentran en la etapa más productiva de su vida y que vivir un ejercicio sexual responsable facilitará que puedan cumplir con sus proyectos.

## **1.2 Definición de juventud**

De acuerdo con la Organización Iberoamericana de la Juventud OIJ (en IMJ 2008), tradicionalmente se ha concebido a la juventud como una fase de transición entre dos etapas; la niñez y la adultez. Es decir, es un proceso de transición en que los niños se van transformando en personas autónomas, por lo que también puede entenderse como una etapa de preparación para que las personas se incorporen en el proceso productivo y se independicen de sus familias de origen.

En 2007, Feldman define a la adolescencia como la etapa de desarrollo entre la infancia y la madurez; esta inicia poco después de los 10 años y termina antes de los 20 años; es una etapa de transición, crecimiento, cambios físicos y cognoscitivos y es desencadenada por el inicio de la pubertad. Papalia, Wendkos y Duskin (2009), definen a la adolescencia como “la transición del desarrollo entre la niñez y la adultez que implica importantes cambios físicos cognoscitivos y psicosociales” según esta definición esta abarca desde 11y 19 o 20 años de edad. Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad: “proceso mediante el cual una persona alcanza la madurez sexual y la capacidad para reproducirse”, se creía que estos procesos iniciaban simultáneamente, sin embargo en algunas sociedades occidentales los médicos han comprobado que los cambios puberales inician antes incluso desde los 10 años.

Por su parte el Instituto Mexicano de la Juventud IMJ (2008), considera a todas las personas entre los 12 a 29 años como jóvenes. Aunque para algunos teóricos como Feldman (2007) y Papalia et al. (2009), las personas que se encuentran en este rango de edad estarían atravesando dos etapas de desarrollo; la adolescencia y la edad adulta temprana. Debido a que el período de la adolescencia comprende un período entre los 10 y 19 años de edad aproximadamente y los jóvenes hace referencia a los individuos de entre 15 y 24 o hasta los 29 años; en el presente documento cuando hablemos de las y los jóvenes, estaremos refiriéndonos a los individuos entre las edades de 12 a 29 años, retomando la definición del IMJ.

## **1.3 Desarrollo físico, cognoscitivo, psicológico y social de las y los jóvenes**

### **1.3.1 Pubertad: inicio de la maduración sexual**

Feldman (2007), menciona que la pubertad es período durante el cual los órganos sexuales maduran, empieza cuando la hipófisis cerebral indica a otras glándulas del cuerpo que produzcan hormonas sexuales, andrógenos (hormonas masculinas) o estrógenos (hormonas femeninas), hormonas de crecimiento y se da una racha de crecimiento; las niñas inician a los 11 o 12 años y le siguen los niños a los 13 o 14 años de edad.

La menarquía (inicio de la menstruación) es la señal más obvia del inicio de la pubertad en las niñas, aunque esto varía es la menarquía, el inicio de la menstruación la cual es muy variable en diferentes partes del mundo, interviniendo para ellos factores ambientales, culturales y el estrés ambiental. Además es uno de los cambios relacionados con el desarrollo de los rasgos sexuales primarios y secundarios. Las características sexuales primarias están asociadas con el desarrollo de los órganos y las estructuras del cuerpo que conciernen específicamente a la reproducción, mientras que los signos visibles de la madurez sexual se denominan características sexuales secundarias. En el caso de los niños la primera eyaculación (espermarquia) por lo regular ocurre alrededor de los 13 años y equivale aproximadamente a la menarquía en una niña (Feldman, 2007).

**Tabla 1.**

SECUENCIA USUAL DE CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA (PAPALIA ET AL. 2009).

Características femeninas	Edad en que aparece por primera vez
Crecimiento de los senos	6-13
Crecimiento de vello púbico	6-14
Crecimiento corporal	9.5-14.5
Menarquia	10-16.5
Aparición del vello axilar	Alrededor de 2 años después, de la aparición del vello púbico
Mayor actividad de las glándulas productoras de grasa y sudor (lo que puede generar acné)	Más o menos la mismo tiempo que la aparición del vello axilar
Características masculinas	Edad en que aparece por primera vez
Crecimiento de los testículos y el escroto	9-13.5
Crecimiento de vello púbico	12-16
Crecimiento corporal	10.5-16
Crecimiento del pene, la próstata y las vesículas seminales	11-14.5
Cambio de voz	Más o menos al mismo tiempo que el crecimiento del pene
Primera eyaculación de semen	Alrededor de 1 año después del inicio del crecimiento del pene
Aparición del vello facial y axilar	Alrededor de 2 años después de la aparición del vello púbico
Mayor actividad de las glándulas productoras de grasa y sudor (lo que puede generar acné)	Más o menos al mismo tiempo que la aparición del vello axilar

**Tabla 2.**

CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS (PAPALIA ET AL. 2009).

Niñas	Niños
Senos	Vello púbico
Vello púbico	Vello axilar
Vello axilar	Desarrollo muscular
Cambios en la voz	Vellofacial
Cambios en la piel	Cambios en la voz
Mayor anchura y profundidad de la pelvis	Cambios en la piel
Desarrollomuscular	Ensanchamiento de los hombros

### **1.3.2 El estirón del crecimiento adolescente**

Implica un aumento rápido de la estatura, peso, crecimiento muscular y óseo que ocurre durante la pubertad; en las niñas empieza por lo general entre los 9 ½ y 14 ½ años y en los niños entre los 10 ½ y los 16 años; suele durar alrededor de dos años y al terminar el joven alcanza la madurez sexual. Tanto la hormona de crecimiento como las hormonas sexuales (andrógenos y estrógeno) contribuyen a este patrón normal del crecimiento puberal (Susman & Rogol, 2004).

Son sorprendentes los cambios físicos que tienen ramificaciones psicológicas. A la mayoría de los adolescentes les preocupa más su apariencia que cualquier otro aspecto de su persona y a algunos no les gusta lo que ven en el espejo.



### **1.3.3 El cerebro adolescente**

Feldman (2007) menciona que:

Los adolescentes tienden a afirmarse cada vez más, esta independencia se debe a los cambios que en el cerebro se suscitan, en esta etapa el cerebro produce un suministro excesivo de materia gris, la cual es podada a una tasa de 1 a 2 % por año. La mielinización –aislamiento de neuronas por una cubierta de células grasas– se incrementa y hace más eficiente la transmisión de mensajes nerviosos, ambos procesos contribuyen al crecimiento de las habilidades cognoscitivas de los adolescentes (p.398).

Las conductas arriesgadas e impulsivas características de la adolescencia, supone la falta de habilidad para controlar los impulsos debido a que en la adolescencia la corteza prefrontal encargada de procesos mentales como el pensar, evaluar, elaboración de juicios y control de impulsos se encuentra considerablemente desarrollada, pero aún inmadura (Weinberger, 2001 en Feldman, 2007).

Lo expuesto por Kunh (en Papalia et al. 2009) sobre la estimulación cognoscitiva en la adolescencia supone una diferencia fundamental en el desarrollo del cerebro, donde el proceso es bidireccional: las actividades y experiencias de una persona joven determinan qué conexiones neuronales se conservarán y fortalecerán, desarrollo que sostiene un mayor crecimiento cognoscitivo en esas áreas.

### **1.3.4 Salud física y mental**

Los problemas de salud más comunes en la adolescencia, como la obesidad, pueden prevenirse ya que suelen ser producto del estilo de vida y hábitos. Por ejemplo la práctica de ejercicio puede disminuir la probabilidad de que el adolescente participe en conductas de riesgo e incluso ofrece beneficios para la salud, si se realiza al menos 30 minutos al día con regularidad, ayudándolos a mantener una adecuada condición física y a canalizar parte de su energía en una actividad recreativa.

En un estudio que se realizó en 28 países industrializados, un promedio de 40% de los adolescentes (sobre todo varones) reportaba somnolencia matutina al menos una vez a la semana, y el 22% dijo sentirse adormilado casi todos los días. (Scheidt et al. 2000).

La privación de sueño puede minar la motivación y ocasionar irritabilidad, además de afectar la concentración y el desempeño escolar. La somnolencia también puede ser fatal para los conductores adolescentes. Algunos estudios han demostrado que los jóvenes de 16 y 29 años tienen mayores probabilidades de verse involucrados en choques ocasionados porque el conductor se queda dormido (Millman et al. 2005, en Papalia et al. 2009).

### **1.3.5 Consumo y abuso de drogas**

Las investigaciones de Chambers et al. (en Papalia et al. 2009), concluyen que el abuso de las drogas implica un consumo dañino de alcohol o de otras sustancias que pueden dar lugar a la dependencia de las drogas o adicción, la cual puede ser fisiológica, psicológica o ambas y es probable que continúe en la adultez. Las drogas que causan adicción son en especial peligrosas para los adolescentes porque estimulan partes del cerebro que continúan su desarrollo durante esta etapa; aunque la gran mayoría de los adolescentes no abusan de las drogas, una importante minoría sí lo hace.

**Tabla 3.**

FACTORES DE RIESGO PARA EL ABUSO DE DROGAS EN LOS ADOLESCENTES  
(PAPALIA ET AL. 2009).

**Secuencia usual de cambios fisiológicos en la adolescencia (Papalia et al. 2009).**

- Un temperamento difícil
- Pobre control de impulsos y una tendencia a la búsqueda de sensaciones (la cual puede tener base bioquímica)
- Influencias familiares (como una predisposición genética al alcoholismo, el consumo o aceptación de las drogas por parte de los padres, prácticas de crianza malas o ineficaces , conflicto familiar y relaciones familiares problemáticas o distantes)
- Problemas conductuales tempranos y persistentes, en particular agresión
- Fracaso académico y ausencia de compromiso con la educación
- Rechazo de los compañeros
- Asociación con consumidores de drogas
- Marginación y rebeldía
- Actitudes favorables hacia el consumo de drogas
- Inicio temprano del consumo de drogas
- Entre más factores de riesgo estén presentes, mayor es la posibilidad de que un adolescente abuse de las drogas.

---

Fuente: Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Johnson, Hoffmann y Gerstein, 1996; Masse y Tremblay, 1997; Wong et al., 2006.

### **1.3.6 Depresión y suicidio**

Nadie es inmune a experimentar períodos de tristeza y desánimo, y las y los jóvenes no son la excepción; cuando terminan con una relación, el fracaso en una tarea importante o la muerte de un ser querido se pueden producir profundos sentimientos de tristeza, pérdida y duelo. En estas situaciones, la depresión es una reacción bastante común. Pero, ¿qué tan comunes son los sentimientos de depresión en la adolescencia y juventud? Entre 25 y 40 % de las mujeres

adolescentes y 20 a 35% de los hombres jóvenes han experimentado episodios ocasionales de depresión, aunque la incidencia de depresión profunda es mucho menor, pues se trata de un auténtico trastorno psicológico, donde están involucrados factores biológicos y donde algunos adolescentes pueden tener una predisposición genética, además se combinan con algunos otros factores: (Feldman, 2007).

México se coloca en el noveno país de muertes autoinfligidas de una lista de 53 y aunque no hay estadísticas claras, se estima que cada año hay hasta 14 mil intentos de suicidios y donde uno de cada diez intentos es concluido; mientras que a nivel mundial la OMS, establece que a diario se registran 3 mil intentos de suicidios. Según la OMS, sólo un escaso número de suicidios se producen sin aviso. La mayoría de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones. Por consiguiente, deben tomarse en serio todas las amenazas de autolesión (Subsecretaría de prevención y promoción de la salud SPPS, 2012).

En la última estadística de INEGI del 2009, quedó asentado que en nuestro país se suicidaron 5,190 personas, 4201 eran varones y 989 mujeres. La mayoría prefirió el mes de mayo, la minoría, febrero. En el caso de los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, ocupan el primer lugar en sectores vulnerables, en segundo lugar se ubican personas adultas y en tercer lugar adultos mayores, sin embargo se ha detectado un incremento en niños menores de 10 años. (SPPS, 2012)

Según el CONAPO en 2010, además del suicidio las causas más frecuentes de muerte en población joven se debieron a enfermedades infecciosas y parasitarias, y el VIH/SIDA provoca cerca de cuatro defunciones por cada cien en el grupo de hombres jóvenes de entre 20 y 24 años. En el caso de las mujeres jóvenes de 15 a 19 años, 5.3 de cada 100 mueren por causas relacionadas con enfermedades infecciosas y parasitarias, entre cuyas defunciones el VIH/SIDA aporta la mayor tasa, y en el caso de la mujeres jóvenes de 19 a 24 años son 7.7 de cada 100 decesos los que ocurren por enfermedades infecciosas.

### **1.3.7 Modelo Piagetiano del desarrollo cognoscitivo: uso de las operaciones formales**

Los adolescentes entran en lo que Piaget denominó el nivel más alto de desarrollo cognoscitivo –las operaciones formales- cuando perfeccionan la capacidad de pensamiento abstracto. Ya no están ceñidos al aquí y al ahora, sino que pueden entender el tiempo histórico y el espacio extraterrestre. Pueden pensar en términos de lo que podría ser y no sólo de lo que es. Pueden imaginar posibilidades y formar y probar hipótesis.

La capacidad de pensar de manera abstracta tiene implicaciones emocionales, mientras un niño pequeño puede amar a un padre u odiar aun compañero de clase, “el adolescente puede amar la libertad y odiar la explotación...lo posible y lo ideal cautivan la mente y el sentimiento” (Ginsburg & Opper en Papalia et al. 2009 p.201).

Los cambios en la manera en que los adolescentes procesan la información reflejan la maduración de los lóbulos frontales del cerebro y explican los avances cognoscitivos descritos por Piaget. La experiencia tiene una gran influencia en la determinación de cuales conexiones neuronales se atrofian y cuales se fortalecen. Por consiguiente, el progreso en el procesamiento cognoscitivo varía mucho entre cada uno de los adolescentes (Kuhn, 2006 en Papalia et al. 2009).

Los investigadores del procesamiento de la información han identificado dos categorías de cambio mensurable en la cognición adolescente: cambio estructural y cambio funcional (Eccles et al. 2003 en Papalia et al. 2009).

Los cambios estructurales en la adolescencia incluyen; cambios en la capacidad de memoria de trabajo y en la cantidad creciente de conocimiento almacenado en la memoria a largo plazo, en esta ultima la información poder ser declarativa (“saber que...”), procedimental (“saber cómo...”) o conceptual (“saber por qué...”). Mientras que los procesos para obtener, manejar y retener la información son

aspectos funcionales de la cognición. Entre ellos se encuentran el aprendizaje, el recuerdo y el razonamiento, todos los cuales mejoran durante la adolescencia.

Entre los cambios funcionales más importantes se pueden mencionar: el incremento continuo de la velocidad del procedimiento (Kunh en Papalia et al. 2009), y un mayor desarrollo de la función ejecutiva, la cual incluye habilidades como atención selectiva, toma de decisiones, control inhibitorio de respuestas impulsivas y control de la memoria de trabajo.

### **1.3.8 Perspectivas del procesamiento de la información: transformaciones graduales en las habilidades**

Desde esta perspectiva las habilidades mentales de los adolescentes crecen de manera gradual y continua en la capacidad de asimilar, usar y almacenar información, siendo la metacognición, el conocimiento que tiene la persona de sus procesos mentales y su habilidad para superar su cognición; siendo estas habilidades las que hacen que el adolescente se vuelva especialmente introspectivo y consciente de sí mismo, produciéndose un alto grado de egocentrismo.

El egocentrismo adolescente es un estado de ensimismamiento en el cual se considera que el mundo está centrado en uno mismo, este hace sentir a los adolescentes sumamente críticos hacia las figuras de autoridad como los padres y maestros, poco dispuestos a aceptar críticas y rápidos para encontrar defectos en la conducta de los demás (Elkind, 1985; Rycek et al. 1998, Krcmar&Rubin, 2002 en Feldman, 2007).

En efecto, los adolescentes desarrollan lo que se ha llamado una audiencia imaginaria, observadores ficticios que prestan tanta atención a la conducta de los adolescentes como ellos mismos. El egocentrismo da lugar a otra distorsión del pensamiento: la idea de que las experiencias propias son únicas. Los adolescentes desarrollan fábulas personales, la visión de lo que sucede es única, excepcional y nadie más lo comparte, éstas también hacen que los adolescente se

sientan inmunes a los riesgos que amenazan a otros (Klaczynski en Feldman, 2007). Tal vez creen que no es necesario usar condones durante el sexo porque, en las fábulas personales que construyen, el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual como el SIDA sólo le suceden a otro tipo de gente, no a ellos (Feldman, 2001).

### **1.3.9 Desarrollo del lenguaje**

Los adolescentes también adquieren mayor destreza en la toma de perspectiva social, la capacidad para entender el punto de vista y nivel de conocimiento de otra persona y hablar en consecuencia. Esta capacidad es esencial para persuadir o para conversar. Al tener conciencia de su audiencia, los adolescentes hablan lenguajes diferentes con sus coetáneos y con los adultos (Owens, 1996 en Papalia et al. 2009).

### **1.3.10 Razonamiento Moral**

A medida que los niños alcanzan niveles cognoscitivos más altos adquieren la capacidad de hacer razonamientos más complejos sobre temas morales. También aumenta su tendencia al altruismo y la empatía. Los adolescentes son más capaces que los niños más jóvenes a considerar la perspectiva de otra persona para resolver problemas sociales, tratar con relaciones interpersonales, verse como seres sociales. Todas esas tendencias fomentan el desarrollo moral. (Papalia et al. 2009).

### **1.3.11 La búsqueda de la identidad**

Durante los años de la adolescencia aparece en escena la búsqueda de la identidad, definida por Erikson como una concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido. El desarrollo cognoscitivo de los adolescentes les permite construir una “teoría del yo” (Elkind en Papailia et al. 2009).

De acuerdo con Erikson los adolescentes construyen su identidad en la medida que resuelven tres problemas importantes: la elección de ocupación, la adopción de valores con los cuales vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Durante la niñez media, los niños adquieren las habilidades necesarias para tener éxito en su cultura. En la adolescencia deben encontrar maneras de utilizarlas. Cuando los jóvenes tienen dificultades para decidirse por una identidad ocupacional –o cuando sus oportunidades se ven artificialmente limitadas– están en riesgo de presentar conductas con graves consecuencias negativas, como la actividad delictiva o el embarazo temprano.

### **1.3.12 Diferencias de género en la formación de la identidad**

De acuerdo con Carol Gilligan (1982,1987<sup>a</sup> 1987b; L.M. Brown y Gilligan, en Papalia et al. 2009), el sentido del yo femenino se desarrolla no tanto mediante la adquisición de una identidad separada sino por medio del establecimiento de relaciones. Las niñas y las mujeres, dice Gilligan, se juzgan a sí mismas por un manejo de las responsabilidades y por su habilidad para cuidar de otros y de sí mismas.

La autoestima masculina tiende a estar vinculada con los esfuerzos por el logro individual, mientras que la femenina depende más de las conexiones con otros (Thorne y Michaelieu en Papalia et al. 2009).

## **1.4 Situación actual de las y los jóvenes en México**

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda INEGI 2010, en México habitan 36.2 millones de jóvenes entre 12 y 29 años de edad, de los cuales 17.8 millones son hombres (49.2%) y 18.4 millones son mujeres (50.8%).



**Tabla 4.**

JÓVENES ENTRE 12 Y 29 POR GRUPO DE EDAD, CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA INEGI (EN IMJ 2010).

Grupo de edad (años)	Hombres	Mujeres	Total
12 a 14	3.3 millones (50.6%)	3.2 millones (49.4%)	6.5 millones
15 a 19	5.5 millones (50.1%)	5.5 millones (49.9%)	11.0 millones
20 a 24	4.8 millones (48.7%)	5.1 millones (51.3%)	9.9 millones
25 a 29	4.2 millones (47.9%)	4.6 millones (52.1%)	8.8 millones
Total	17.8 millones (49.2%)	18.4 millones (50.8%)	36.2 millones

En 2010 el IMJ realiza la encuesta nacional de la Juventud, la cual es representativa a nivel nacional, estatal y para seis zonas metropolitanas, la muestra nacional fue de 29,787 cuestionarios individuales; se abordaron cinco temas: arreglo residencial, salud, sexualidad, actividad laboral y relaciones sociales, para los objetivos de esta tesina se retomará la información correspondiente al tema de sexualidad.

Los resultados generales que arrojó la encuesta en el tema de sexualidad son los siguientes: de los jóvenes encuestados entre 15 a 29 años 61.6% han tenido relaciones sexuales alguna vez, de estos 33.6 % tenían entre 15 a 19 años, 75.7% una edad comprendida entre los 20 a 24 años y 89% entre 25 a 29 años.

En lo referente al conocimiento sobre prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre 90.9% al 93.7% de los jóvenes reportan tenerlo, con ese dato podría suponerse que la información con que cuentan facilitaría el trabajo en prevención de ITS que se propone desarrollar con esta iniciativa; sin embargo cuando se observan los resultados que arroja la encuesta sobre los métodos oportunos para prevenir ITS, las y los jóvenes encuestados identifican al condón (97.5%), el no tener relaciones sexuales (82.5%), relacionarse sexualmente sólo con su pareja (60.1%) y el lavado vaginal (14.2%).

De estas cuatro opciones de protección sólo el uso del condón será considerado como una medida eficaz de impedir la transmisión del VIH y otras ITS. La abstinencia es una medida eficaz, el tiempo que se mantenga; aunque esta condición es posible es necesario tener en cuenta que una persona puede llegar a tener relaciones sexuales sin haberlo planeado, por lo que será muy importante asumirse como seres sexuados y tener siempre a la mano condones masculinos, femeninos y lubricantes en caso de requerirlos.

Con respecto a la fidelidad sexual es importante tener en cuenta que la mayoría de las personas a lo largo de su vida y en esta etapa en particular, tiene más de una pareja, si con cada una de ellas se es fiel, se hablaría de "Fidelidad Secuencial".

Lo anterior puede significar una fidelidad a 1, 2, 3... N parejas hasta ese momento en la vida, sin haber usado condón, además de correr riesgo a tener un embarazo no planeado (parejas heterosexuales) el riesgo de adquirir VIH está latente. Además de considerar que cada una de las parejas ha tenido a su vez las propias y estas últimas a otras más.

Finalmente, la consideración del uso de lavados vaginales como método de prevención, hace ver el vacío de información científica al respecto de la salud sexual y de información básica sobre VIH e ITS. Se trata de un procedimiento de higiene sexual femenina no recomendado por ginecólogos, pues la mayoría de las

veces cuando una mujer se realiza un lavado vaginal emplea sustancias químicas agresivas a la mucosa vaginal y que barren con la flora natural que la protegen de algunas bacterias que pueden provocar infecciones vaginales. Además hay que tomar en cuenta que si la mucosa vaginal está lastimada, por la acción de una infección, por el uso de lavados vaginales o por cualquier otra situación, la mujer queda más expuesta a la infección por VIH. Por todo lo anterior este procedimiento no debería ser usado, ni recomendado como medida de prevención.

El que las y los jóvenes cuenten con la información suficiente y adecuada acerca de sus derechos sexuales y reproductivos, prácticas sexuales seguras y acceso a implementos de sexo seguro y protegido, son elementos que contribuirán al cambio de comportamientos y actitudes para mantener un ejercicio de la sexualidad placentero, seguro y libre de estigma y discriminación.

CAPÍTULO DOS

## **SALUD SEXUAL Y VIH**

## **2.1 Justificación**

Existe una estrecha relación entre el ejercicio sexual de las y los jóvenes y los riesgos que existen para la adquisición de VIH y otras ITS, así como de embarazos no deseados; si este ejercicio tuviera como base la información clara, científica y libre de tabús acerca de lo que implica vivir una sexualidad plena, placentera y responsable, llevaría a las y los jóvenes a disminuir de manera importante los riesgos de adquirir VIH.

Por otro lado si la base de la educación en sexualidad es información limitada, no científica, llena de prejuicios, la práctica sexual se tornaría, limitada, no placentera y llena conductas sexuales de riesgo. De ahí la importancia de conocer a profundidad de qué manera se concibe a la salud sexual, cuáles son sus componentes y como están relacionados; de la misma manera es imprescindible conocer y reconocer los derechos sexuales y reproductivos que tienen las y los jóvenes, con la finalidad de que los puedan ejercer y hacer valer ante ellos mismos y ante los demás.

Al mismo tiempo se revisará información básica acerca del VIH, qué es, cómo se transmite, cómo se previene, cómo se detecta, cuáles son los tratamientos existentes; con ello poder ir detectando los vacíos que podrían llenarse para desarrollar una estrategia educativa que incida hacia el cambio de comportamientos más saludables, donde las y los jóvenes se reconozcan en riesgo.

## **2.2 Definición de salud sexual**

*Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las*

*expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (OPS/OMS, 2000).*

Un cambio fundamental en el nuevo concepto de salud–enfermedad desde una perspectiva de género y derechos ciudadanos lo ha constituido el concepto de Salud Sexual y Reproductiva, lo que propició que las personas y en especial las mujeres, se construyan en tanto sujetos de derecho en el campo de la sexualidad y la reproducción, lo que implica el acceso a poder y recursos para tomar decisiones sobre sus vidas y sus cuerpos de manera auto determinada, sustentadas por el principio ético de la autonomía (OMS, 2012).

Sin embargo, en muchos programas de adolescentes no se han incluido aún estos conceptos amplios sobre salud sexual y desarrollo, y se sabe poco sobre la sexualidad sana de los jóvenes dentro de su ambiente cultural. Es necesario aprender más sobre los valores, identidad y actitudes de ambos sexos. Los indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes se centran sobre todo en las consecuencias de la salud reproductiva, dejándose fuera los indicadores sobre salud sexual y desarrollo, como por ejemplo el conocimiento y aprecio del propio cuerpo, el desarrollo de relaciones relevantes y la capacidad de negociación (OMS, 2012).

La World Association of Sexology WAS (en OPS/OMS, 2005) indica que el desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas, como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. El reconocimiento de los derechos sexuales es inherente a una sexualidad saludable, donde los individuos tienen derecho a la libertad sexual, privacidad, equidad, placer, y a elecciones libres y responsables. A través del

proceso de consejería, los orientadores pueden estimular conductas sexuales saludables y apoyar la autoestima, así como enseñar a las y los jóvenes habilidades importantes de comunicación y negociación sexual que pueda mejorar su salud sexual a lo largo de su vida.

La OMS considera que se requieren tres elementos básicos para conseguir una buena salud sexual, a saber:

1. La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva, equilibrando una ética personal y social.
2. El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos, ni falacias; en esencia, sin factores psicológicos ni sociales que interfieran con las relaciones sexuales.
3. El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan.

La salud sexual es parte integral del concepto de salud de la OMS que la concibe como el completo estado de bienestar físico, psicológico y social (Álvarez-Gayou, 2011).

**Tabla 5.**

MODELO DE CARACTERÍSTICAS DE UN ADOLESCENTE SEXUALMENTE SANO  
(OPS/OMS, 2005)

Un adolescente sexualmente sano es aquel que:

- Aprecia su propio cuerpo
- Entiende los cambios en la pubertad y los considera normales
- Busca mayor información según sea necesario
- Afirma que el desarrollo humano significa desarrollo sexual, y que éste puede o no incluir reproducción o experiencia sexual genital
- Se identifica y vive con sus propios valores
- Asume la responsabilidad por su propio comportamiento
- Se comunica de manera eficaz con su familia y sus amigos
- Comprende las consecuencias de sus propias acciones
- Distingue entre los deseos personales y los del grupo
- Asume su propia identidad sexual y respeta la de los demás
- Ve a su familia como una valiosa fuente de apoyo
- Expresa amor e intimidad de manera apropiada
- Desarrolla y mantiene buenas relaciones personales
- Comprende cómo el patrimonio cultural incluyendo los medios de comunicación afecta las ideas acerca de la familia, las relaciones interpersonales, la sexualidad y la ética
- Mantiene un equilibrio apropiado entre sus roles familiares, sus responsabilidades y su necesidad creciente de independencia
- Respeto los derechos de los otros
- Interactúa con ambos géneros de manera respetuosa y apropiada
- Tiene un adulto (dentro o fuera de la familia) con quien hablar, a quien hacer preguntas y quien puede servir de modelo a imitar
- Conoce las expectativas de los padres y las propias
- Disfruta y expresa la propia sexualidad
- Disfruta de sentimientos sexuales sin tener necesariamente que actuar en ellos
- Discrimina entre comportamientos sexuales positivos y aquellos que pueden ser peligrosos para su propia persona y para el resto
- Expresa su propia sexualidad respetando los derechos de los otros
- Busca siempre nueva información para mejorar su propia sexualidad



Tabla 5. Continuación

Un adolescente sexualmente sano es aquel que:

- Lleva una vida sexual de acuerdo a su edad, consensuada, honesta, placentera y protegida
- Previene el abuso sexual y evita las relaciones manipuladoras y abusivas
- Retrasa el inicio de las relaciones sexuales o usa contraceptivos para evitar el embarazo no deseado o contraer/transmitir una enfermedad sexual, incluido el VIH
- Practica comportamientos que fomenten su salud, como el control de salud periódico y la identificación temprana de problemas potenciales
- Distingue entre el amor y a la atracción sexual
- Actúa de manera consistente a sus propios valores frente a un embarazo no deseado, y busca asistencia temprana
- Demuestra respeto hacia personas con diferentes valores sexuales
- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, médicos y sociales en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos relacionados con su sexualidad
- Promueve los derechos de todas las personas para obtener información sobre sexualidad
- Rechaza estereotipos sobre sexualidad de diferentes grupos
- Educa a otros sobre sexualidad
- Promueve la igualdad entre hombres y mujeres

---

Adaptado con permiso de the National Guidelines Task Force and the SIECUS Report of the National Commission on Adolescent Sexual Health. Guidelines for Comprehensive Sexuality Education.

## **2.3 Conceptos básicos de salud sexual**

### **2.3.1 Sexo**

“El término ‘sexo’ se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos” (Arango de Montis, 2008 p.5).

Para Álvarez-Gayou (2011), el sexo es: “la serie de características físicas determinadas por vía genética, las cuales colocan a los sujetos de una especie en algún punto del continuo que tiene como extremo a los individuos

reproductivamente complementarios” (p.3). Los hombres y mujeres no nacen siendo reproductivamente complementarios, su ciclo de reproducción inicia en la pubertad.

El sexo está constituido por siete elementos o dimensiones:

1. Sexo cromosómico
2. Sexo gonadal
3. Sexo génico
4. Sexo hormonal
5. Órganos sexuales pélvicos internos (OSPIS)
6. Órganos sexuales pélvicos externos (OSPES)
7. Sexo cerebral (dimorfismo sexual)

En lo que se refiere al sexo cromosómico este se determina por los cromosomas X o Y, esta fórmula induce la diferenciación de las gónadas (testículos u ovarios) siendo estos órganos los que producen las hormonas sexuales.

La dimensión del sexo génico se refiere a las enzimas que deben producirse para que se lleve a cabo la diferenciación de los órganos sexuales pélvicos internos y externos: la proteína citosólica nuclear receptora de andrógenos y la 5- $\alpha$ -reductasa, indispensables para que se dé la diferenciación masculina.

En 2011, Álvarez-Gayou señala que el camino <natural> de la diferenciación sexual embrionaria es femenino, y lo que requiere siempre son inductores y/o enzimas es la diferenciación masculina. Desde la perspectiva embrionaria se puede decir que los varones son <mujeres modificadas>.

Se denomina “sexo de asignación al que se le da al individuo cuando nace, por lo general, en función del aspecto de sus órganos sexuales externos”.

### **2.3.2 Sexualidad**

La expresión de la sexualidad humana se experimenta en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

El término 'sexualidad' se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o expresa en forma de pensamientos, fantasías, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales (Arango de Montis, 2008, p.5).

### **2.3.3 Género**

El género es una categoría social con introyectos psicológicos. Se refiere a un *estatus* logrado, que es una función de la socialización y que tienen componentes sociales, culturales y psicológicos. Como resultado de experiencias directas e indirectas, aprendizajes formales e informales, se crean imágenes, concepciones, percepciones de la masculinidad y la feminidad (Álvarez-Gayou, 2011, p.5).

### **2.3.4 Identidad de género**

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a

los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género (Arango de Montis, 2008, p.6). La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

La identidad de género es la identificación psicológica que va desarrollando el niño con uno u otro sexo, el sentir psicológico íntimo de ser hombre o mujer. Investigaciones recientes indican que dicha identidad está determinada alrededor de los 12 meses de edad (Álvarez-Gayou, 2011, p.6).

### **2.3.5 Orientación Sexual**

“La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual” (Arango de Montis, 2008, p.6). La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de ambos elementos.

En 2009, Papalia et al. definen a la orientación sexual como el foco constante del interés sexual, romántico y afectivo, sea heterosexual, homosexual o bisexual. Muchos jóvenes tienen una o más experiencias homosexuales, pero las experiencias aisladas o incluso la atracción o las fantasías ocasionales no determinan la orientación sexual.

### **2.3.6 Identidad sexual**

“La identidad sexual incluye la manera en que la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona” (Arango de Montis, 2008, p.6). Es el marco de referencia interno que se

forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse en el ámbito social conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

### **2.3.7 Erotismo**

“El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y, que por lo general, se identifica con placer sexual” (Arango de Montis, 2008 p.6). El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

### **2.3.8 Vínculo afectivo**

“La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante emociones” (Arango de Montis, 2008, p.6). El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como el social mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.

### **2.3.9 Actividad sexual**

“La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente” (Arango de Montis, 2008, p.7). La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

### **2.3.10 Prácticas sexuales**

“Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predictibles” (Arango de Montis, 2008, p.7).

### **2.3.11 Relaciones sexuales sin riesgo**

“La expresión ‘relaciones seguras sin riesgo’ se emplea para especificarlas prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH” (Arango de Montis, 2008, p.7).

### **2.3.12 Comportamientos sexuales responsables**

“El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar” (Arango de Montis, 2008, p.7).

## **2.4 La salud sexual de las y los jóvenes**

Verse a sí mismo como un ser sexuado, reconocer la propia orientación sexual, aceptar los cambios sexuales y establecer apegos románticos o sexuales, son aspectos que acompañan a la adquisición de la identidad sexual. La conciencia de la sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad, que afecta de manera profunda las relaciones y la imagen que uno tiene de sí mismo. Si bien este es un proceso impulsado por factores biológicos, su expresión está definida en parte por la cultura.

Con el acceso generalizado a internet, hoy en día es más común el sexo casual con ciberdesconocidos que se conectan a través de las salas de

conversación en línea o en los sitios de reunión para los solteros. Los teléfonos celulares, el correo electrónico, redes sociales y la mensajería instantánea facilitan a los adolescentes a concertar citas con desconocidos incorpóreos, aislados del escrutinio de los adultos. Todos estos cambios han incrementado la preocupación por los riesgos sexuales a los que se exponen los adolescentes. Por otro lado la epidemia de la infección por VIH ha llevado a muchos jóvenes a optar por la abstinencia sexual fuera de las relaciones serias o a realizar prácticas sexuales más seguras (Papalia et al. 2009 p.396).

#### **2.4.1 Derechos sexuales de las y los jóvenes**

La Cartilla de derechos sexuales de las y los jóvenes “Hagamos un Hecho Nuestros Derechos”, tiene como marco a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a diversos instrumentos internacionales ratificados por el Estado mexicano y surge dentro de la Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de las y los jóvenes. En su diseño participaron diversas organizaciones de la sociedad civil y la Comisión Nacional de Derechos Humanos; es indispensable que las y los jóvenes los conozcan no sólo para saber que existen, sino también para que sea una marco de referencia de cómo pueden ejercer su sexualidad. Véase Anexo 1.

### **2.5 Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH**

#### **2.5.1 Definición de VIH**

Nombre dado al agente causal del SIDA a partir de mayo de 1986 de acuerdo a la recomendación del Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus. El VIH

produce el SIDA, una enfermedad incurable y mortal cuyos primeros casos aparecieron en el año de 1981 en los Estados Unidos de Norteamérica y que en México los dos primeros casos fueron detectados en el año de 1983, uno en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Centro Médico Nacional, en Neumología, por el doctor Stanislao Stanislavsky y el otro en el Instituto Nacional de la Nutrición (Guerra, 2012).

El primer caso pediátrico se detectó en el Hospital Infantil de México. El VIH que fue identificado en octubre de 1983 por la doctora Francoise Barré-Sinoussi, del equipo del doctor Luc Montaigner en el Instituto Pasteur de París, Francia, tiene forma de icosaedro con una cubierta exterior con 72 espículas y conteniendo en su interior cuatro proteínas o enzimas que participan en la invasión de las células y en la reproducción del propio virus y que son la transcriptasa inversa, ribonucleasa h, proteasa e integrasa (Guerra, 2012).

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, lo cual significa que es capaz de invertir la dirección de la información que normalmente fluye del ADN al ARN, pero que en este caso lo hace en sentido inverso gracias a la transcriptasa inversa, introduciendo de esta manera su código genético y por medio de la integrasa lo "integra" al código de la célula CD4 infectada, lo que permite que ésta en lugar de multiplicarse, lo que hace es producir nuevos virus, llamados viriones. La estructura genética del VIH está formada por 9,139 nucleótidos. El VIH es un lentivirus, lo cual significa que permanece mucho tiempo en estado latente, hasta que no llega un factor que lo activa y lo haga iniciar su reproducción. Sin embargo, aunque antes se tenía la creencia de que el VIH permanecía totalmente inactivo durante largos periodos, hoy sabemos que desde el inicio se reproduce, principalmente en el sistema linfático (Guerra, 2012).

Varios especialistas, entre ellos el Dr. Luc Montaigner, su descubridor, creen que la acción del virus no es suficiente para desarrollar el SIDA, sino que es necesario que ocurra la Apoptosis, que es la muerte programada de las células, que en este caso ocurre de manera anormalmente acelerada. El VIH destruye las células



inmunológicas, provocando que el organismo quede indefenso, lo que aprovechan diversas infecciones y cánceres, que por esta razón se denominan oportunistas, para atacar al organismo y causar su muerte. Actualmente se sabe que existen dos tipos de VIH, el 1 y el 2 uno que se presenta en América y Europa y el VIH-2 en el continente africano (Guerra, 2012).

### **2.5.2 Mecanismos de transmisión**

En el caso del VIH/SIDA las formas de transmisión están claramente identificadas:

1. Sexual. Por tener relaciones sin protección con una persona con VIH/SIDA PVVS.
2. Sanguínea. Por recibir sangre o sus derivados u órganos de una PVVS. Incluye el uso compartido de agujas contaminadas no esterilizadas antes de su reuso.
3. Perinatal. De una mujer embarazada y con VIH/SIDA a su hijo, durante la gestación, en el momento del parto o al amamantarlo.

El VIH/SIDA no se transmite por saludar, abrazar, besar o cualquier otro contacto casual con PVVS; comer en la misma vajilla o compartir utensilios con una PVVS; dar respiración de boca a boca a una PVVS; vivir, trabajar, hacer ejercicio o estudiar bajo el mismo techo con PVVS; usar instalaciones sanitarias, deportivas, albercas, baños, restaurantes y otros lugares públicos; cuidar a PVVS; picaduras de insectos.

### **2.5.3 Medidas de prevención de la transmisión del VIH**

Si se toma en cuenta, que la gran parte de la infecciones por VIH se dan a través de la vía sexual, existen una gran variedad de opciones que les permitirán a las y los jóvenes ejercer su sexualidad de una manera más segura. Por ejemplo:

- Ver, oír e imaginar situaciones eróticas.
- Besos
- Masajes, abrazos, caricias eróticas con o sin ropa.

- Penetrar anal o vaginalmente usando condón y lubricante soluble al agua o base silicon.
- Usar juguetes sexuales (cada cual los suyos) o si se comparte con protección.
- Dedear (introducir dedos) en la vagina o ano, con protección.
- Sexo oral, si es vulva, pene o ano, con protección.
- Eyacular fuera de la pareja sobre piel sana y dentro de la pareja usando una barrera de protección.
- Si se usa una barrera como el condón masculino de látex o poliuretano, o el condón femenino de poliuretano o polímero de nitrilo; estos deben ser usados de manera correcta y consistente. Véase Anexo 2
- Si así se prefiere, reducir el número de parejas sexuales.
- Practicando la abstinencia sexual.
- Reducir o evitar el consumo de drogas recreativas (marihuana, cocaína, “poppers”, etc.); así como alcohol y tabaco, ya que deprime tus defensas inmunológicas.

Para reducir los riesgos de adquirir VIH a través de la vía sanguínea y perinatal se recomienda:

- En las transfusiones usar sangre segura que haya sido analizada y esté libre de VIH.
- A los Usuarios de Drogas Inyectadas UDI, que utilicen agujas y jeringas nuevas en cada aplicación o lavarlas y/o hervirlas.
- Utilizar guantes de látex o poliuretano siempre que se maneje sangre o secreciones corporales
- A las mujeres embarazadas realizarse la prueba de detección para el VIH y si se tiene un resultado reactivo tomar el tratamiento antirretroviral

Cuando se han tenido prácticas de riesgo tales como: relaciones sexuales con penetración, sin el uso adecuado del condón, compartir agujas o jeringas y se sospeche de estar infectado; se recomienda asistir a una consejería en VIH para evaluar la pertinencia de practicarse una prueba de detección de anticuerpos

contra el VIH en los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) o en algunas Organizaciones No Gubernamentales especializadas en la atención y prevención de VIH/SIDA, donde médicos, psicólogos o trabajadores sociales capacitados les ofrecerán la consejería pre y post y la aplicación de la prueba, en caso de que se requiera y una vez realizada ésta, ofrecer un acompañamiento en todo el proceso; independientemente de un resultado reactivo o negativo.

La única forma de saber si alguien adquirió el VIH es mediante una prueba de laboratorio que detecta anticuerpos contra el virus en sangre o saliva. Hay 2 pruebas de detección: indirectas, que detectan la presencia de anticuerpos anti-VIH y éstas pueden ser de tamizaje o presuntivas, como ELISA, SERODIA y pruebas rápidas o confirmatorias como Western blot; toda prueba indirecta positiva debe ser confirmada por Western blot. Por otro lado las pruebas directas detectan la presencia del virus en el organismo y son: cultivo viral y confirmatorias, como Western blot (CENSIDA, 2010).

Está comprobado que el VIH no puede transmitirse por el contacto casual o cotidiano como los abrazos, las caricias, los besos o por compartir utensilios para comer o de baño ni por nadar en albercas. Tampoco se transmite a través de los animales, ni por picaduras de insectos (CENSIDA, 2010).

## **2.5 Situación actual del VIH en México**

La principal herramienta para la vigilancia epidemiológica en el país es el Registro Nacional de casos SIDA (RNCS), indicaba que para el mes de septiembre de 2012 en el país se habían notificado un total de 159,411 casos de SIDA (82% en hombres) y 42,920 casos que continúan como seropositivos al VIH (74% en hombres) siendo evidente que la epidemia en

el país continua siendo predominantemente masculina. En lo concerniente a las personas que continúan seropositivas al VIH, la mayor proporción de casos se encuentra en el grupo de 25 a 29 años (20.9%), seguida en segundo lugar por el grupo de 20 a 24 años (18.7%), lo que significa que el VIH está afectando a un número importante de jóvenes en nuestro país (CENSIDA, 2012 p.17).

Los datos actuales del RNCS siguen confirmando que la epidemia en el país continúa siendo predominantemente de transmisión sexual, ya que del total de casos notificados históricamente de SIDA y seropositivos al VIH en los que se conoce su categoría de transmisión, 94% de los casos notificados de SIDA desde los inicios de la epidemia, pertenecen a la categoría de transmisión sexual, ya sea homosexual, bisexual o heterosexual, mientras que en caso de los que continúan siendo seropositivos a VIH la cifra es de 97%.

Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT, 2012), indican que 84.6% de los hombres de la población general de 15 a 49 años tenían vida sexual activa, mientras que 81.6% de las mujeres reportó estar activa sexualmente. Con respecto al uso del condón es casi siempre mayor en la primera relación sexual que en la última relación sexual para la gran mayoría de los grupos de edad; son los hombres quienes reportan mayor uso del condón en comparación con las mujeres; lo que pone en evidencia factores de vulnerabilidad en las mujeres debido a cuestiones de inequidad de género (CENSIDA, 2012 p.24).

**Tabla 6.**

## INDICADORES DE COMPORTAMIENTO SEXUAL, ENSANUT 2011/2012

Edad	Sexualmente activos (%)		Uso de condón primera relación (%)		Uso de condón última relación (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15 a 19	40.3 %	31.3 %	80.0 %	60.7 %	79.1 %	47.4 %
20 a 24	87.4 %	80.1 %	69.7 %	50.5 %	62.4 %	37.7 %
25 a 29	96.8 %	91.6 %	57.3 %	38.5 %	47.0 %	30.2 %

Fuente: Gutiérrez et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales, Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

En 2011, más de 2400 personas entre 15 y 24 años contrajeron el VIH cada día, los jóvenes suponen 40% (36%-45%) de las infecciones y cerca de cinco millones viven con el VIH (ONUSIDA, 2012 p.76).

El descenso de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo se ha visto favorecido por cambios en las conductas de jóvenes, profesionales del sexo y sus clientes, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transexuales. El acceso a los servicios de prevención del VIH ha capacitado a individuos y comunidades para responder con seriedad a la enfermedad. En varios países con epidemias generalizadas, la combinación de varios cambios de conductas, como la reducción del número de parejas sexuales, el incremento del uso del preservativo o el retraso de la iniciación sexual, ha conseguido reducir las nuevas infecciones (World AIDS Report 2011, p.14).

El modelo Spectrum 4.47 del ONUSIDA estimó que en el 2011 la prevalencia de infección por el VIH en la población adulta de 15 a 49 años de edad estaba entre el [0.24 - 0.30%], considerando el límite superior del análisis de plausibilidad que

ofrece el modelo, siendo el 0.24% el estimador puntual. La tendencia de este indicador muestra que la prevalencia ha disminuido durante los últimos años. Según este modelo, para 2011 vivían en el país entre [169,443 - 213,363] según el límite superior del análisis de plausibilidad, en donde el estimador puntual son 169,443 adultos y niños. (CENSIDA-ONUSIDA, Estimaciones del Modelo Spectrum 4.47, 201).

En las poblaciones clave la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido históricamente por encima del 5% en HSH, UDI y HTS. Para 2011, datos observacionales indican que la prevalencia de VIH en los HSH era de 16.99%, seguidos de los HTS (18.24%), los UDI, (7.0%), y finalmente las MTS (0.63%) (Bautista, et al. 2012).

La tendencia histórica de la epidemia muestra que desde 1997 la proporción de casos de SIDA se ha mantenido similar entre los grupos de personas menores de 15 años, personas de entre 15 y 24 años, personas de entre 35 y 49 años; y personas mayores de cincuenta años, siendo las poblaciones comprendidas entre los 25 y los 49. Respecto a la edad, el grupo de 30-34 años de edad es el grupo con mayor porcentaje de casos de SIDA (19.8%), seguido del grupo de 25-29 años de edad (18.2%). En tercer lugar de importancia aparecen el grupo 35-39 años de edad con 16.4% de los casos de SIDA diagnosticados.

La epidemia del SIDA en mujeres adultas (de 15 y más años de edad), también es dominada por la transmisión sexual, en donde la transmisión de tipo heterosexual significa casi 98% del total de casos registrados en el 2011, aunque cabe destacar que muchos hombres que tienen sexo con otros hombres no se asumen como HSH y que sus parejas sexuales femeninas desconocen este comportamiento de su pareja masculina, en tanto que los casos de SIDA perinatales y en usuarias de drogas inyectadas ocupan el porcentaje restante.

Al igual que la epidemia en varones, los casos de SIDA en mujeres asociados a la transfusión sanguínea, que llegaron a representar más del 80% de los casos al

inicio de la epidemia, también han desaparecido como resultado del tamizaje obligatorio de la sangre a transfundir, así como por la prohibición de la comercialización de la misma, aplicada en nuestro país exitosamente en los primeros años de la epidemia.

Algunos grupos de jóvenes: los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales y los que se inyectan drogas, están en mayor riesgo de contraer VIH porque adoptan, o son obligados a adoptar comportamientos de riesgo; pues no sólo basta con pertenecer a alguno de estos grupos de personas, sino que resulta importante la suma de los factores, incluyendo la frecuencia del comportamiento de riesgo, la probabilidad de exposición al VIH asociado a ese comportamiento, por ejemplo la prevalencia del VIH entre las parejas sexuales y los que utilizan la misma jeringa en el momento de usar alguna droga o bien en el caso de las prácticas sexuales donde el sexo anal involucra un mayor riesgo que el sexo vaginal (UNFPA, 2009).

CAPÍTULO TRES

**PERCEPCIÓN Y CONSTRUCCIÓN  
DE RIESGO EN LAS Y LOS JÓVENES**



### **3.1 Justificación**

Resulta importante conocer que factores intervienen en la construcción de la percepción de riesgo de contraer el VIH en las y los jóvenes; debido a que en algunos ésta es baja o inclusive nula; tomando en cuenta que existe información científica disponible acerca de los mecanismos de transmisión, de la misma manera se sabe que el condón masculino y femenino son altamente efectivos en la prevención de su transmisión; sin embargo con la identificación de los componentes que participan en la construcción de la percepción de riesgo sería posible diseñar estrategias efectivas que impacten en los jóvenes, para lograr incrementar esta percepción y favorecer la toma de conciencia acerca de las conductas de riesgo que tienen las y los jóvenes en la Ciudad de México.

Varias investigaciones basadas en diferentes modelos teóricos han demostrado que a pesar de los conocimientos sobre el SIDA, el VIH, los mecanismos de transmisión de esa infección y las formas de prevenirla, los adolescentes y los adultos jóvenes continúan practicando comportamientos de riesgo. Entre estos comportamientos destacan iniciar la vida sexual a edades tempranas, tener relaciones sexuales con múltiples parejas y no utilizar condón de manera correcta y consistente.

Para dar solución a este problema es necesario identificar las variables que pueden ayudar a predecir la tendencia de adoptar comportamientos de riesgo, de manera que las autoridades y los profesionales de la salud puedan incidir eficazmente y reducir el riesgo de adquirir ITS.

### **3.2 Definición de percepción de riesgo**

Lameiras et al. (2002), mencionaron lo expuesto por Van der Pligt en 1998 quien concibe a “la percepción de riesgo como la probabilidad subjetiva de que una consecuencia negativa le ocurra al sujeto” es decir: ‘riesgo incondicional’ dando

cuenta de una 'invulnerabilidad percibida', también denominada 'ilusión de control', es decir, de una valoración sistemáticamente baja del riesgo asociado a determinadas conductas (p.255).

“Esta invulnerabilidad se considera resultado de un optimismo no realista que se combina con la distorsión denominada *prima inter pares* que supone infravalorar el riesgo personal y sobrevalorar el ajeno” (Lameiras et al. 2002 p.255).

Por su parte Lameiras et al. (2002), nos dicen: “la percepción de riesgo, es decir, la susceptibilidad a sufrir consecuencias negativas” es una de las variables que en mayor medida se ha vinculado a las conductas pro-salud, como es la utilización sistémica del preservativo para prevenir la transmisión heterosexual del VIH.

En 2010, Barzaga entiende a la percepción de riesgo como “La vulnerabilidad percibida por la persona de considerarse en riesgo o no de enfermar”; “la valoración del grado de conciencia que tiene un individuo de la probabilidad de adquirir una ITS en una situación determinada” (párr.10).

Si consideramos a un joven que no cuenta con información suficiente acerca del VIH y su práctica sexual se da sin usar algún método de protección como el condón, se puede suponer que este comportamiento de riesgo, podría no haber experimentado alguna consecuencia negativa, este joven asumirá que no le pasará nada y seguirá con este comportamiento; lo que lo puede llevar a habituarse a este tipo de comportamiento y lo llevará a vivirse con un exceso de confianza (Barzaga, 2010).

### **3.3 ¿Cómo se construye la percepción de riesgo?**

En otro estudio realizado en la ciudad de Medellín en Colombia se encontró que aunque los adolescentes conocen la gravedad del SIDA, sólo 76% sabe que no tiene curación y el temor que inspira esta enfermedad se encuentra muy cercano al que inspira un embarazo no deseado; además sólo 25 % de los adolescentes

que han tenido relaciones sexuales, se han realizado pruebas de detección de anticuerpos, a pesar de que cerca de la mitad reconocen haber tenido prácticas de riesgo (Vinnacia et al. 2007).

Los estudios y análisis que se han realizado en torno a la percepción de riesgo juegan un papel central en la prevención de la transmisión del VIH/SIDA; Thompson et al. (En Vinnacia et al. 2007), encontraron que los dos únicos predictores de las conductas de riesgo son el miedo ante la transmisión del VIH y la escasa comunicación entre los miembros de la pareja sexual; por el contrario si los jóvenes piensan en que el VIH/SIDA es una infección que tiene cura, esto los puede llevar a no tomar las medidas preventivas necesarias.

Con respecto al uso del condón, sobresale la baja prevalencia de su uso en las prácticas de sexo oral (9%) y en las de penetración vaginal (32%), también baja, si tomamos en cuenta que se desee prevenir el embarazo no planeado y si consideramos a la práctica de penetración anal donde no existe riesgo de embarazo, pero si es considerada un práctica de alto riesgo para adquirir VIH, tan sólo el 38% usa sistemáticamente el condón (Vinnacia et al. 2007).

Sólo 21% de los jóvenes en este estudio dice que el condón es un método fiable, dicha creencia contribuye directamente en la falta de uso, así como la percepción de que existen barreras o dificultades para su utilización como:

1. Disminución de la sensibilidad
2. Miedo a la posible ruptura
3. Dificultad para obtenerlos
4. Vergüenza a la hora de comprarlos

Son muchas las investigaciones realizadas en este tema, en una de ellas donde la muestra fue en poblacional universitaria se encontraron una serie de factores individuales que los predisponen a tener conductas sexuales de riesgo para adquirir VIH/SIDA tales como: desinformación, déficit de habilidades para una sexualidad responsable (asertividad, negación, toma de decisiones, etc.), poca

conciencia de valores como la vida, el amor, la responsabilidad, la soledad, etc. Y la prevalencia de una percepción inadecuada de los riesgos para adquirir VIH/SIDA de la conducta sexual (invulnerabilidad para VIH/SIDA). Igualmente se encontró que la variable género era moduladora respecto al grado de información percibido y real hacia la infección.

En 2001, se encontraron resultados similares en un estudio realizado por López, (Vera & Vera, et al. en Vinaccia, 2007); existieron diferencias significativas a nivel de género con respecto al grado de información percibido y real hacia el VIH/Sida; los hombres jóvenes tienen mayor información respecto a las conductas sexuales de riesgo que las mujeres, igualmente que estos inician su actividad sexual a más temprana edad y tienen creencias o mitos asociados al uso del condón en cuanto que interfiere con el placer o sensibilidad sexual.

Por su parte en 2006, Chirinos, Bardales y Segura, encontraron que sólo en algunas situaciones de riesgo los entrevistados señalaron que tomarían precauciones para no contagiarse de SIDA: con una desconocida o una relación casual 99,1%, una trabajadora sexual 99%, una persona a la que no ama 98%, una amante 96%, un(a) conocido(a) 89%, una persona virgen 58%, una pareja estable con quien vive o novia 56% y una persona a la que ama mucho 52%; no se cuidaría con su esposa 88%.

### **3.4 Aproximaciones teóricas sobre la percepción de riesgo**

En 1983 Rogers (en Lameiras 2002), propone en su modelo de la Motivación de la Protección; que el primer paso para alcanzar conductas pro-salud es convencer a las y los jóvenes de la asociación que existen entre ciertas conductas, por ejemplo prácticas sexuales no seguras, es decir sin protección y sus consecuencias negativas, como adquirir una infección como el VIH/SIDA.

En 1986 Bandura (en Lameiras 2002) tiene una conceptualización de la percepción de riesgo, el concepto «expectativas de resultado»; por ejemplo en el caso de las y los jóvenes existen un vínculo u asociación entre ciertas conductas y sus consecuencias positivas: usar condón en sus prácticas sexuales con el objetivo de evitar adquirir el VIH/SIDA.

### **3.5 Percepción de riesgo asociada al VIH**

El ejercicio de la sexualidad sin el uso de algún mecanismo de protección, tiene implícito el riesgo de adquirir VIH, si consideramos que en México hablar de sexualidad sigue siendo un tabú, se trata del ámbito más íntimo en la vida de las personas y en este caso de las y los jóvenes; se dificulta acceder a su conocimiento y por ende a incidir en un cambio que incluya adoptar comportamientos sexuales seguros. Se deben asumir entonces dos dificultades al tratar sobre el riesgo a contraer VIH:

1. La complejidad del comportamiento humano
2. La imposibilidad de eliminar los riesgos inherentes al hecho de vivir (Barzaga, 2010).

Una parte importante para favorecer la percepción de riesgo a adquirir VIH es tener conocimientos sobre los factores que favorecen la transmisión de este virus y con ello mayores las posibilidades de intervenir. La existencia de factores de riesgo, no nos da la certeza de que el daño (ITS/VIH) se vaya a producir, pero sí nos indica una mayor probabilidad de que suceda y por consiguiente de atenderlos (Barzaga, 2010).

Según Gonçalves, (2007); tener percepción de riesgo, en este contexto, es ser consciente de la probabilidad que uno tiene de adquirir una ITS, en una situación determinada. Hay algunos factores que hacen que esta percepción disminuya e incluso que desaparezca, como son:

- La infravaloración del riesgo personal: Es la tendencia a atribuirnos menos riesgos a nosotros mismos que a los otros, sin tener razones para ello
- Habitación al riesgo: se produce al realizar, de forma habitual, comportamientos de riesgo sin que tengan consecuencias negativas, por lo que acaban por no parecer arriesgados.
- Ilusión de invulnerabilidad: favorecida por la habitación al riesgo, supone creerse a salvo del peligro de manera infundada.

En un estudio realizado en jóvenes entre 17 y 25 años de edad en la ciudad de Cuernavaca; mostraron tener una actitud de distanciamiento y de nula o poca apropiación de la infección por VIH; sí bien la consideran como no exclusiva de hombres gay, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales, sí consideraron que son los grupos de más alto riesgo para adquirirla; sigue existiendo el miedo al contagio, inseguridad sentimientos de control de la sexualidad basados en el conocimiento de sentido común de la enfermedad particularmente sobre sus formas de contagio y prevención; contrastando con el conocimiento especializado que tienen acerca de los mismos temas. Además le siguen dando una valoración moral a las relaciones basadas en fidelidad y abstinencia, aunque este sistema de valores interfiera con su propia libertad (Palacios & De Alba, 2006).

Bayés (1999, en Lameiras et al. 2002), distingue entre monogamia no protectora y monogamia protectora. En la primera puede incluirse a la monogamia seriada que implica mantener relaciones afectivas y sexuales con más de una pareja a lo largo de la vida.

Adicionalmente, hay que contemplar que los riesgos que un joven haya mantenido en sus relaciones sexuales con una pareja, van alimentados por las prácticas que su pareja haya tenido, por lo que también se incluiría dentro de la monogamia no protectora, sí además tenemos en cuenta el número de sujetos que no informaría a su pareja de una situación de infidelidad (Lameiras et al. 2002).

### **3.6 Aceptación de riesgos**

El no percatarse de los riesgos que corre, la poca información, las advertencias de los adultos poco eficaces o ignoradas conscientemente por parte del adolescentes, así como el sentimiento de invulnerabilidad son algunos de los motivos por los cuales las y los jóvenes tienen prácticas de riesgo. Ellos se concentran principalmente en los beneficios previstos de sus acciones, pensando que no sufrirá daño, que no se enfermará como resultado de sus conductas de riesgo, dicha afirmación coincide con el concepto *fábula personal* expuesto en el capítulo uno (Craig, 2009).

Los resultados de más 20 años de investigación dedicada a la aceptación de los riesgos entre adolescentes señalan cinco áreas que interactúan y dan como resultado estilos de vida con alto riesgo: biología y genética, ambiente social, ambiente percibido, personalidad y conducta concreta, es importante considerar factores ambientales y hereditarios (Craig, 2009 p.392). (Véase tabla 7)

**Tabla 7.**

**MODELO CONCEPTUAL DE LA CONDUCTA DE RIESGO DEL ADOLESCENTE.**

<b>Factores de riesgo y protección</b>				
Biología/genética	Ambiente social	Ambiente percibido	Personalidad	Conducta concreta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo</li> <li>• Antecedentes familiares de alcoholismo</li> <li>• Factores de protección</li> <li>• Gran inteligencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo</li> <li>• Anomia normativa</li> <li>• Desigualdad racial</li> <li>• Oportunidad ilegítima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo</li> <li>• Modelos de conducta desviada</li> <li>• Conflicto normativo entre progenitores y amigos</li> <li>• Factores de protección</li> <li>• Modelos de conducta convencional</li> <li>• Controles estrictos sobre la conducta desviada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo</li> <li>• Percepción de pocas oportunidades vitales</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Propensión a correr riesgos</li> <li>• Factores de protección</li> <li>• Valoración del aprovechamiento académico</li> <li>• Valoración de la intolerancia de la desviación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo</li> <li>• Problemas de alcoholismo</li> <li>• Trabajo escolar deficiente</li> <li>• Factores de protección</li> <li>• Asistencia a la iglesia</li> <li>• Participación en la escuela y en clubes de voluntarios</li> </ul>
	<b>Conducta y estilos de vida de riesgo del adolescente</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de conducta</li> <li>• Consumo de sustancias ilícitas</li> <li>• Delincuencia</li> <li>• Conducir en estado de ebriedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta relacionada con la salud</li> <li>• Alimentación poco sana</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Vida sedentaria</li> <li>• No usar el cinturón de seguridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta escolar</li> <li>• Haraganería</li> <li>• Deserción escolar</li> <li>• Uso de drogas en la escuela</li> </ul>	
<b>Resultados que ponen en peligro la salud/vida</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud</li> <li>• Enfermedad/afecciones y mala condición física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Roles sociales</li> <li>• Fracaso escolar, aislamiento social, problemas legales y procreación temprana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo Personal</li> <li>• Auto concepto inadecuado, depresión/suicidio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación para la adultez</li> <li>• Escasas habilidades laborales, propensión al desempleo y falta de motivación.</li> </ul>	

Fuente: "Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action" (página 27), de Richard Jessor, 1992, en *Adolescents at Risk: Medical and Social Perspectives*, editado por D.E. Rogers y E. Ginzberg. Reimpreso con autorización de Richard Jessor. En Craig 2009.



# **PROPUESTA METODOLÓGICA**

## **Justificación**

Para los profesionales en el área de la salud y del ámbito educativo que busquen mejorarla calidad de vida las y los jóvenes, usuarios de sus servicios, resultaría muy importante contar con estrategias educativas que busquen incidir en la disminución de infecciones por VIH. La siguiente propuesta metodológica reconoce la necesidad de que el trabajo de prevención tome en cuenta las especificidades que existen entre mujeres y hombres jóvenes, les proporcione un trato especial y optimice sus capacidades para promover la vivencia de una sexualidad más plena, segura y saludable.

En diversos estudios se han identificado las situaciones de vulnerabilidad y los factores de riesgo que enfrentan las y los jóvenes para adquirir VIH. Esta propuesta busca contrarrestar dichos factores: bajos conocimientos de la ITS, inadecuada comunicación en la familia, escuela, grupo informal, entre otros, relaciones sexuales monogámicas seriadas y falsa percepción de confianza hacia la pareja (Barzaga, 2010).

Pick et al. en Pérez de la Barrera, (2006) recomiendan que para poder lograr cambios en la conducta de los individuos, los programas de salud deberán estar dirigidos primordialmente a facilitar las habilidades y conocimientos necesarios para enfrentar cada demanda situacional así como al contexto inmediato en el cual la conducta tiene lugar.

Del mismo modo la OMS, (1993) identifica como prioritario en el trabajo de prevención y promoción de la salud a las denominadas habilidades para la vida entre las que incluye capacidad para tomar decisiones, comunicación clara, abierta y directa, manejo y expresión de sentimientos y emociones.

Si lo que se busca es que las y los jóvenes adopten conductas sexuales seguras y protegidas, el modelo Marco para facilitación de empoderamiento agentic, FENAE (por sus siglas en ingles Framework for enabling agentic empowerment ); propone que estas conductas se dan como consecuencia de la adquisición de

conocimientos claros y específicos sobre sexualidad, clarificación de creencias conductuales y la facilitación de habilidades de toma de decisiones y una comunicación asertiva con la pareja sexual (Pick & Sirkin, en proceso; Pick, Poortinga, et al., en Pérez de la Barrera, 2006).

Finalmente se identificó a las creencias conductuales como el mejor predictor de conducta sexual protegida, si estas creencias son negativas específicamente hacia el uso del condón, se convierten en barreras para adoptar su uso. Cuando las creencias conductuales negativas son revertidas, se aumenta la probabilidad de uso de anticoncepción en los adolescentes (Amuchástegui, 2001; Villaseñor et al., 2003). En contraparte, se identifican las creencias conductuales positivas, como el mejor predictor de la conducta sexual protegida con la pareja sexual ocasional. Las creencias se diferencian de los conocimientos por su contenido evaluativo (Pepitone, 1991). Es la evaluación de las consecuencias de tener conductas vinculadas directamente con su vida sexual; tales como las creencias de que el condón es efectivo en la prevención del contagio de ITS/SIDA (OMS & Fondo de Población de Naciones Unidas, 2000) y que no existen grupos de riesgo sino conductas de riesgo para el contagio (Díaz, 2001; Flores-Palacios & Leyva-Flores, 2003); lo que determina que lleven a la práctica este tipo de conducta con la pareja sexual ocasional.

En un estudio realizado por Givaudan et al., en 2005, encontró que la autoeficiencia en la negociación del uso del condón y la comunicación con los compañeros son las variables precursoras de conductas de sexo seguro entre la población adolescente; estas variables deberán estar incluidas en cualquier intervención preventiva pues podrían tener un efecto en conductas futuras (p.1106).

En 2007, Pick et al., en su estudio, demuestran la importancia de incorporar contenidos de habilidades para la vida en la currícula de las escuelas en México ya que ofrece la posibilidad de hablar de la sexualidad reduciendo barreras

psicológicas como el miedo y la vergüenza, que muchas de las veces dictan el comportamiento de los jóvenes.

### **Objetivo general**

1. Al finalizar el taller las y los participantes reconocerán los riesgos que existen de adquirir VIH, cuando se ejerce la sexualidad de manera desprotegida.

### **Objetivos específicos**

1. Las y los participantes identificarán diferentes opciones para ejercer su sexualidad de manera segura y protegida.
2. Las y los participantes discriminarán entre prácticas sexuales seguras y no seguras.
3. Las y los participantes conocerán alternativas para negociar con su pareja el uso de sexo seguro y protegido.

**Tabla 8.**

#### **PARTICIPANTES**

Edad	Mínimo: 12 años Máximo: 29 años
Sexo (opcional)	Mujeres y hombres
Grado escolar	Secundaria, Bachillerato o Superior
Nivel socioeconómico	Bajo, Medio bajo y medio
Población de origen	Que asistan a escuelas públicas
Localización geográfica (opcional)	Ciudad de México
Condición personal característica	Ninguna
Conocimientos previos (Propuesta de acción)	No necesarios
Número de participantes (Propuesta de acción)	Mínimo: 10 Máximo: 30

Tabla 8. Continuación

Edad	Minimo: 12 años Máximo: 29 años
Forma de convocatoria (Propuesta de acción)	La convocatoria se realizará en escuelas públicas de la ciudad de México, se escogerán al azar 15 mujeres y 15 hombres jóvenes.

**Tabla 9.**

MATERIALES

Nombre	Descripción	Cantidad
Salón	Salón de usos múltiples	1
Sillas	Sillas	30
Pizarrón	Pizarrón	1
Pantalla de proyección	Pantalla de proyección	1
Proyector	Proyector	1
Laptop	Laptop	1
Hojas de rotafolio	Hojas de rotafolio	20
Rotafolio	Rotafolio	1
Plumones de colores	Plumones de colores	6
Hojas blancas	Hojas blancas	100
Masking tape	Masking tape	1 rollo
Plumas de tinta negra o azul	Plumas de tinta negra o azul	30
Etiquetas blancas	Etiquetas blancas	30

**Tabla 10.**

## ESCENARIO

Descripción: Cualquier institución que esté interesada en participar en el tema.		
AULA		
Dimensiones	Minims: 4 x 6 metros Máxims 6 x 10 metros	
Mobiliario	Mesas	4
	Sillas	30
Iluminación	Iluminación natural o luz blanca	
Ventilación	Bien ventilado	
Equipo necesario	Rotafolio, laptop y proyector.	

**Tabla 11.**

## INSTRUMENTO

1. ¿Qué tipo de instrumento es?
a) <u>Existente</u> b) Nuevo   c) Entrevista estructurada   d) Entrevista NO estructurada
2. ¿Cuál es su nombre?
Cuestionario VIH-PERCEPCIÓN DE RIESGO-USO DE CONDÓN
3. ¿En qué consiste?
Es un cuestionario conformado por 89 afirmaciones divididas en tres áreas: Cognitiva que incluye conocimientos acerca de la sexualidad y VIH; de Información que contempla mitos acerca del tema “lo que ha escuchado” y; Conductual que plantea una serie de eventos para responder a favor o en contra de ellos. El instrumento cuenta con reactivos que son válidos y confiables y se diseñó para conocer la percepción de riesgo de infección de VIH y uso de condón como método preventivo en los estudiantes de la Universidad del Tepeyac (González, 2007). Véase <i>Anexo 3</i>
4. ¿Cuál es su utilidad?
Proporciona información para la planeación y evaluación de acciones de prevención y de programas educativos.
5. ¿Cómo se califica?
La puntuación para las respuestas favorables será de 1 y para las desfavorables de 0.

## CARTAS DESCRIPTIVAS

### Sesión 1

Objetivo específico: Proporcionar información científica y objetiva acerca de los factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad de las y los jóvenes. Identificar ventajas y desventajas de cada una de las alternativas para ejercer la sexualidad.

**Tabla 12.**

### SESIÓN 1

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructora
*Técnica de Presentación: Iniciales de cualidades	*Cada uno dice su nombre y apellidos y a la vez dos calificativos positivos que le definan y que tengan sus mismas iniciales.	*Ninguno	*15 min	*Explorar cómo se sintieron, ¿Fue difícil o fácil?	
* Encuadre taller Técnica de conocimiento: Pegada de manos	* Dibujar tu propia mano en un papel y contestar cinco preguntas que hace la facilitadora y escribirlas en cada dedo de la mano.	*Hojas de papel, plumones y cinta adhesiva	*30 min	*¿Qué impresiones tuviste de la dinámica? ¿Qué dificultades encontraste para hacerla? ¿Qué lograste?	
*Establecimiento de acuerdos	*Dar a conocer los lineamientos que se implementarán a lo largo del taller.	*Papel bond y marcadores	*15 min		*Maira Bautista
*Técnica el trébol de la sexualidad	*Se entrega una hoja de trabajo para ser leída individualmente, y se les pide que cada uno explique lo que entendió, se entrega ahora la hoja del trébol de la sexualidad y se les solicita que en cada pétalo del trébol deben anotar los aspectos de su sexualidad que estén relacionados	* Hojas de trabajo, hojas de papel bond, marcadores y cinta adhesiva	*30 min	*Se reflexiona acerca de la relación existente entre esos tres aspectos de la sexualidad.	

Tabla 12. Continuación

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructora
*Exposición teórica sobre conceptos básicos de sexualidad humana	*Exponer a través de una presentación de powerpoint los conceptos básicos de la sexualidad de las y los jóvenes.	*Laptop, proyector, pantalla de proyección, señalador laser y presentación en powerpoint.	*60 min	*Responder a las dudas que se presenten a lo largo de la presentación.	
*Cierre	*Por medio de una lluvia de ideas compartir en plenaria cuales fueron los aprendizajes de la sesión.	*Ninguno	*30 min	*Documentar en una bitácora ¿cuáles fueron las lecciones aprendidas de la sesión?	

## Sesión 2

Objetivo específico: Proporcionar información científica y objetiva acerca del VIH, signos y síntomas, mecanismo de acción y transmisión, mitos y realidades del VIH.

Tabla 13.

## SESIÓN 2

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructora
*Técnica: ¿Verdadero o Falso?	*El (la) facilitador (a) tendrá listas de tarjetas con diferentes comentarios sobre el tema de VIH/SIDA. Se pegarán en una pared los carteles de verdadero y falso. Se les repartirán varias tarjetas a cada participante, se les pedirá que las lean detenidamente y las coloquen en el lugar que consideren correcto. Al final se revisará una por una y se aclararán las dudas.	*Tarjetas con frases, dos carteles que diga verdadero y otro que diga falso, masking tape y plumones.	*30 min	*¿Cuál fue la utilidad del ejercicio? ¿Fue o no correcta la información que tenían en las tarjetas? ¿Creen que a veces podemos tener información incorrecta?	*Maira Bautista



Tabla 13. Continuación

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructora
*Exposición teórica	*Se realizará una exposición teórica acerca de los conceptos básicos sobre VIH	Laptop, proyector, pantalla, señalador laser y presentación en power point.	*60 min	*Responder a las dudas que se presenten a lo largo de la presentación.	
*Técnica de sensibilización: El fuego sin fronteras	<p>*Se pide que todos formen un círculo sentados, con los ojos cerrados, se les indica que se va a tocar a una persona en la cabeza y que esta jugará el papel de vivir tener VIH/SIDA y así se hace. Se les pide abrir los ojos y tratar de adivinar quién es la PVVS. Se les solicita ponerse de pie y caminar por el salón, saludando de mano a la persona con quien estén cuando se les indique, dándole la mano a un total de 4 personas.</p> <p>La PVVS deberá dar una señal en la mano de las 3 personas que salude, quien reciba la señal sabrá que han tenido una relación sexual desprotegida y que puede haberse infectado de VIH, por lo que a continuación deberá hacer la misma señal en las manos de las personas que le falten por tocar.</p> <p>Se pide a los participantes que recibieron la señal que hagan un círculo interno y a las que no hagan un círculo externo. La facilitadora reflexiona con todo el grupo sobre cómo se sintieron y luego le pide a la persona que jugó el rol de vivir con VIH haga público su rol ante el grupo y comparta cómo se sintió.</p>	*Tarjetas para todos los participantes, en unas tarjetas estará escrita la palabra positivo y en otras tarjetas, la palabra negativo.	*1 hora con 30 min	*Contestar en plenaria: ¿antes de hacer este ejercicio algunos de ustedes se sentían en riesgo? ¿Cómo creen que se sienten las personas infectadas o afectadas por el VIH? Se explica que el proceso de realizarse la prueba es difícil y resulta indispensable que se realice en el marco de una consejería pre y post.	

Tabla 13. Continuación

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructora
	<p>Se pregunta a los participantes quienes quieren someterse a una prueba para saber si en esa relación se han infectado.</p> <p>Se discute al respecto y se da tiempo para que el grupo intercambie criterios y cada participante decida si se hace la prueba o no.</p> <p>Se explica que la prueba está siendo realizada y mientras se espera el resultado, todo el grupo discute sobre sus sensaciones e ideas surgidas durante el ejercicio.</p> <p>Luego de esperar se les informa que los resultados están listos y se pregunta quienes quieren recibir su resultado y quienes no, ¿Por qué? ¿Cómo se están sintiendo ahora que lo van a recibir? Se entregan los resultados solo a las personas que si quieren recibirlos y se entrega también el resultado a una o dos personas del círculo externo y se les indica que se les hizo la prueba sin su consentimiento. Se les da tiempo a los participantes para que expresen sus sentimientos, lo que piensan, quieren hacer, las personas a las que se lo contarían, etc. Las personas del círculo externo que también se hicieron la prueba, deben entrar ahora al círculo interno. Se les indica que todos pueden opinar y se da tiempo para que todos los que quieran compartan lo que sienten y cuáles fueron las lecciones que han aprendido con el ejercicio.</p>				

Tabla 13. Continuación

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructora
*Técnica de afirmación: abrazos musicales	*Se trata de bailar al compás de la música y cada vez que ésta se detiene abrazar a un compañero (a) e ir abrazando a un número mayor de compañeros hasta llegar a un gran abrazo final.	*Reproductor de música y disco o archivo con música		*Dejar expresar a cada uno (a) cómo se siente y cómo ha vivido el juego.	
*Cierre	*a través de una lluvia de ideas compartir en plenaria cuales fueron los aprendizajes de la sesión	* Ninguno	*20 min	*Documentar en una bitácora ¿cuáles fueron las lecciones aprendidas de la sesión?	

### Sesión 3

Objetivo específico: Proporcionar información acerca de las diferentes opciones que existen para vivir una práctica sexual placentera y libre de riesgos.

Tabla 14.

### SESIÓN 3

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructora
*Técnica de Conocimiento Patio de vecinos	*Formar 2 círculos concéntricos y comentar 4 cualidades tuyas por 5 min comenzando por el círculo de afuera y luego el de adentro. Luego girar a la derecha y volver a comenzar.	*Ninguno	*30 min	*Expresar como fue cambiando la forma de presentarse con cada persona.	
*Lluvia de ideas: Sexo seguro y Sexo protegido, prácticas sexuales de riesgo para adquirir VIH.	*En plenaria realizar la pregunta de ¿Qué es el sexo seguro?, ¿Qué es el sexo protegido?, ¿existe alguna diferencia entre los conceptos? ¿Cuáles son las prácticas sexuales que implican riesgo de adquirir VIH?	*Hojas de papel bond, marcadores y masking tape	*30 min	*Aclarar los conceptos y dar los conceptos correctos.	*Maira Bautista

Tabla 14. Continuación

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructora
*Técnica de afirmación esculturas	*Formar esculturas con el cuerpo de las parejas	*Mascada o bufanda	*30 min	*Expresar como se sintieron en pareja y luego en grupo amplio	
*Técnica de Erotización de sexo seguro	*Formar 4 equipos de trabajo y distribuir hojas blancas y plumas a cada uno, y a través de lluvia de ideas enlistar todas aquellas prácticas que conozcan donde se evite el intercambio de fluidos que involucren riesgo de adquirir VIH: formas eróticas de tocar, sexo hablado, visual, olfativo y auditivo para después compartirlas en grupo amplio.	*Hojas blancas, plumas, hojas de papel bond, marcadores de colores, masking tape.	*75 min	*Recolectar todas las prácticas de sexo seguro y compartirlas al grupo amplio.	
*Cierre	*A través de una fantasía guiada promover sentimientos agradables de las prácticas de sexo seguro. Al final con una palabra decir que se llevan de la sesión.	*Hoja con la fantasía guiada escrita, reproductor de música y cd con música relajada	*15 min	*Documentar en una bitácora ¿cuáles fueron las lecciones aprendidas de la sesión?	

#### Sesión 4

Objetivo específico: Revisar los factores emocionales que se intervienen en el ejercicio sexual protegido y desprotegido.

Conocer los aspectos técnicos en el uso adecuado de los implementos de sexo protegido.

Tabla 15.

#### SESIÓN 4

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructora
*Técnica de confianza: equilibrio	*Por parejas conseguir alcanzar un punto de equilibrio y hacer movimientos cooperando.	*ninguno	*15 min	*¿Alcanzaron el equilibrio? ¿Fue fácil o difícil? ¿Por qué?	

Tabla 15. Continuación

*Técnica de conocimiento: Frasas incompletas	*Compartir sentimientos a base de completar una lista de frases	*Lista de frases	*25 min	*¿Nos ha costado llenar las frases? ¿Cómo valoramos los sentimientos? ¿Nos es fácil expresarlos? ¿Estamos atentos de los demás?
*Exposición sobre el uso correcto de los implementos de sexo protegido	*Explicar al grupo la manera correcta de utilizar implementos de sexo protegido: condones masculinos, condón femenino, lubricantes, dedos y guantes de látex, hojas de látex, ega pack, anillos de silicón y porta condones.	*Pizarrón blanco, marcadores de colores, kit de demostración de sexo protegido que incluya: condones masculinos (colores, sabores, textura, aroma, anatómicos y de figuras) condón femenino, lubricantes a base agua y silicón, dedos y guantes de látex, hojas de látex y ega pack, anillos de silicón y porta condones, dildo de látex o madera, modelo de acrílico de órganos sexuales femeninos.	*60 min	*Responder a las dudas que se presenten a lo largo de la presentación.
*Lluvia de ideas: emociones y creencias que intervienen en el uso del sexo protegido.	*En grupo amplio plantear los diferentes argumentos, creencias y emociones que intervienen para usar o no usar sexo protegido: fidelidad, no funciona, no se siente lo mismo, entre otros.	*Pizarrón blanco, marcadores de colores y borrador.	*25 min	*Documentar en una bitácora ¿cuáles fueron las creencias, argumentos y emociones que intervienen?
*Exposición de aspectos técnicos de implementos de sexo protegido	*Explicar los aspectos técnicos de los implementos de sexo protegido, ofreciendo información confiable.	*Laptop, proyector, pantalla de proyección, señalador laser y powerpoint.	*35 min	*Responder a las dudas que se presenten a lo largo de la presentación.

Tabla 15. Continuación

*Cierre	*Colocar al grupo en círculo y solicitarles que cada uno diga 2 aprendizajes que se lleva de la sesión.	*Ninguno	*20 min	*Documentar en una bitácora ¿cuáles fueron las lecciones aprendidas de la sesión?
---------	---	----------	---------	---

### Sesión 5

Objetivo específico: Dar a conocer diferentes herramientas prácticas para desarrollar habilidades como la asertividad, comunicación efectiva y la toma de decisiones

Tabla 16.

### SESIÓN 5

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructora
*Técnica : fila de cumpleaños	*Los participantes tienen que hacer una fila según el día y mes de su cumpleaños de enero a diciembre en silencio.	*Ninguno	*15 min	¿Qué problemas han surgido? ¿Qué elementos favorecieron la comunicación? ¿Qué canales de comunicación se emplearon y como facilitan o dificultan?	
*Técnica : dictar dibujos	*Los participantes tratarán de dibujar lo que la pareja va comunicando	*Hojas y lápices	*45 min	*Se comparan los dibujos donde se podía hablar y sin poder hacerlo, cómo se sintieron ¿sólo escuchando? ¿Sólo dictando? ¿Qué tipo de comunicación se daba?	*Maira Bautista
*Exposición teórica sobre habilidades para la vida	*Se aclarará la importancia de desarrollar habilidades como: asertividad, comunicación, negociación y toma de decisiones.	*Laptop, proyector, pantalla de proyección, señalador laser y presentación en powerpoint.	*30 min	* Responder a las dudas que se presenten a lo largo de la presentación.	

Tabla 16. Continuación

<p>*Técnica: ¿El VIH cuestión de hombres y mujeres? Juego de roles.</p>	<p>*Se solicitan dos voluntarios un hombre y una mujer, estos deben salir del salón y se les explica por separado el rol que cada uno debe cumplir. Se desarrolla el juego de roles promoviendo que las pareja se involucre al máximo para que transmita sus sentimientos durante la situación a representar. Se pide a los demás participantes estar atentos, una vez concluido el juego de roles se genera una discusión en plenaria a partir de las siguientes preguntas: ¿cómo se sintieron las personas que hicieron el juego de roles? ¿Qué sentimientos les produjo la situación representada? ¿Cómo reaccionó el hombre? ¿Cómo reaccionó la mujer? ¿Quién tuvo mayor capacidad para escuchar? ¿A quién favoreció la decisión? ¿Qué aprendieron de esta escena?.</p>	<p>*Tarjetas con roles a cumplir</p>	<p>*45 min</p>	<p>*Realizar las siguientes preguntas ¿Creen que los hombres y las mujeres estamos en las mismas condiciones de riesgo? ¿Cómo se podría promover que tanto hombres como mujeres asumamos nuestros riesgos personales?</p>
<p>*Evaluación: El cuerpo</p>	<p>*Se entregará una hoja de evaluación y será llenada individualmente.</p>	<p>*Hojas de evaluación impresa</p>	<p>*20 min</p>	<p>*Documentar en una bitácora las respuestas de los participantes.</p>
<p>*Cierre</p>	<p>Colocar al grupo en círculo y a través de lluvia de ideas compartir, si se cumplieron las expectativas que tenían del taller, cuáles fueron sus lecciones aprendidas.</p>	<p>*Ninguno</p>	<p>*25 min</p>	<p>*Documentar en una bitácora ¿cuáles fueron las lecciones aprendidas de la sesión?</p>

## ALCANCES Y LIMITACIONES

En base a la revisión teórica realizada es posible identificar algunos factores que influyen en las y los jóvenes para que adopten conductas de riesgo de adquirir VIH como el manejo de información incorrecta sobre salud sexual, VIH/SIDA y derechos sexuales y reproductivos; la falta de habilidades para comunicarse asertivamente y negociar el uso de implementos de sexo protegido como el condón masculino y femenino, tanto con parejas ocasionales, como con su pareja estable; la fidelidad secuencial, monogamia seriada o no protectora, que les proporciona un sentimiento de invulnerabilidad al no considerar que la pareja afectiva y sexual que tienen en ese momento de su vida ha tenido a su vez otras parejas afectivas y sexuales con las que tampoco se ha protegido.

Influyen también las creencias y valores personales que tienen alrededor de la sexualidad, que sigue siendo un tema tabú, del que no se habla abiertamente y sin prejuicios, con lo que el ejercicio de la sexualidad se vive con culpa y miedo. A otro nivel, se ubican también la falta de servicios amigables que cubran las necesidades particulares de las y los jóvenes para recibir una atención libre de estigma y discriminación, donde sientan la confianza y seguridad de hablar de su vida sexual, reciban atención digna y tengan acceso a implementos de sexo protegido de manera gratuita o a bajo costo.

Así mismo, algunas leyes y políticas públicas restringen el acceso a servicio de las y los jóvenes menores de edad, requiriendo la autorización de los padres, lo que les limita para recibir atención adecuada por miedo a ser reprendidos por sus progenitores. La familia también juega un papel determinante en la adopción de prácticas o conductas sexuales de riesgo, la falta de apego, orientación y apoyo familiar contribuyen a que él y la joven recurran a la pareja y amigos para satisfacer estas necesidades, sin tomar en cuenta que estas personas se enfrentan a las mismas limitaciones que ellos.



Todos estos factores colocan a las y los jóvenes como uno de los grupos más vulnerables para adquirir VIH. Si consideramos que actualmente cada día se infectan 3000 jóvenes y más de un tercio de las nuevas infecciones afectan a mujeres y hombres entre los 15 y 24 años de edad; es urgente tomar medidas que incidan en la disminución de nuevas infecciones por VIH. Una de estas acciones es identificar los factores que intervienen para que las y los jóvenes no se estén percibiendo en riesgo de adquirir VIH y en consecuencia recurran a tener prácticas o conductas sexuales de riesgo.

Resulta muy importante mencionar que la percepción de riesgo se construye a partir del contexto sociocultural, de la información recibida y la forma en que es procesada, además de la características de personalidad que posea él o la joven, de ahí que hayan jóvenes que sí se perciban en riesgo y otros no.

En la juventud se suele tener una sensación de invulnerabilidad y puede percibirse que la infección por VIH sólo afecta a grupos particulares de personas como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales y usuarios de drogas inyectadas, probablemente relacionado con que a inicios de la epidemia de VIH se hablaba de “grupos de riesgo”. En la actualidad se sabe que no son los grupos sino las prácticas específicas las que exponen a una persona a adquirir VIH u otra infección de transmisión sexual.

La percepción de riesgo se define como el grado de conciencia sobre la probabilidad que él o la joven tienen de adquirir una infección de transmisión sexual como el VIH en una situación determinada Gonçalves, S. (2007), o como menciona Lameiras et al,(2002), la percepción de riesgo es “la susceptibilidad a sufrir consecuencias negativas”; consideremos que, en la medida que esta conciencia exista en mayor o menor grado, incidirá en la disminución de conductas de riesgo como la penetración vaginal sin condón, sexo anal sin condón, múltiples parejas sexuales y el uso compartido de drogas inyectadas entre las y los jóvenes.

Todo lo anterior debe tomarse en cuenta para el diseño, implementación y evaluación de las estrategias de prevención dirigidas a este grupo etario. Es por ello que a partir de la identificación de los factores que intervienen en la construcción de percepción de riesgo y de la adopción de conductas de riesgo para adquirir VIH, de la identificación de necesidades no cubiertas, encontradas en diferentes investigaciones, así como de la observación personal durante 15 años de promover la salud sexual a través de conferencias y talleres para incidir en la disminución del VIH, se diseñó el “Taller de salud sexual y percepción de riesgo de adquirir VIH en jóvenes”.

Dicha propuesta busca ofrecer una estrategia educativa que contribuya a la prevención y sensibilización de las y los jóvenes entorno a su salud sexual y los riesgos que existen para adquirir una infección de VIH.

Si bien es cierto que la información clara, científica y específica sobre VIH es el primer paso para sensibilizar a las personas, no es suficiente para lograr cambio de actitudes y de conducta, como lo demuestran las múltiples campañas informativas realizadas desde hace 29 años que se registró el primer caso de VIH en México.

Se requieren procesos de reflexión, además de la creación de ambientes favorables que permitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes. Generar espacios con procesos participativos y por lo tanto adaptados a la realidad y cultura juvenil, permitirá motivar a las personas a ser agentes de sus propios cambios y a asumir tanto la prevención del VIH como la vivencia plena de su salud sexual.

Dentro de las temáticas abordadas en el taller se retomará el trabajo de habilidades para la vida como comunicación asertiva, negociación del uso del condón, toma de decisiones, información básica sobre salud sexual y VIH, uso adecuado de implementos de sexo protegido, como lo proponen diversas investigaciones; de manera complementaria se incluyen la erotización del sexo

seguro y consideraciones técnicas y afectivas del sexo protegido, que sensibilizan y ofrecen opciones prácticas y amigables de incorporar a la vida sexual comportamientos sexuales más seguros.

Esta propuesta logrará resultados modestos y a corto plazo para el cambio de comportamiento, ya que se trata de una sola intervención y se sabe que para que los cambios de comportamientos sean sostenibles, se requieren procesos con múltiples intervenciones. Además la epidemia del VIH es compleja y también se requiere asegurar que los servicios de salud provean acceso efectivo a consejería y pruebas de detección de ITS y VIH, atención integral de ITS, inclusión de las personas con VIH, tratamiento para el uso problemático de drogas y alcohol, así como servicios amigables para adolescentes y jóvenes, lo que implica el concurso de distintas instancias gubernamentales; por lo que esta propuesta sólo incide en un primer nivel de la prevención: ofreciendo información y educación.

Sin embargo se trata de una aportación desde la Psicología, poniendo en práctica las habilidades con las que se cuentan como profesionales en el área educativa y de la salud; de esta manera se brinda apoyo a las y los jóvenes que lo necesitan, facilitando procesos de concientización sobre sus actitudes y prácticas, de toma de decisiones, como sujetos activos y participes de su realidad.

## REFERENCIAS

- Álvarez-Gayou J.L. (2011). Sexoterapia Integral, 2ª ed, Manual Moderno, México.
- American Psychological Association. (2010). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (2ª ed. Adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.
- Barzaga, Y. (2010). Factores que determinan la baja percepción del riesgo de ITS en adolescentes de nivel medio. CASO DE ESTUDIO. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/ced/21/ybg.htm>
- Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. Enero 2012. \*\*Censida. Programas de monitoreo de poblaciones vulnerables. Bases de datos 2009-2010
- Cascón, P& Beristain, C.M., (2006). La Alternativa del juego 1. Juegos y dinámicas de educación para la paz. Catarata. Madrid.
- Cascón, P. (2005). La alternativa del juego 2, Juegos y dinámicas de educación para la paz. Catarata, Madrid
- Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA (2012), Informe Nacional de Avances en la lucha contra el SIDA, México.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. Prevención: El condón. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon.html>
- Chirinos, O., Bardales, O y Segura, M (2006) Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima. Perú. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/09.pdf>
- Consejo nacional de población, (2010).La situación actual de los jóvenes en México, Serie de documentos técnicos, Recuperado de <http://conapo.gob.mx>> Primera edición.
- Corporación Kimirina, (2001).Guía para la educación en sexualidad y VIH/SIDA TARABITA. Ecuador.
- Craig, G.J. and Baucum, D., (2009). Desarrollo Psicológico. Novena Edición Pearson Educación México. Ed. Prentice Hall. P.392-393.
- Feldman, R.S., (2007). Desarrollo Psicológico a través de la vida. Cuarta edición, Pearson Educación, México.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, M.C. & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Salud Pública de México, (45), s632-s640. Recuperado de [www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036...](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036...)
- Givaudan, M. et al. (2005). Identifying Precursors of Safer-Sex Practices in Mexican Adolescents With and Without Sexual Experience: An Exploratory Model. Journal of Applied Social Psychology, 35, 5, pp. 1089-1109. Copyright 2005 by V. H.

- Winston & Son, Inc. All rights reserved. Recuperado de [www.imifap.org.mx/.../Identifying\\_precursors\\_o...](http://www.imifap.org.mx/.../Identifying_precursors_o...)
- Gonçalves S, Castellá J, Carlotto M. (2007) Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41 (2), 161-166.
- González C, Rojas R, Hernández M, Olaiz G, (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. *Resultados de la ENSA 2000, Salud Pública de México* 2005, 47 (3).
- González, C.A. (2006). Percepción de riesgo de los estudiantes universitarios hacia la infección por VIH y el uso del condón. Tesis de licenciatura. Universidad del Tepeyac con estudios reconocidos de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Greenberg, J.S. Bruess, C.E., Haffner, D. W., (2004). *Exploring the dimensions of human sexuality*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Guerra, A. (2012). *Diccionario comentado del VIH/SIDA*, Recuperado de <http://www.aids-sida.org/termin-indice.html>
- Instituto Mexicano de la Juventud, 2010. *Encuesta Nacional de Juventud Resultados Generales*. Recuperado de [www.imjuventud.gob.mx/.../Encuesta Nacional de Juventud\\_2010...](http://www.imjuventud.gob.mx/.../Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010...)
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS UNAIDS (2012). *Together we will end Aids*. Recuperado de [www.unaids.org/.../unaids/.../jc2296\\_unaids\\_tog..](http://www.unaids.org/.../unaids/.../jc2296_unaids_tog..)
- Lameiras, M., Rodríguez, Y. y Dafonte, S., (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*, 14 (002). 255-261. Recuperado el de [www.psychothema.com/pdf/717.pdf](http://www.psychothema.com/pdf/717.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud OPS/Organización Mundial de la Salud OMS, (2005) *Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva. Una guía para proveedores de primera línea*. Recuperado de [www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-youth.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-youth.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud OPS/Organización Mundial de la Salud OMS, (2000). *Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.htm>
- Palacios, F. & De Alba, M. (2006). El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. *Salud Mental*, 29 (3), 51-59.
- Palacios, F. & Leyva-Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, (45) suplemento 5. Recuperado de [scielo.unam.mx/pdf/spm/v45s5/v45s5a07.pdf](http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v45s5/v45s5a07.pdf)
- Papalia, D.E., Wendkos, S., Duskin, R. (2009) *Desarrollo Humano, Un décima Edición*. México: Mc Graw Hill Educación
- Pérez de la Barrera C., Pick, S. (2006) *Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos*, *Revista Interamericana de Psicología*. 40 (3) pp.333-340. Recuperado de [redalyc.uaemex.mx/pdf/284/28440307.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/pdf/284/28440307.pdf)

- Pick, S., et al.(2007).Communications as a protective factor: evaluation of a life skills HIV/IADS prevention program for Mexican elementary-school students. AIDS Education and Prevention, The Guilford Press.19 (5), 408-421.
- Piña, J.A., Robles, S., y Rivera, B.M. (2007). Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. Panam Salud Publica, 22 (2), 295-303. Recuperado de [www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n5/a01v22n5.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n5/a01v22n5.pdf)
- Prego, C. Prego, L. Pérez, M. (2002). Relaciones sexuales tempranas en la adolescencia, factores de riesgo en escuelas urbanas de Moa 1999 – 2000. Memorias de Congreso Panamericano de Psiquiatría-Psicología Infanto-Juvenil y Profesiones Afines. La Habana. ISBN 959 – 7164 – 05 – 1.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), (2011). Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 2011 World AIDS Day Report 2011, Copyright © 2011
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código ético del psicólogo. México: Trillas.
- Subsecretaria de prevención y promoción de la salud SPPS, (2012). Depresión y suicidio en México. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico>
- UNFPA, (2009). Young People Most at Risk of HIV. A meeting report and discussion paper from the interagency youth working group, U.S. Agency for international development the joint unctep programme on HIV/AIDS(UNAIDS) Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Recuperado de [www.unfpa.org/.../Young%20People%20Most%...](http://www.unfpa.org/.../Young%20People%20Most%...)
- Villagrán, G. (1992). Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vinaccia., Quinceno, J., Gaviria, A.M., Soto, A.M., Gil., M.D. & Ballester, R., (2007) Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/Sida en Adolescentes Colombianos, Terapia Psicológica, 25 (1) p. 39-50. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082007000100003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082007000100003&script=sci_arttext&tlng=en)[www.popcouncil.org/.../SouthAfrica\\_ABLifeskill...](http://www.popcouncil.org/.../SouthAfrica_ABLifeskill...)
- Yankah, E. & Aggleton, (2008). Effects and effectiveness of life skills education for HIV prevention in young people. AIDS Education and Prevention. The Guilford Press. 20(6), 465–485, 2008. Recuperado de [www.advocatesforyouth.org/publications/536?...](http://www.advocatesforyouth.org/publications/536?...)

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **CARTILLA DE DERECHOS SEXUALES DE LAS Y LOS JÓVENES**

#### **Presentación**

La presente cartilla, que forma parte de la Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de las y los jóvenes: "Hagamos un Hecho Nuestros Derechos", es producto del esfuerzo conjunto de diversas organizaciones de la sociedad civil y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y está basada en nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales ratificados por el Estado mexicano.

Los seres humanos somos seres sexuales desde que nacemos, por lo que las manifestaciones de nuestra sexualidad son cotidianas. Ésta tiene diversos componentes como son: el deseo, los sentimientos y las actitudes, las identidades y la autoestima, el cuerpo y sus funciones, los conocimientos y las prácticas, los papeles de género y las relaciones interpersonales y afectivas, los valores y creencias. Todos ellos son importantes en el ejercicio de la sexualidad y la construcción plena.

Todas las personas que habitamos este país tenemos la posibilidad de ejercer nuestros derechos y debemos asumir la responsabilidad que este ejercicio conlleva. El ser cada una/o sujetas y sujetos de Derecho lleva implícito el respeto hacia las demás personas, es decir, podemos ejercer nuestras libertades y garantías individuales en tanto no violentemos el derecho de las y los demás. Ninguna persona debe atentar contra nuestros derechos.

Con esta campaña, dirigida a las y los jóvenes, personas de 12 a 29 años, resaltamos y ratificamos el derecho a ejercer su sexualidad de manera libre y responsable, y trabajamos por la eliminación de la discriminación y cualquiera de las formas en que ésta se manifieste atentando contra su dignidad, incluyendo



aquellas relacionadas con la edad, el género, la preferencia y la orientación sexual.

Uno de los caminos hacia la construcción de una sociedad democrática parte del reconocimiento y la aceptación de que las personas tenemos diversas maneras de relacionarnos afectiva y sexualmente y, por lo tanto, del respeto a cada una de estas manifestaciones y la condena a la violencia, la intolerancia y al abuso con respecto a los derechos de las y los demás.

## Preguntas

- 1.- ¿Conoces tus derechos como joven?
- 2.- ¿Sabes a quiénes se considerará como jóvenes?
- 3.- ¿Sabes que las y los jóvenes tenemos derechos sexuales y reproductivos, y que están protegidos por el orden jurídico mexicano?
- 4.- ¿Sabes que tienes derecho a decidir sobre tu cuerpo y tu sexualidad?
- 5.- ¿Sabes que nadie debe tocarte, lastimarte u obligarte a hacer algo con tu cuerpo en contra de tu voluntad?
- 6.- ¿Sabes que tienes derecho a vivir tu sexualidad y a compartir tu vida con quien tu elijas?
- 7.- ¿Sabes que nadie debe presionar para tener relaciones sexuales o para tener o no hijas/os?
- 8.- ¿Sabes que nadie debe obligarte a casarte por estar embarazada o por embarazar a alguien?
- 9.- ¿Sabes que las y los jóvenes tenemos derecho a recibir información y educación sobre sexualidad, así como servicios de salud sexual y reproductiva?
- 10.- ¿Te encontró la policía besándote y abrazándote con tu chava o tu chavo y te pidieron dinero, te amenazaron o lastimaron?
- 11.- ¿Has sido víctima de discriminación o violencia por manifestar tus afectos, preferencias, por tu manera de vestir o por tu edad?
- 12.- ¿Sabes que si vives con VIH/SIDA o si padeces alguna otra infección de transmisión sexual tienes derecho a atención y tratamiento médico en las instalaciones públicas de salud?
- 13.- ¿Sabes que no te pueden expulsar de tu escuela o despedir de tu trabajo por estar embarazada?
- 14.- ¿Alguna vez no te respondieron una pregunta de sexualidad en la escuela?
- 15.- ¿Sabes que ni en el trabajo ni en la escuela te pueden forzar a hacerte la prueba de VIH/SIDA o de embarazo?
- 16.- ¿Sabes que tienes derecho a participar en las acciones de gobierno que tienen que ver con la sexualidad y la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes?

## **Derechos sexuales de las y los jóvenes**

### **1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad.**

Existen diversas formas de vivir la sexualidad. Tengo derecho a que se respeten las decisiones que tomo sobre mi cuerpo y mi sexualidad. Soy responsable de mis decisiones y actos.

Nadie debe presionar, condicionar ni imponer sus valores particulares sobre la forma en que decido vivir mi sexualidad.

### **2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.**

El disfrute pleno de mi sexualidad es fundamental para mi salud y bienestar físico, mental y social.

Tengo derecho a vivir cualquier experiencia, expresión sexual o erótica que yo elija, siempre que sea lícita, como práctica de una vida emocional y sexual plena y saludable.

Nadie puede presionarme, discriminarme, inducirme al remordimiento o castigarme por ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de mi cuerpo y mi vida sexual.

### **3. Derecho a manifestar públicamente mis afectos.**

Las expresiones públicas de afecto promueven una cultura armónica afectiva y de respeto a la diversidad sexual.

Tengo derecho a ejercer mis libertades individuales de expresión, manifestación, reunión e identidad sexual y cultural, independientemente de cualquier prejuicio. Puedo expresar mis ideas y afectos sin que por ello nadie me discrimine, coarte, cuestione, chantajee, lastime, amenace o agreda verbal o físicamente.

**4. Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad.\***

Existen varios tipos de familias, uniones y convivencia social. Tengo derecho a decidir libremente con quién compartir mi vida, mi sexualidad, mis emociones y afectos.

Ninguna de mis garantías individuales debe ser limitada por esta decisión.

Nadie debe obligarme a contraer matrimonio o a compartir con quien yo no quiera mi vida y mi sexualidad.

\*Si eres menor de edad, consulta el Código Civil de tu Estado.

**5. Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada.**

Mi cuerpo, mis espacios, mis pertenencias y la forma de relacionarme con las y los demás son parte de mi identidad y privacidad.

Tengo derecho al respeto de mis espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de mi vida, incluyendo el sexual.

Sin mi consentimiento, ninguna persona debe difundir información sobre los aspectos sexuales de mi vida.

**6. Derecho a vivir libre de violencia sexual.**

Cualquier forma de violencia hacia mi persona afecta al disfrute pleno de mi sexualidad.

Tengo derecho a la libertad, a la seguridad jurídica y a la integridad física y psicológica. Ninguna persona debe abusar, acosar, hostigar o explotarme sexualmente. El Estado debe garantizarme el no ser torturada/o, ni sometida/o a maltrato físico, psicológico, acoso o explotación sexual.

**7. Derecho a la libertad reproductiva.\***

Las decisiones sobre mi vida reproductividad forman parte del ejercicio y goce de mi sexualidad.

Como mujer u hombre joven tengo derecho a decidir de acuerdo con mis deseos y necesidades, tener o no hijos, cuántos, cuándo y con quién.

El Estado debe respetar y apoyar mis decisiones sobre mi vida reproductiva, brindándome la información y los servicios de salud que requiero, haciendo efectivo mi derecho a la confidencialidad.

\*Si eres menor de edad, consulta el Código Civil de tu Estado.

#### **8. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.**

Las mujeres y los hombres jóvenes, aunque diferentes, somos iguales ante la ley.

Como joven, tengo derecho a un trato digno y equitativo y a gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal integral.

Nadie, bajo ninguna circunstancia, debe limitar, condicionar o restringir el pleno goce de todos mis derechos individuales, colectivos y sociales.

#### **9. Derecho a vivir libre de toda discriminación.**

Las y los jóvenes somos diversos y, por tanto, tenemos diferentes formas de expresar nuestras identidades.

Tengo derecho a que no se me discrimine por mi edad, género, sexo, preferencia, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física o por cualquier otra condición personal.

Cualquier acto discriminatorio atenta contra mi dignidad humana.

El Estado debe garantizarme la protección contra cualquier forma de discriminación.

#### **10. Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad.**

Para decidir libremente sobre mí vida sexual necesito información.

Tengo derecho a recibir información veraz, no manipulada o sesgada. Los temas relativos a la información sobre sexualidad deben incluir todos los componentes de ésta: el género, el erotismo, los vínculos afectivos, la reproducción y la diversidad.

El Estado debe brindar información laica y científica de manera continua de acuerdo con las necesidades particulares de las y los jóvenes.

### **11. Derecho a la educación sexual.**

La educación sexual es necesaria para el bienestar físico, mental y social, y para el desarrollo humano, de ahí su importancia para las y los jóvenes.

Tengo derecho a una educación sexual sin prejuicios que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad.

Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser laicos y científicos, estar adecuados a las diferentes etapas de la juventud y contribuir a fomentar el respeto a la dignidad de las y los jóvenes.

### **12. Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.\***

La salud es el estado de bienestar físico, mental y social de las personas.

Tengo derecho a recibir los servicios de salud sexual gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad.

El personal de los servicios de salud pública no debe negarme información o atención bajo ninguna condición y éstas no deben ser sometidas a ningún prejuicio.

\*Si eres menor de edad, consulta el Código Civil de tu Estado.

### **13. Derecho a la participación en las políticas públicas de sexualidad.**

Como joven puedo tener acceso a cualquier iniciativa, plan o programa público que involucre mis derechos sexuales y a emitir mi opinión sobre los mismos.

Tengo derecho a participar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva; a solicitar a las autoridades gubernamentales y a las instituciones públicas que construyan y promuevan los espacios y canales necesarios para mi participación; así como a asociarme con otras/os jóvenes para dialogar, crear y promover acciones propositivas para el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan a mi salud y bienestar.

Ninguna autoridad o servidor público debe negar o limitarme, de manera injustificada, la información o participación referente a las políticas públicas sobre sexualidad.

## GLOSARIO

**Confidencialidad.** Derecho de las personas a mantener en el anonimato o secreto actividades de su vida privada.

**Derechos Humanos.** El conjunto de prerrogativas (derechos y libertades) universales, inalienables (a los que no se puede renunciar) e inherentes (propios) a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo.

**Discriminación.** Trato desigual, injusto, arbitrario o excluyente que se da a una persona con base en algún atributo o condición como edad, sexo, origen étnico, nacionalidad, género, ocupación, religión, preferencia u orientación sexual, etcétera.

**Diversidad sexual.** El conjunto de las diferentes formas de vivir la sexualidad.

**Equidad.** Condición que busca el respeto de los derechos de todas las personas tomando en cuenta sus diferencias.

**Expresiones eróticas.** Manifestación del deseo y placer sexual.

**Género.** Conjunto de valores, actitudes y expectativas sociales que definen lo femenino y lo masculino, que se asignan al individuo desde el momento del nacimiento según su sexo.

**Identidad.** Aquello que una persona piensa, siente y expresa acerca de lo que es.

**Identidad sexual.** Aquello que una persona piensa, siente y expresa acerca de su sexualidad.

**Igualdad.** Es la condición humana por lo que todas las personas tienen los mismos derechos fundamentales.



**Intimidad.** Todo aquello relacionado con el cuerpo, el espacio personal, los sentimientos y los pensamientos. Los espacios físicos de la intimidad pueden ser: baño, cama, recámara, cajones, cartas y escritos sobre sentimientos y pensamientos personales.

**Laicidad.** Cualidad de todo Estado democrático que para garantizar el respeto, la tolerancia, la libertad de conciencia y la igualdad jurídica ante la ley se mantiene ajeno a cualquier doctrina religiosa.

**Licitud.** Conductas individuales o colectivas que se realizan dentro de los límites establecidos por las normas jurídicas. Actuar con licitud es no infringir las leyes.

**Orientación sexual.** Concepto científico que señala la elección de las/los compañeras/os afectivo-sexuales no es producto de una elección conciente. Entre las elecciones sexuales que se reconocen están:

- **Heterosexual.** Quien experimenta atracción predominante por personas del sexo opuesto.
- **Homosexual.** Quien experimenta atracción predominante por personas del mismo sexo.
- **Bisexual.** Quien experimenta atracción por personas de ambos sexos.

**Políticas públicas.** Son líneas de acción del Estado orientadas a satisfacer el interés público y el bien común sobre determinada materia.

**Preferencia sexual.** Elección de una persona para tener relaciones afectivo-sexuales con base en sus características sexuales (femenino, masculino, ambos)

**Prejuicio.** Concepción acerca de algo o de alguien, elaborada antes de conocerle o sin tener elementos para emitir una opinión.

**Privacidad.** El derecho de todo ser humano a que no sean conocidas y dados a conocer a terceros, hechos, circunstancias o cualquier otra información personal sin su consentimiento.

**Salud.** Es el estado de bienestar de las personas en todos los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales y ambientales, y no es sólo ausencia de la enfermedad.

**Salud reproductividad.** Es el estado de bienestar físico mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, y no sólo la ausencia del dolor, enfermedades e infecciones de transmisión sexual.

**Salud sexual.** Es el estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con la vida erótico-afectiva en todas sus dimensiones. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.

**Seguridad jurídica.** Es la garantía que el Estado brinda a todos los individuos de que su persona, sus bienes y sus derechos no serán violentados por las autoridades o por algún particular.

**Sexualidad.** Conjunto de condiciones físicas, biológicas, psicológicas, emocionales, sociales y culturales relacionadas con la vida sexual de una persona.

**Sexo.** Conjunto de características anatómico-fisiológicas que diferencian a hembras y machos de una especie.

**Vida privada.** Espacio geográfico y simbólico constituido por la familia, el hogar y las actividades de la persona como particular.

**Violencia sexual.** Todo acto, con connotaciones sexuales, que tienda a invadir, agredir y dañar el cuerpo y la vida emocional de una persona sin su consentimiento y/o en desventaja física o laboral. Las formas de violencia sexual

se manifiestan en actos que incluyen desde conductas que no implican sometimiento físico, como el acoso y el hostigamiento verbal, hasta diversas prácticas sexuales no consentidas, tales como caricias, besos y otras formas de contacto genital y corporal, incluidas las relaciones sexuales.

## **ANEXO 2**

### **USO ADECUADO DEL CONDÓN MASCULINO Y FEMENINO**

Es una cubierta de látex que se coloca en el pene antes de la penetración en las relaciones sexuales. Te previene de la infección por VIH/SIDA, de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no deseados. Impide el intercambio de fluidos (líquido pre eyaculatorio, semen, sangre y fluidos vaginales) que posiblemente tengan VIH.

- Receptáculo para el semen (punta del condón)
- Hecho de látex delgado pero resistente

#### **¿En dónde se consiguen?**

- En más lugares de los que te imaginas, por ejemplo, en farmacias, supermercados, tiendas departamentales, bares, discotecas, en las clínicas de salud y con organizaciones de la sociedad civil.

#### **¿Cómo se compran?**

- Se venden por paquete. En algunos lugares puedes pedirlos al dependiente o puedes optar por comprarlos en las tiendas de autoservicio en donde tú los escoges personalmente.

#### **¿Cuáles son los mejores?**

- Existen muchas marcas y modelos. La mejor opción es la que se adapte más a tus necesidades.

#### **¿Con quién se deben de usar?**

- Con todo... mundo ¡Lo más importante es que sean de látex!
- Ya que no puedes determinar a simple vista cuando una persona tiene alguna ITS o es portador del virus que causa el SIDA, lo mejor es que

utilices el condón cada vez que tengas una relación sexual. Muchas cosas en torno al sexo suelen ser difíciles. No es fácil decirle que quieres usar condón, especialmente cuando estás a punto de tener relaciones sexuales. Sin embargo, debes insistir o inclusive condicionar la relación al uso del condón. ¿Cómo se le dice a la pareja? ¡Tu salud o tu vida pueden depender de ello!

### **¿Cómo se conservan?**

- No lo expongas al calor excesivo ni a la luz fluorescente.
- No lo lleves en el bolsillo del pantalón o en la cartera.
- Aléjalo de las llaves u objetos punzo cortantes.

### **Si el condón se rompe es porque no lo usaste correctamente o porque no lo conservaste en las condiciones adecuadas**

#### **Antes de usarlo**

1. Asegúrate de que el condón todavía sirva. Cada empaque tiene escrita una fecha: MFG: Fecha de manufactura, dura cinco años a partir de esta fecha. CAD o EXP: Fecha de caducidad
2. Fíjate que el empaque no esté roto y que al oprimirlo forme una bolsa de aire; si no es así utiliza otro.

### **¿Cómo se usa?**

- a. Abre el empaque con la yema de los dedos. No uses dientes, uñas ni tijeras porque lo puedes romper.
- b. Fíjate hacia qué lado se desenrolla, presiona la punta del condón para quitarle el aire y quede espacio para recibir el semen. Si no lo haces, el condón puede romperse.
- c. Sin soltar la punta del condón colócalo sobre la cabeza del pene cuando está erecto.

- d. Con la otra mano desenrolla el condón hacia la base del pene hasta cubrirlo por completo.
- e. Si usas lubricante utiliza uno a base de agua. El aceite para bebe, las cremas, etc., rompen el condón.
- f. Después de que eyaculaste y antes de que el pene se ponga flácido, retírate sosteniendo el condón con la mano para que no se quede dentro de tu pareja.
- g. Anuda el condón para que no se derrame el semen y tíralo al bote de la basura.

Se ha demostrado que el CONDÓN es en la actualidad uno de los métodos más efectivos para la prevención del VIH/SIDA, otras ITS y embarazos no planeados, cuando se usa correctamente y en cada relación sexual.

Cada persona debe contar con información básica, suficiente y consejería previa y posterior para tomar una decisión individual y/o de pareja acerca de practicarse o no la prueba.

El respeto a la confidencialidad sobre la prueba, el trato cálido y respetuoso del personal de salud y la absoluta discreción respecto al resultado de las pruebas de detección, son derechos inviolables de todas las personas.

## **Los condones**

**Los condones femeninos y masculinos** son los únicos métodos que brindan doble protección, previenen las infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de inmunodeficiencia humano (VIH) y los embarazos no deseados. Hay una gran diversidad de condones. Hay de diferentes colores, tamaños, texturas y olores.

Los hay especiales para sexo anal. Hay femeninos y masculinos. Esa diversidad se extiende a los lubricantes que también tienen distintas presentaciones, colores y sabores.

## **Uso placentero del condón.**

- Las posibilidades de erotizar el uso de los condones son tan diversas como las personas.
- Los condones masculinos se pueden usar para el sexo oral, vaginal o anal.
- Se pueden poner con las manos, con la boca o con otras partes del cuerpo dentro de los juegos sexuales preeliminares a la penetración. Los condones sin lubricante o de sabor también pueden ser usados como protección para sexo oral.
- Para mujeres, para contacto boca - ano, boca - vulva, se recomienda usar rectángulos de látex o bien cortar un condón de tal manera que la zona queda bien protegida a la hora de la práctica sexual.

## **Mujeres y condones para tu protección**

### **El Condón femenino**

- El condón femenino está hecho de un material más fuerte que el látex, que conduce el calor manteniendo la sensibilidad. Al contrario del látex, puede ser usado con lubricantes a base de agua y de aceite, y no provoca reacciones alérgicas. Protege la vagina, el cuello del útero y los genitales externos funcionando como una barrera de protección.
- El condón femenino puede insertarse hasta con 8 horas de anticipación a la relación sexual. Puede ser usado también para sexo anal removiendo el anillo interno y colocándolo en la punta del pene para que lo empuje hacia adentro al penetrar.

### **Instrucciones para usar el condón femenino**

**Paso 1.** Se abre el empaque con cuidado, tirando de la punta superior derecha. No usar tijeras, uñas ni dientes.

**Paso 2.** El condón tiene dos anillos. El anillo más grande se usa para cubrir los genitales externos y el más pequeño para insertar el condón y mantenerlo en el lugar correcto durante la relación sexual. Se pueden agregar más lubricante para evitar que haga ruido y aumentar la sensibilidad.

**Paso 3.** Elija una posición que le sea cómoda para insertar el condón, puede ser agachada, con una pierna levantada, sentada o acostada. Apriete el anillo más pequeño hasta flexionarlo en forma de ocho.

**Paso 4.** Delicadamente inserte el anillo más pequeño en la vagina, sienta como se desliza hacia adentro del condón y empújelo lo máximo posible. El anillo externo debe quedar fuera de la vagina para proteger los genitales exteriores. Ya está listo para usarse. Para remover el condón gire el anillo externo y jálalo gentilmente. Tirelo a la basura, nunca en el inodoro. Se aconseja que coloquemos y retiremos el condón femenino por lo menos una vez antes de usarlo durante la relación sexual para familiarizarnos con su uso.

## **Las mujeres y su sexualidad**

Todas las mujeres somos diversas y nuestras diferencias enriquecen las maneras en las que vemos la sexualidad. Cada mujer tiene necesidades, deseo y fantasías distintas. Nosotras somos las únicas personas que podemos cuidarnos a nosotras mismas. Parte de ese proceso de cuidado es decidir que dejamos que entre a nuestro cuerpo, por ejemplo, que música nos gusta escuchar, qué imágenes nos gusta ver, qué texturas preferimos, qué olores son nuestros favoritos y qué sabores disfrutamos.

Es importante recordar que TODAS las personas, incluyendo las mujeres que viven con VIH tienen derechos sexuales, es decir, tenemos derecho a una sexualidad placentera, libre de riesgos y libre de violencia.



## **Instrucciones para usar el condón masculino**

**Paso 1.** El condón masculino es una bolsita de plástico (látex) que se coloca en el pene cuando está erecto para evitar el paso de espermatozoides y para proteger la salud. Los condones tienen distintos tamaños y características, se recomienda que los hombres "se prueben" y prueben uno con la pareja para aprender a usarlo antes de tener relaciones sexuales.

**Paso 2.** Primero se abre el empaque, los dientes del empaque están diseñados para facilitar la apertura con la yema de los dedos. No usar tijeras, uñas ni dientes. Es importante reconocer cuál es el lado correcto por el que se desenrolla el condón, cuando el condón parece un chupón de mamila esta al revés.

**Paso 3.** Se tuerce la puntita del condón para sacarle todo el aire antes de desenrollarlo. Si es posible se pone una gotita de lubricante soluble al agua en la punta del pene antes de colocarlo para aumentar la sensibilidad. Se coloca en la punta del glande y se va desenrollando con cuidado hasta llegar a la base del pene y no se desenrolla hay que tirarlo a la basura porque ya se ha contaminado.

**Paso 4.** Se pasa la mano gentilmente sobre el condón buscando que no queden arrugas ni burbujas de aire. La punta del condón debe quedar libre para recibir el semen de la eyaculación. Se pueden aplicar lubricante soluble al agua en la punta, una vez puesto. El lubricante facilita la penetración y transmite el calor, lo que aumenta la sensibilidad de la relación sexual. El uso del condón retrasa la eyaculación. Después de la eyaculación se sostiene la base del pene con cuidado para que al retirarse del compañero o compañera sexual el condón no se quede dentro ni se derrame el semen. El condón se retira empezando por la base del pene. Tírelo a la basura, nunca en el inodoro.

**El CENSIDA** a través de su línea telefónica responde a todas tus dudas y te brinda la orientación que necesites. Infórmate, llama a telSIDA al teléfono: 52 07 40 77 y sin costo de los estados al 01800-7120886 y 01800-7120889 Atenderemos todas tus dudas de lunes a viernes de 9:00 a 21:30 hrs (CENSIDA, 2010).

### ANEXO 3

#### INSTRUMENTO:

#### VIH-PERCEPCIÓN DE RIESGO-USO DE CONDÓN

Fecha: día / mes / año

Carrera:

Semestre:

Edad:

Sexo:

El siguiente instrumento no se trata de un examen, la información que nos proporcionas es confidencial y anónima, utilizándose únicamente con fines de Investigación. No hay respuestas “buenas” ni “malas”, lo que se pretende es conocer tu punto de vista. Por lo que para obtener la mayor información posible, debes responder de forma sincera.

#### INSTRUCCIONES:

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones. Es importante que solo contestes en los círculos que se encuentra debajo de cada una de ellas. Marcando con una X la palabra que refleje mejor tu opinión, no puedes marcar más de una opción, tampoco dejarla en blanco; trata de no rayar ni hacer anotaciones en el cuadernillo para evitar confusiones, no inicies hasta que el aplicador te lo indique.

CLAVE:

• CIERTO

• FALSO

EJEMPLO:

1. Los exámenes sorpresa son adecuados para fomentar el estudio en los jóvenes universitarios

CIERTO

FALSO

Aquí la respuesta se marcó FALSO; es decir que ES FALSO que los exámenes sorpresa son adecuados para fomentar el estudio en los jóvenes universitarios.

Si la pregunta no es clara o no la entiendes pide ayuda al aplicador, este puede responder tus dudas.

Gracias

Administración: Individual

1. La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual  
CIERTO  FALSO
2. El condón de látex sirve como barrera para evitar la transmisión del VIH durante la relación sexual  
CIERTO  FALSO
3. Si uso condón en todas mis relaciones sexuales tengo 100% de seguridad de no contraer ninguna enfermedad por vía sexual  
CIERTO  FALSO
4. El condón se debe colocar sobre el glande del pené erecto y desenrollarse hasta llegar al vello púbico  
CIERTO  FALSO
5. Conozco el condón femenino  
CIERTO  FALSO
6. Exijo a mi pareja el uso del condón antes de una relación sexual  
CIERTO  FALSO
7. El VIH ataca a las células que defienden a nuestro organismo de las enfermedades  
CIERTO  FALSO
8. Conozco el condón masculino  
CIERTO  FALSO

9. Pienso que el VIH solo se transmite por vía sexual

CIERTO

FALSO

10. Si me cae semen en una herida abierta me puedo infectar

CIERTO

FALSO

11. SIDA significa Síndrome De Introspección Aislada

CIERTO

FALSO

12. Una Deficiencia Inmunológica es una debilidad en el sistema que combate las enfermedades en tu organismo

CIERTO

FALSO

13. El SIDA es causado por un virus llamado el VIH: Virus de Inmunodeficiencia humano

CIERTO

FALSO

14. La leche materna de las personas infectadas con VIH también son vía de infección

CIERTO

FALSO

15. La única forma de contraer el virus del SIDA es la vía sexual

CIERTO

FALSO

16. Sé que si recibo un trasplante de un donador con VIH me puedo infectar

CIERTO

FALSO

17. Las relaciones sexuales de tipo anal evitan la infección por VIH

CIERTO

FALSO

18. La transmisión no es posible si el VIH. No entra en el torrente sanguíneo

CIERTO

FALSO

19. Los resultados de la prueba de VIH son exactos más de 90%

CIERTO

FALSO

20. Los niños nacidos de madres portadoras del VIH pueden no estar infectados

CIERTO

FALSO

21. Debo esperar una semana después de haber estado expuesto a contraer el virus del VIH para poder hacerme la prueba de detección

CIERTO

FALSO

22. Si una persona utiliza condón significa que está infectado del virus del sida

CIERTO

FALSO

23. El sexo oral-anal, puede ser una vía de infección del virus si una de las persona está infectada.

CIERTO  FALSO

24. Puedo utilizar el condón por cualquiera de sus lados

CIERTO  FALSO

25. Debo utilizar vaselina o aceite de bebe para lubricar el condón antes de la penetración

CIERTO  FALSO

26. Debo utilizar el condón justamente antes de eyacular

CIERTO  FALSO

27. Puedo utilizar el condón dos veces para una relación sexual

CIERTO  FALSO

28. Si uso dos condones al mismo tiempo, me protejo más

CIERTO  FALSO

29. El sida solo le da a homosexuales

CIERTO  FALSO

30. La única forma de evitar completamente la transmisión por vía sexual con VIH es abstenerse de toda actividad sexual con otras personas

CIERTO  FALSO

31. Aislar a las personas afectadas soluciona el problema

CIERTO  FALSO

32. El sida es una bacteria

CIERTO  FALSO

33. Las personas con enfermedades venéreas corren más peligro de contraer VIH

CIERTO  FALSO

34. La forma más frecuente de infección del VIH se debe al contacto sexual

CIERTO  FALSO

35. Tan pronto como una persona se infecta con el virus, está desarrolla el sida

CIERTO  FALSO

36. Los condones deben ser usados por hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres para prevenir la transmisión por VIH

CIERTO  FALSO

37. El sexo oral tiene un alto riesgo de infección de VIH

CIERTO  FALSO

38. El condón es el método más seguro y efectivo para prevenir la infección del virus del sida.

CIERTO  FALSO

39. Es posible infectarse del virus del sida por un piquete de mosquito

CIERTO  FALSO

40. Las personas que tienen sida se pueden detectar solo por su apariencia

CIERTO  FALSO

41. El condón impide la erección en el hombre

CIERTO  FALSO

42. Un solo contacto sexual sin condón es suficiente para infectarse del virus del sida

CIERTO  FALSO

43. Los condones tienen fecha de caducidad

CIERTO  FALSO

44. El condón puede ser expuesto al sol, sin dañarse

CIERTO  FALSO

45. El condón reduce la sensación sexual en mi pareja

CIERTO  FALSO

46. Exijo a mi compañero sexual el uso del condón antes de una relación sexual

CIERTO  FALSO

47. De todas las enfermedades que conozco el sida es la que más me asusta

CIERTO  FALSO

48. Vencer la pandemia de SIDA depende de las medidas de prevención que evitan la transmisión del VIH

CIERTO  FALSO

49. No me gusta utilizar condón

CIERTO

FALSO

50. Yo me siento protegido cuando uso condón en mis relaciones sexuales

CIERTO

FALSO

51. Es menos varonil el hombre que usa condón

CIERTO

FALSO

52. Si recibo sangre segura no puedo infectarme de VIH

CIERTO

FALSO

53. Los condones aprietan demasiado

CIERTO

FALSO

54. Serías capaz de rehusarte a tener relaciones sexuales si tu pareja sexual no quiere usar condón

CIERTO

FALSO

55. Tienen la misma efectividad los condones de sabor que los convencionales (normales)

CIERTO

FALSO

56. Siempre tengo a la mano y en un lugar seguro todo lo necesario para tener una relación sexual

CIERTO

FALSO

57. Debo usar un condón cuando estás con alguien que dice no estar infectado con ninguna enfermedad

CIERTO

FALSO

58. El hombre es quien debe decidir si se usa condón o no

CIERTO

FALSO

59. He usado en mis relaciones sexuales el condón femenino

CIERTO

FALSO

**Si me entero que una persona cercana a mí está infectado de VIH yo...**

60. Lo apoyo incondicionalmente en todo lo que me sea posible

CIERTO

FALSO

61. Busco la manera de ayudarlo  
CIERTO  FALSO
62. Prefiero no hablar con esa persona  
CIERTO  FALSO
63. Trato de encontrar soluciones a la situación  
CIERTO  FALSO
64. Platico con otra persona para conocer más al respecto  
CIERTO  FALSO
65. Le expreso mi opinión a esa persona acerca de lo que le sucede  
CIERTO  FALSO
66. Sigo como si nada pasara  
CIERTO  FALSO
67. Trato de olvidarme del asunto  
CIERTO  FALSO
68. Me cuesta trabajo expresar lo que siento ante ese problema  
CIERTO  FALSO
69. Me pongo en su contra y me alejo de ella  
CIERTO  FALSO
70. Me da pena hablar con la persona involucrada en el problema  
CIERTO  FALSO
71. Me ayuda a madurar como persona  
CIERTO  FALSO
72. Me ayuda a descubrir lo importante de la vida  
CIERTO  FALSO
73. Me alejo porque no sé qué hacer  
CIERTO  FALSO
74. Pido más opiniones al respecto  
CIERTO  FALSO



**Si me entero que yo estoy infectado por el VIH...**

75. Me armo de valor y lo enfrento

CIERTO

FALSO

76. Hablo con alguien sobre como me siento al respecto

CIERTO

FALSO

77. Trato de no pensar en ello

CIERTO

FALSO

78. Analizo la situación para entenderla mejor y saber cómo actuar

CIERTO

FALSO

79. No le doy importancia. Al fin y al cabo de algo tengo que morir

CIERTO

FALSO

80. Busco ayuda psicoemocional

CIERTO

FALSO

81. Me da pena hablar al respecto con otros

CIERTO

FALSO

82. Me hago cargo de la situación con ayuda de mis seres queridos

CIERTO

FALSO

83. Me informo acerca del tema

CIERTO

FALSO

84. Cuido mi salud lo mejor posible

CIERTO

FALSO

85. Me someto a tratamiento médico

CIERTO

FALSO

86. Prefiero dejar de existir

CIERTO

FALSO

87. Acudo con un psicólogo

CIERTO

FALSO

88. Intentaría suicidarme

CIERTO

FALSO

89. Recibo educación sexual de: (Subraya la/s opción/es según sea tu caso)

a) Familia

b) Maestros

c) Amigos

d) Otros

e) No he recibido