



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

I Z T A C A L A

“Correlación entre el modelo basado en la teoría de
la conducta planeada y la percepción de conductas
Sexuales de riesgo de la figura pública favorita de
adolescentes”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Mónica Patricia Perdomo Orozco



DIRECTOR: Lic. Pablo Morales Morales

DICTAMINADORES: Dra. Diana Isela Córdoba Basulto

Dr. José Salvador Sapién López

Los Reyes Iztacala, Edo. de México, Mayo 2015



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.

**“La vida es muy corta para despertarse con remordimientos.
Ama a la gente que te trata bien, olvida a los que no lo hacen.
La vida pone a cada uno en su lugar. Piensa que todo llega y
que pasa por una razón. Si tienes una segunda oportunidad,
tómala!. Nadie dijo que la vida sería fácil, solamente
prometieron que VALDRIA LA PENA!”**

Anónimo

AGRADECIMIENTOS

A mis papás **ALBERTO PERDOMO** y **PATRICIA OROZCO**, gracias por la familia que me han regalado, por ser los mejores padres del mundo y por apoyarme siempre, por su comprensión, paciencia y confianza. Gracias por caminar junto a mí, hoy concluimos esta etapa, comenzando así una nueva. Felicidades porque yo solo soy un reflejo de su esfuerzo. Los amo más que a nada y nadie.

A **JORGE PERDOMO** por tus consejos y apoyo. Nunca olvides que naciste para ser una persona real, no perfecta; estas aquí para ser tu mismo, no lo que los demás quieres que seas. Te amo hermano.

A mi lmo **ROCIÓ OROZCO**, porque me diste el regalo más increíble del mundo, porque no pensaste en nadie antes de mí, porque gracias a ti hoy se valorar mi vida y porque sin ti esto no sería posible. Gracias por devolverme las ganas de vivir al máximo cada día de mi vida.

A la memoria de **LUIS OROZCO** por confiar en mí siempre, porque me guiaste cuando estaba perdida y porque si alguien nunca tuvo dudas de hasta dónde podía llegar, fuiste tú.

A **ENRIQUE** y **ARMANDO OROZCO** por su apoyo, por sus consejos, por su amistad y confianza, pero sobre todo por demostrarme su amor incondicional. Gracias por enseñarme que “LO MEJOR ESTA POR VENIR”.

A **SILVIA** porque más que una amiga, eres una hermana para mí. No entiendo porque te cruzaste en mi vida pero en definitiva no quiero que te vayas nunca!!!.

A mis AMIGAS, por todos esos momentos que compartimos juntas, por las peleas, por los momentos felices, por los graciosos, pero sobre todo por su amistad absoluta. Gracias **VIVI** y **MAR** por compartir conmigo una de las mejores etapas de mi vida.

A **PABLO MORALES** por su orientación y apoyo, por compartir conmigo sus conocimientos y enseñanzas. Gracias por confiar en mí.

Al UNIVERSO por este nuevo momento y esta nueva oportunidad, por cruzar en mí camino gente maravillosa que me enseñó que vale la pena vivir y que si quiero algo, solo depende de mí. En especial, gracias a **ERENDIRA** por siempre estar presente, hoy y siempre te voto 4.

A todos y cada uno de los seres extraordinarios con los que me cruce en FundaSIDA.

En general a todas cada una de las personas que han aparecido en mi vida, porque de todas ustedes he aprendido algo. A todos ustedes les digo:

“Hey!!! No dejes que se escapen las personas y cosas

Importantes en tu vida, levántate, sonríe, camina,

venga estas en urgencia!!! Porque sabes

hombre y mujer maravilloso (a)

ESTAS VIVO”

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. ADOLESCENCIA Y CONDUCTA SEXUAL	
1.1 Concepto de adolescencia	2
1.2 Conducta sexual del adolescente	4
1.3 Comportamientos sexuales de riesgo en el adolescente y factores asociados	9
1.4 Consecuencias del comportamiento de riesgo en el adolescente	14
2. MODELO BASADO EN LA TORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA	
2.1 Modelos de salud	16
2.2 Antecedentes del modelo	17
2.3 Teoría del comportamiento planificado	19
2.4 Componentes del modelo basado en la conducta planeada	21
2.5 Limitaciones del modelo	23
3. INFLUENCIA SOCIAL DE PERSONAS PÚBLICAS	
3.1 Influencia social	24
3.2 Conducta de imitación	26
3.2.1 Reforzadores	29
3.2.2 Reforzamiento vicario	30
3.3 Poder social	31
4. FIGURAS PÚBLICAS Y COMUNICACIÓN	
4.1 Estereotipo de belleza	33
4.2 Estereotipo de figuras públicas	34
4.2.1 Mujeres	34

4.2.2	Hombres	38
4.2.3	Los estereotipos en las culturas	39
4.3	Estereotipos, publicidad y medios de comunicación	39
4.4	Consecuencias de los estereotipos	40
4.5	Medios de comunicación	43
4.6	Comunicación y sexualidad	44
5.	MÉTODO	45
6.	PROCEDIMIENTO	48
7.	RESULTADOS	50
8.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	59
9.	CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFIA		67
ANEXOS		77

RESUMEN

El objetivo de la presente fue Identificar si existe una correlación entre los elementos del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y la percepción de conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita de adolescentes, se crearon dos instrumentos, los cuales fueron aplicados a 135 alumnos de tercer grado de secundaria de entre 13 y 17 años, de los cuales 64 eran varones y 71 mujeres. Mediante el coeficiente de correlación r de Pearson se obtuvieron correlaciones bajas moderadas positivas entre las áreas del modelo (Actitud, .433; Control Conductual Percibido, .362; Intención, .387; Norma subjetiva, .367) y una correlación alta moderada y positiva para el total del modelo (.741).

Palabras clave: conductas sexuales de riesgo, figuras públicas.

ADOLESCENCIA Y CONDUCTA SEXUAL

1.1. Concepto de Adolescencia

En diversas sociedades y culturas, como la occidental, es común que el tránsito entre la niñez y la edad adulta esté marcada por un cambio en las expectativas en relación no solamente con las funciones sexuales y reproductivas, sino también con el estatus social, conociéndose una amplia variedad de ritos y creencias que han tendido a diferenciar socialmente esta etapa entre la niñez y la adultez. La adolescencia es un concepto relativo moderno; fue definida como una fase específica en el ciclo de la vida humana a partir de la segunda mitad del siglo pasado, estando ligado este hecho a los cambios políticos, económicos, culturales, al desarrollo industrial y educacional, al papel que comienza a jugar la mujer y al enfoque de género, en correspondencia con la significación que este grupo poblacional tiene para el progreso económico-social (Márquez y Colás, 2002).

Martínez (2005), afirma que la adolescencia es la edad que sucede a la niñez; el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta, durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico. La adolescencia es un estadio propio de la especie humana, ya que no se han descubierto en el animal conductas específicas de la adolescencia y es necesario aclarar que pubertad y adolescencia, no son sinónimos. La pubertad es un fenómeno universal para todos los miembros de nuestra especie, y la adolescencia, es un hecho psicosociológico que no se adopta en todas las culturas, comprende el patrón de características que se adoptan en la nuestra.

Es por ello, que Weinssmann (2003), afirma que se puede concebir a la adolescencia desde un punto de vista sociológico como un periodo en la vida de las personas que se define en relación al lugar que uno ocupa en la serie de generaciones. Hay una cierta experiencia compartida por haber venido al

mundo en un momento histórico determinado y no en otro; mientras que desde un punto de vista psicológico es considerada como una etapa de la vida humana que comienza con la pubertad y se prolonga durante el tiempo que demanda a cada joven la realización de ciertas tareas que le permiten alcanzar la autonomía y hacerse responsable de su propia vida. La forma que adquiere la realización de estas tareas, esta mediada por las características de la época en la que el adolescente está viviendo, su situación familiar, el lugar en el que vive, su género y su clase social.

Quiroga (1990, citada por Weinsmann, 2003), divide la adolescencia en tres momentos:

- Adolescencia temprana que se da entre los 13 y los 15 años de edad, en esta etapa se suelen intensificar las conductas rebeldes y el mal desempeño escolar. Casas, y Señal (2005), testifican que la característica principal de esta fase es el rápido crecimiento somático con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. Los contactos con el sexo opuesto se inician de forma “exploratoria”. Finalmente la capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando, con lo que muchas de sus acciones son moduladas por este sentimiento.

- Adolescencia media que se da entre los 15 y los 18 años de edad, donde ubica los primeros noviazgos y la formación de grupos de pares. Casas, y Señal (2005), afirman que durante esta fase el crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado, adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta. Los adolescentes para este momento ya son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable. Tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá algo, esta sensación facilita los

comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad de este periodo de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta. Los grupos adquieren una gran importancia, son ellos quienes dictan la forma de vestir, de hablar y de comportarse.

- Adolescencia tardía que se da entre los 18 y los 28 años, que es el tiempo de resolución de las problemáticas que conducirán al adolescente hacia la adultez, entre estas problemáticas se mencionan el desasimio de autoridad de los padres, la independencia económica, la vivienda independiente, la constitución de una pareja estable, la elección de una profesión y un trabajo. Casas, y (2005), mencionan que esta es una fase estable, y las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad.

1.2. Conducta sexual del adolescente

En las últimas generaciones es manifiesta la aparición cada vez más temprana de la maduración sexual y la participación activa de los jóvenes en la esfera social, cultural y económica, por lo que representa un desafío importante para los países y en particular para los sistemas de salud, cómo contribuir a que esta etapa transcurra exitosamente, con satisfacción de la calidad de vida y de sus necesidades de salud, bienestar y desarrollo (Márquez, y Colás, 2002).

La sexualidad es definida como una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano, basado en el sexo, incluye el género, las identidades del sexo, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa de manera cognitiva y conductual, siendo así el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos y espirituales (Consejo Estatal de Población, 2010).

Existen cuatro perspectivas desde las cuales se puede dar un significado al término “sexualidad”, y no se pueden separar, estas son: La perspectiva biológica, psicológica, social y ética.

Por su parte (Castelo, 2005), asegura que la sexualidad humana es un proceso continuo que se inicia en el nacimiento y termina en la muerte. Es consecuencia de una compleja y cambiante interacción entre factores biológicos y socioemocionales influenciados por la familia, la religión y los patrones culturales. La expresión pública y privada de la sexualidad afecta en gran medida la vida de las personas y a lo largo de la historia de la humanidad este se ha restringido o liberado; la sexualidad tiene expresiones diversas en las diferentes etapas de la vida.

Durante la adolescencia; los adolescentes presentan un aumento significativo de los niveles de hormonas sexuales, lo que provoca intensos cambios físicos y psicológicos. En esta etapa el cuerpo es lo central y se observan cambios en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios; estos jóvenes comienzan a darse cuenta de las variaciones en su cuerpo y de la ocurrencia de respuestas que anteriormente no se presentaban en las personas que los rodean, asociadas a esta transformación.

Las conductas sexuales pueden llegar a ser responsables de la aceptación o del rechazo social. En la adolescencia la curiosidad sexual lleva a la autosatisfacción que desemboca en la reciprocidad sexual, en ella se tiende a la experimentación sexual y a competir por lograr la mejor pareja según los parámetros de cada sociedad.

Existen algunos elementos que se engloban dentro del concepto de sexualidad, estos son:

El impulso sexual.

Ayarza (2008), afirma que todos los cambios que aprecia el joven en su cuerpo durante la pubertad, son provocados por la presencia de nuevas hormonas. Estas hormonas no solo promueven cambios físicos y fisiológicos

en el joven, sino también cambios psicológicos y emocionales. La adolescencia trae consigo un aumento de interés por el otro sexo, lo cual es llamado “desarrollo del impulso sexual”.

Se habla de un impulso sexual por la búsqueda del placer sexual del joven a causa de verse sometido constantemente a una tensión sexual.

El impulso sexual posee su propia naturaleza y una finalidad conectada con la naturaleza. La finalidad del impulso sexual en los animales es un factor importante en el orden de la naturaleza y es de carácter instintivo, mientras que en los humanos es un cofactor del orden de la naturaleza por el hecho de que la gente capta el sentido de su normativa y concede fuerza a esa normativa en su conducta (Wojtyla, 2003).

La identidad sexual

Es la convicción íntima, el sentimiento internalizado de una persona, la experiencia psicológica de sentirse a sí mismo como mujer u hombre y normalmente este sentimiento se define a los 3 años de edad y generalmente corresponde al sexo asignado (Bardi, Leyton, Martínez y González, 2005).

Existen otras definiciones como la de Sánchez (2006), quien afirma que la identidad es la sensación profunda que tiene una persona de ser del sexo masculino o femenino, o a veces de ser “algo diferente de ambos” o de “ser algo que se encontraría en algún punto intermedio entre ambos.”

Por su parte Sánchez, Honrubia y Dolores (2005), afirman que la identidad sexual se refiere al acuerdo o desacuerdo con el género que se atribuye a partir del sexo biológico con el que se nace. El género se asimila, se integra y dependiendo de ellos se actúa de acuerdo a los patrones establecidos para ese género en la sociedad en la que se vive.

Si se nace con pene y testículos se es un hombre y si se nace con vulva y vagina se es una mujer, es importante mencionar que esto implica un comportamiento establecido socialmente con el que se debe estar de acuerdo

para sentirse a gusto, es así que el tener una orientación sexual de deseo hacia el mismo sexo no implica que se renuncia a la identidad sexual.

Cuando no se está de acuerdo con el género con el que se nació, se habla de personas transexuales. El término “transexualidad” se refiere a no estar conforme con el sexo biológico con el que se nació. Estas personas se sienten atrapadas en un cuerpo que no reconocen como suyo e intentan de cualquier forma cambiar de sexo biológico para parecerse al sexo opuesto y así adoptar la conducta establecida socialmente para el sexo con el que se identifican (Sánchez, Honrubia y Dolores, 2005).

Durante la adolescencia, los jóvenes transexuales adquieren una serie de sentimientos negativos respecto a su imagen corporal con una autoestima sumamente baja, desarrollando así técnicas para ocultar su pene o busto, según sea el caso. Salín (2008, pp.11) quien fuese psicólogo especializado esta población, afirma:

“Las personas transexuales sienten una aversión por como lucen externamente, les molesta verse al espejo los MTF, no gustan de su aspecto del cuello hacia abajo y las FTM, les molesta tener senos. Su cuerpo les contradice constantemente lo que ellos sienten dentro de sí mismos. En algunos casos extremos se han dado sucesos como la mutilación por propia mano de genitales o aplicar vendas a los senos, así como el suicidio y el uso de drogas con el objeto de bloquear lo que sucede en el interior”

Nota: Con las siglas MTF, el autor se refiere a los hombres transexuales que antes eran mujeres y por FTM se refiere a las mujeres transexuales que antes eran hombres.

La orientación sexual

A esta también se le puede llamar preferencia sexual, ya que se refiere a aquello que tiende y se orienta a un objeto sexual igual, contrario a los dos sexos indistintamente o a otros objetos, como animales u objetos fetiches que se cargan de erotismo (Sánchez, 2006).

De igual manera Bardi, Leyton, Martínez y González (2005), atestiguan que la orientación sexual es la dirección de intereses eróticos y afectivos, es la preferencia que tiene un individuo por otro, ya sea heterosexual, homosexual o bisexual.

Por heterosexualidad se entiende a la orientación sexual caracterizada por la atracción sexual hacia personas del sexo opuesto, mientras que por homosexualidad se entiende la preferencia y la mayor atracción que tiene una persona para relacionarse con personas de su mismo sexo. Es una orientación sexual hacia individuos del mismo sexo; finalmente la bisexualidad es el deseo romántico o sexual hacia personas de ambos sexos (Maguis, 2006).

El tener una determinada orientación sexual no impide a las personas manifestarse e identificarse con el sexo biológico con el que han nacido (Sánchez, Honrubia y Dolores, 2005).

Relaciones sociales

Se llama relación a aquella correspondencia o conexión que se establece entre algo o alguien con otra cosa o persona. En tanto las relaciones sociales son aquellas interacciones sociales que se encuentran reguladas por normas sociales entre dos o más personas, presentando cada una de ellas una posición social y desplegando un papel social.

La necesidad de vivir y convivir con personas se despierta desde la infancia y, en la adolescencia, se hace todavía más fuerte (Parolari, 1995).

Rice (1997) habla de la separación de los sexos desde la infancia, sin embargo, Coleman y Hendry (1999), afirman que en la preadolescencia, se ve sumamente marcada la separación de los sexos, para crear agrupamientos de cada uno de ellos, en estos agrupamientos se representan roles de género, mientras que en la adolescencia, las amistades íntimas constituyen la norma, casi todos los jóvenes están dispuestos a participar en actividades compartidas y a intercambiar ideas y opiniones con sus amigos lo cual lleva a la

conformación y mantenimiento de grupos estables, además del establecimiento de amistades, se establecen relaciones románticas a través de los géneros.

1.3. Comportamientos sexuales de riesgo en el adolescente y factores asociados

¿Qué es una conducta sexual de riesgo?

La adolescencia es un periodo de diversos cambios, a nivel biológico, psicológico y social, durante esta etapa el interés por el sexo aumenta y se dan las primeras relaciones sexuales, para que estas puedan considerarse “saludables” según (Espada, Quiles y Méndez, 2003), deben cubrir ciertos requisitos como:

- a) La relación sexual debe de ser prevista con antelación.
- b) Deseada por ambos miembros de la pareja.
- c) Con protección ante el riesgo de embarazo o de enfermedades de transmisión sexual.
- d) Disfrutada por ambas partes.

Cuando no se cumple con estos requisitos, hablamos de conductas sexuales de riesgo. En tiempos pasados las conductas de riesgo fueron estudiadas mediante el enfoque epidemiológico, y se consideraban de riesgo a las personas o grupos vulnerables a problemas físicos y sociales debido a la presencia de comportamientos no aceptados socialmente, como la homosexualidad o la drogadicción. Esta perspectiva fue obsoleta a partir de la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en los años 80's, cuando este síndrome después de ser asociado a minorías como homosexuales, usuarios de drogas inyectables y personas de color comenzó a ser común en otras poblaciones, como hombres y mujeres heterosexuales y adolescentes (Moskovics, 2004).

Se desato una epidemia cuyas proporciones incrementaron notablemente, hecho por el cual se hizo necesario hablar de conductas de riesgo. Por tanto, se puede definir a una conducta sexual de riesgo como la

exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona (Cámara, Sarriera y Carlotto, 2007).

Por su parte (Howell, 2001), afirma que las conductas sexuales de riesgo se refieren a la posibilidad de una pérdida de la salud y a la participación en comportamientos de riesgo; ya que no es clara la forma en que los adolescentes toman la decisión de participar o no en diversas prácticas sexuales, al igual que el uso o no de algún método anticonceptivo, el ya mencionado autor afirma que para los adolescentes él tener relaciones sexuales es una conducta de riesgo.

Algunas conductas definidas como “conductas sexuales de riesgo” son las siguientes:

- *Iniciación de la actividad sexual a temprana edad*

Según Espada, Quiles y Méndez (2003), el primer contacto sexual se da aproximadamente a los 16 años y aunque la mayoría de las chicas alcanzan biológicamente su madurez sexual con anticipación (crecen sus pechos, se ensanchan sus caderas aparece el vello púbico), los hombres son comúnmente quienes comienzan antes el ejercicio de su sexualidad.

- *Numerosas parejas sexuales*

Los adolescentes cambian de compañero sexual con mucha mayor frecuencia que los adultos (Founilloux, 1999), es obvio que a mayor número de parejas mayor probabilidad se tienen de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, según el informe del INJUVE (2000), los adolescentes de 15 años de edad han tenido dos parejas sexuales en promedio, respecto a esta variable se estima que los jóvenes suelen tener mayor variedad de parejas sexuales que las chicas, llegando en ocasiones a ser el doble.

Por su parte Espada, Quiles y Méndez (2003), afirman que existe una relación positiva entre el número de compañeros sexuales y la adquisición de alguna enfermedad de transmisión sexual, sin embargo, limitar el número de parejas sexuales o tener solo una pareja no garantiza la inexistencia de alguna

enfermedad, a menos que al iniciar la relación ambos se encuentren sanos y se mantengan fieles a su pareja.

- *Consumo de drogas*

El consumo de drogas produce en los jóvenes una notable disminución de la percepción de riesgo así como una sobrevaloración de sus capacidades y un sentimiento de invulnerabilidad. Existe una relación creciente entre el consumo de alcohol, marihuana y otras drogas, y el comportamiento sexual de riesgo de los jóvenes (O'Hara, 1998).

- *Poca habilidad para solicitar a la pareja sexo seguro.*

Es la capacidad de plantear a la pareja el uso de algún preservativo y mantener una relación positiva (sin peleas, discusiones, o chantajes del otro) con la pareja (Espada, Quiles y Méndez, 2003)

- *Asertividad ante las situaciones de sexo no seguro*

El concepto anterior y el presente, se encuentran sumamente relacionados; la asertividad ante las situaciones de sexo no seguro se refiere a la habilidad para decir "no" ante la presión de la pareja para tener relaciones sexuales de riesgo. Esta conducta es mayormente improbable en los hombres (Murphy, 1998).

- *Poco acceso a métodos de prevención*

En la medida en que el joven pueda adquirir información y métodos anticonceptivos, será más probable que lo adquiriera (Espada, Quiles y Méndez, 2003).

Espada, Quiles y Méndez (2003) presentan las siguientes variables que explican las conductas sexuales de riesgo:

- ◇ *Sesgos en la información y creencias erróneas:* Frecuentemente las conductas sexuales de riesgo pueden deberse a la deficiencia de

la información que se tiene y de las creencias equivocadas o mal proporcionadas sobre la sexualidad.

- ◇ *Percepción normativa:* La percepción normativa es lo que un individuo cree que los demás piensan y hacen, refiriéndose frecuentemente a iguales.
- ◇ *Percepción de riesgo:* Los adolescentes suelen tener pensamientos erróneos respecto al VIH, y al no creerse como una población de riesgo, probablemente no atenderán la información que se les proporcione en campañas o programas escolares.

En un estudio realizado por Murphy (1998), se encontró que 87% de los adolescentes no se consideraban de riesgo y más de un tercio estimaba que no era posible contraer VIH.

- ◇ *Percepción de la gravedad de la enfermedad:* Dado que los adolescentes no tienen contacto directo con personas infectadas, no toman las precauciones adecuadas, ya que es más probable evitar el comportamiento de riesgo, cuando la gravedad de las consecuencias es un factor de peso a la hora de valorar los costos y beneficios.
- ◇ *Percepción de la capacidad para adoptar conductas protectoras:* Los adolescentes solo adoptaran medidas de prevención siempre y cuando se perciban capaces de seguirlas, es importante en este punto mencionar que en nuestro país los adolescentes no tienen completo acceso a métodos anticonceptivos.
- ◇ *Nivel de preocupación:* En algunas ocasiones, algunas campañas han utilizado el miedo como forma de prevención, estos mensajes tienden a aumentar el nivel de preocupación de aquellos que no se encuentran en riesgo, mientras que quienes sí lo están, tienden a la negación. Por tanto, es importante equilibrar el miedo y al información constructiva en las campañas de prevención.

- ◇ *Percepción de que los cambios conductuales reducirán los riesgos:* Los jóvenes requieren de garantías (un 0% de probabilidad de no quedar embarazados o adquirir enfermedades) acerca del uso de métodos anticonceptivos, algunas veces los mensajes que los jóvenes reciben son contradictorios, un claro ejemplo de ello son los comerciales que motivan al uso del condón, mientras que por otro lado se pone en duda la eficacia de este para evitar enfermedades.

Esta información incompleta o mal dada podría fomentar que el adolescente, se perciba como incompetente para prevenir enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados.

Algunos factores asociados al comportamiento sexual de riesgo se presentan a continuación:

Género

El género no es considerado una variable determinante, sin embargo, se han estudiado las diferencias entre hombres y mujeres y se encontró que las chicas se perciben como más capaces de mantener sexo seguro, así como de tener más facilidad para expresar que no a las relaciones sexuales de riesgo (Mitchell y Wellings, 1998)

Creencias religiosas

La religión es capaz de retrasar el inicio de la vida sexual, sin embargo no garantiza que los jóvenes no se expondrán a enfermedades sexuales y que utilizaran algún método anticonceptivo (Zaleski y Schiaffino, 2000).

1.4. Consecuencias del comportamiento de riesgo en el adolescente

Enfermedades de transmisión sexual

Mayaud y McCormick (2001), testifican que las enfermedades de transmisión sexual son un importante problema de salud pública por cuatro razones:

- 1- Su frecuencia entre la población mundial y sus altas tasas de prevalencia e incidencia.
- 2- Las serias complicaciones y secuelas que son capaces de generar en el organismo humano, con impactos sobre la salud sexual y reproductiva de la población.
- 3- Sus consecuencias sociales y económicas.
- 4- El hecho de que algunas facilitan la adquisición y diseminación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

En términos epidemiológicos se considera que los jóvenes de 15 a 24 años de edad son un grupo de personas vulnerables, debido a la influencia de factores biológicos y sociales (Stern, 2008).

Las infecciones de transmisión sexual se extienden rápidamente entre los adolescentes, de acuerdo con el IMSS. De los más de 22 millones menores que hay en México, 50% inician su vida sexual a los 14 años en el caso de los hombres, y a los 15 las mujeres, lo que incrementa los índices de enfermedades sexuales. Actualmente, 9 de cada 10 menores tienen su primera relación sexual sin protección (González, 2010).

Algunas de las enfermedades de transmisión sexual más comunes en México según el Instituto Mexicano del Seguro Social (2014), son:

Sífilis: Es una enfermedad que puede causar complicaciones a largo plazo, e incluso la muerte, si no se trata de manera adecuada. Los síntomas se dividen en: Sífilis primaria, sífilis secundaria, latente y avanzada. También se le llama “La gran imitadora” dado que se presentan síntomas de otras enfermedades en diversas medidas o no se presentan.

Gonorrea: Esta se puede presentar en vagina, pene, ano o garganta, e incluso en los ojos. Es asintomática y para detectarla se deben de extraer muestras de ano, garganta y realizar una prueba de orina.

Herpes genital: Se presentan algunas ampollas o úlceras dolorosas cuya localización varía según la práctica sexual (vagina, ano o boca), las cuales desaparecen pero la enfermedad permanece en el organismo, produciendo nuevas infecciones.

Chancro Blando: Esta es una lesión ulcerosa superficial blanda y dolorosa que se presenta después de 3 a 14 días de la relación sexual.

Clamidia: En general no produce síntomas, y si estos aparecen, se presentan entre 7 y 21 días después del contacto sexual. Puede causar esterilidad, afección de la vejiga, enfermedad infamatoria pélvica y embarazos extrauterinos.

Virus del papiloma humano: En general es asintomático, entre los síntomas que se presentan, se puede mencionar a las lesiones irregulares, verrugosas con aspecto de coliflor u aplanado y se pueden presentarse de 1 a 20 meses después del contacto sexual.

SIDA: También se puede adquirir el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida que produce el SIDA. El VIH es asintomático en general y algunas veces puede dar un cuadro semejante a una gripe. En México, 32 por ciento de la población afectada con VIH/SIDA tiene menos de 25 años, y la gran mayoría se contagió entre los 15 y 18 años de edad.

Así mismo una de las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo son los embarazos adolescentes.

Si estas enfermedades no son tratadas a tiempo, pueden ocasionar esterilidad, enfermedades crónicas e incluso la muerte.

II

MODELO BASADO EN LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA

2.1 Modelos de salud

El término “salud” es definido por la Organización Mundial de la Salud (1948) como un estado de completo bienestar no solamente físico, sino mental y social. La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos (Moreno, 2008).

Los comportamientos de riesgo como consumo de alcohol, tabaco, otras drogas y el sexo sin condón, son causas de enfermedad en las personas. A través de los años se ha intentado erradicar estos comportamientos, reemplazándolos por comportamientos que optimicen la condición de salud, por ejemplo, haciendo ejercicio físico regularmente, controlando el peso corporal o usando preservativo. El cambio en el comportamiento de salud involucra una diversidad de factores sociales, cognitivos y emocionales que operan de manera conjunta (Schwarzer y Gutiérrez, 2009).

Los más vulnerables dentro de la acción de la prevención y la promoción de la salud, son los jóvenes, adolescentes y preadolescentes ya que son quienes más riesgo corren por sus conductas diarias. Por ello es primordial contar con instrumentos óptimos que ayuden a resolver y prevenir problemas (Terol, Marcos y Pérez, 2012).

Con la finalidad de propagar la salud entre las poblaciones se han creado diversos modelos de salud, a continuación se presenta el modelo bajo el cual se realizará la presente investigación; este modelo según Marrero (2006) se centra en la intencionalidad, la autorregulación, y conceptos relacionados con la recuperación de la voluntad.

2.2 Antecedentes del modelo

El Modelo basado en la teoría de la conducta planeada se refiere a una teoría centrada en la relación entre las creencias y los comportamientos. El concepto lo creo Icek Ajzen con la finalidad de mejorar el poder predictivo del “Modelo de la Acción Razonada” incluyendo así, el “comportamiento percibido” del Modelo de la Autoeficacia; siendo la autoeficacia lo mismo que el control conductual percibido (Cox, 2008).

Modelo de la Acción Razonada

Capri y Breva (1997) describen que la Teoría de la Acción Razonada, aclara que existen distintos factores que anteceden y explican el comportamiento, el cual estará bajo el control consciente de los individuos a partir de ciertos determinantes que la preceden y la explican. Este modelo se presenta a continuación de forma gráfica:

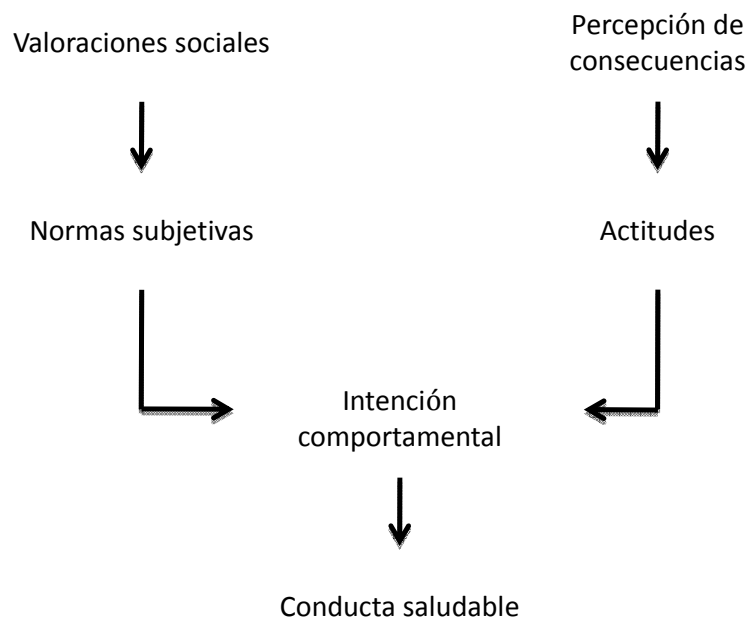


Figura 1. Modelo de la acción razonada.

Tanto la actitud como la norma subjetiva son determinadas por factores que las anteceden y que ayudaran a comprender la conducta.

Actitud: Es determinada por las creencias y la evaluación de estas, ya que por sí solas las creencias no conducen a la acción, las creencias varían según su origen, pueden ser directas con el objeto, indirectas o a partir de la observación de los otros.

Norma subjetiva: Es determinada por la percepción de las creencias que tiene otras personas significativas en la vida de la persona, y por la motivación del individuo para satisfacer las expectativas que los otros tienen de él.

Modelo de la Autoeficacia

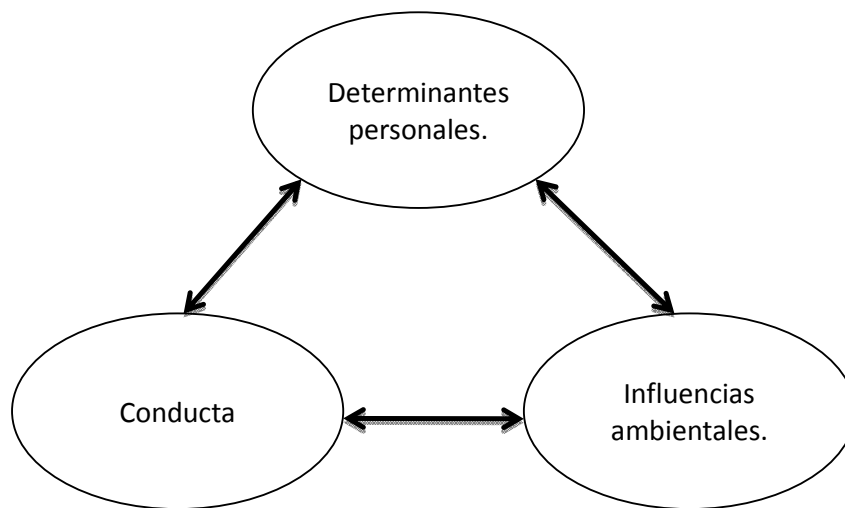


Figura 2. Modelo de la Autoeficacia

Este modelo fue creado, en 1977, por Albert Bandura y se da bajo tres componentes, que interactúan entre ellos. Proponiendo con ello que existe un autosistema, que permite que el hombre ejerza control en el medio ambiente y sus creencias, a su vez alterara las conductas, así mismo incluye el aprender de otros, planear estrategias alternativas, regular la conducta y la

autorreflexión; siendo así la conducta humana el resultado de la interacción entre este autosistema y las influencias externas (Sánchez y Enríquez, 2011).

En este modelo se establece a la autoeficacia como un constructo principal para realizar una conducta, es así que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia. Bandura quien fuese el creador de este modelo, concede una gran importancia a la autoeficacia, ya que considera que afecta a nivel cognitivo, afectivo y motivacional (Capri y Brega, 1997).

2.3 Teoría del comportamiento planificado

Cox (2008) afirma que esta teoría fue creada por Icek Ajzen en 1985, con la finalidad de extender la teoría de la acción razonada, añadiendo así el concepto “control conceptual percibido” originario de la teoría de la autoeficacia.

Esta teoría especifica la naturaleza de las relaciones entre las creencias y actitudes; la evaluación de las personas o de las actitudes hacia las conductas se encuentra determinada por sus creencias accesibles sobre el comportamiento, es decir, la probabilidad de que el comportamiento produzca determinadas consecuencias.

Además respecto a este modelo, Terol, Marcos y Pérez (2012) afirman que lo que determina el comportamiento humano no es solo la intención, ya que en esta intervienen otras variables, como las creencias normativas y de control, la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el control del comportamiento percibido.

Así mismo Cox (2009) afirma que la intención si se determina por las actitudes del sujeto hacia el comportamiento y las normas sociales, diferenciando este modelo del de la acción razonada, solo por el “control conductual”. Afirmando así que un sujeto va a mantener o iniciar un comportamiento solo si siente que posee el control.

Como ya se mencionó, según esta teoría, el control conductual percibido y las intenciones, pueden predecir directamente la conducta, y Ajzen (1991) muestra dos razones para afirmar esto: La primera es que la percepción de poder llevar a cabo un comportamiento con una conclusión exitosa aumentara el control conductual percibido; la segunda razón es que a menudo el control conductual percibido puede sustituir al control conductual real del individuo.

Esta teoría cuenta con aproximadamente más de 1200 bibliografías de investigación en bases de datos académicas, ya que permite predecir las conductas relacionadas con la salud, entre ellas se presentan las siguientes:

La investigación de Gallegos, Villaruel, Loveland-Cherry, Ronis y Zhou(2008), cuyo objetivo era determinar la eficacia de una intervención conductual-educativa diseñada para disminuir las conductas sexuales de riesgo de VIH y embarazos no planeados de adolescentes mexicanos. Este estudio se aplicó bajo la teoría de la conducta planeada, entre los resultados se halló que las intenciones de tener relaciones sexuales no disminuyeron, sin embargo la intención acerca del uso del condón se incrementó en el grupo experimental. Díaz y Robles (2009) evaluaron las sensaciones vinculadas con la atracción física y el amor romántico con 240 estudiantes adolescentes, en los resultados se encontró que la intención del uso del condón se relaciona con el amor romántico en adolescentes que no han tenido sexo, mientras que hablando de adolescentes con una vida sexual activa, sus intenciones se relacionan con la atracción física, este estudio fue basado en el contexto de la prevención del VIH. Respecto a estudios basados en la Teoría de la Conducta Planeada que no tiene que ver con sexualidad, Soria y Sánchez (1994) utilizaron el modelo para explicar la agresión sexual. Los agresores sexuales evalúan cognitivamente si realizar o no el comportamiento y según los resultados de su evaluación llevan a cabo o no el comportamiento. Huéscar, Rodríguez, Cervelló y Moreno (2014) analizaron algunos factores influyentes en la percepción de la tasa de ejercicio de estudiantes adolescentes españoles, bajo la teoría de la conducta planeada. Entre las conductas de prevención de la salud relacionadas con la Teoría de la conducta planeada; Capri, González, Marzo y Buunk (2010) analizaron si la autoeficacia y la percepción de control presentaban diferencias predictivas sobre la intención y las conductas preventivas de la enfermedad

cardiovascular. López-Cisneros, Villar, Alonso, Alonso y Rodríguez (2013) identificaron las diferencias de actitud entre estudiantes de la educación secundaria que consumían o no sustancias alcohólicas. Capri, Brea y Palmero (2005) analizaron la importancia de la intención como variable motivadora en la disminución del estrés percibido en la prevención de trastornos cardiovasculares. Saiz (2008) exploró la presencia de factores como elementos de riesgo para el consumo de cocaína. Así mismo Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero y Gómez (2011) evaluaron un programa de prevención de consumo de drogas basado en la TCP. Guzmán, Llamas, Rodríguez Alonso (2012) analizaron la relación entre la norma subjetiva y el consumo de marihuana en jóvenes universitarios de México. Por su parte Bermúdez y Contreras (2008) utilizaron la TCP para analizar los predictores psicosociales del consumo de tabaco en adolescentes.

También esta teoría se ha utilizado en otros ámbitos diferentes al de la salud, por ejemplo Renee (2010) evaluó la eficacia de la teoría con la finalidad de predecir el uso de redes sociales en jóvenes de 20 años, adultos de 40 años y adultos mayores de 60 años.

2.4 Componentes del modelo basado en la conducta planeada

Los componentes de los modelos se presentan en la Figura 3 de manera gráfica y se explican más adelante.

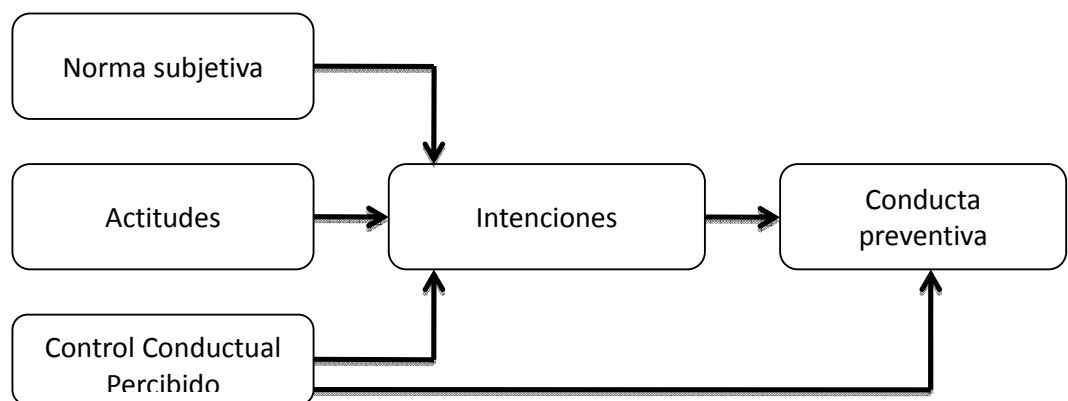


Figura 3. Modelo basado en la teoría de la conducta planeada.

- *Norma subjetiva:* Esta se ve influenciada por las creencias normativas y la motivación para conformarse.

- *Actitudes:* Estas se ven afectadas por las creencias de las personas y la evaluación de la posible conducta.

- *Control conductual percibido:* Este elemento es definido como las valoraciones individuales acerca de la facilidad o dificultad de llevar a cabo la conducta preventiva y es considerada un reflejo de una creencia de control individual o de una valoración de los recursos que la persona posee para realizar un comportamiento.

La finalidad del control conductual percibido como variable, es el poder predecir y explicar las conductas que se escapan al control voluntario de la persona, así como aquellas conductas en las que el sujeto percibe tener el control total (Aguilar, 2006).

Por su parte Mayordomo, Ubillos y Páez (2003) afirman que el control percibido no solo se refiere a la percepción de los obstáculos internos como falta de habilidades o de competencias, también se refiere a algunas limitaciones externas o situacionales, como la poca accesibilidad los métodos anticonceptivos, cuando de conductas sexuales de riesgo se trata.

Las actitudes, la norma subjetiva y el control conductual percibido, conducen a la formación de la intención de llevar o no a cabo la conducta, es necesario mencionar que el control conductual percibido afectara de manera directa las intenciones y de forma indirecta la conducta final (Cox, 2008).

Mientras más favorable sean la actitud y la norma subjetiva y mayor sea el control percibido de la situación, mayor será la intención de la persona para ejecutar la nueva conducta en cuestión (Roth, 2008).

2.5 Limitaciones del modelo

Estas tres teorías ya mencionadas se han aplicado exitosamente con la finalidad de predecir conductas de salud. Pero en específico el modelo basado en la teoría de la conducta planeada al separar las creencias de las actitudes y realizar la importancia de la influencia de otras personas significativas en la vida del sujeto sobre su intención de actuar, dificulta la operacionalización del modelo. Además de ello, estos modelos no son capaces de explicar comportamientos sobre los que la persona tiene poco o ningún control. Finalmente una limitación es la poca atención que se le presenta a las variables emocionales (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

III

INFLUENCIA SOCIAL DE PERSONAS PÚBLICAS

3.1 Influencia Social

La influencia social se puede definir como un proceso conformado por todos aquellos procesos en los que una persona intenta influir en los comportamientos y actitudes de otros. Todos los días medios de comunicación, personas, compañeros de trabajo, amigos y parientes intentan influir en nuestras decisiones u opiniones (Charles, 2002). En resumen Morris y Maisto (2005) afirman que la influencia social es solo la idea de la presencia y acciones como controladores de nuestras percepciones, actitudes y conductas.

La influencia social incluye:

Obediencia

La obediencia aparece cuando una persona con un status mayor ejerce presión para que un sujeto acepte cambiar su decisión, opinión etc. (Moscivici, 1984). Esta presupone que el sujeto con elevado status, desea ejercer la influencia con la finalidad de la sumisión de otro sujeto. Para que la obediencia se lleva a cabo, es necesario que el comportamiento entre el sujeto que obedece y el que da las órdenes sea diferente.

Milgram (1974, citado por; Hogg, Vaghan y Morando, 2008) realizo diversos estudios con la finalidad de estudiar este fenómeno y los factores que influían en él, entre sus resultados encontró que la inmediatez es un factor importante, entendiéndola como la proximidad social de la víctima y el participante, ya que a medida que esta incrementaba, la obediencia disminuía. Otro factor importante era la proximidad de la figura de autoridad, ya que cuando esta no se encontraba cerca, se decrementaba la obediencia. Finalmente la presión del grupo también influye de manera significativa, ya que su conducta permite confirmar si este comportamiento es correcto o incorrecto.

Conformidad

A diferencia de la obediencia esta se da, dado que los pares ejercen presión para que el sujeto modifique su comportamiento, actitudes etc. (Moscovici, 1984). Esta puede producirse sin que el grupo de iguales desee ejercer algún tipo de influencia y vigilar al individuo. Es importante mencionar que para que la conformidad se lleve a cabo la característica principal es que la persona a quien se intenta influenciar y el grupo tengan un comportamiento similar o idéntico.

En general Myers (2005), afirma que las personas suelen conformarse con la finalidad de recibir aprobación social. Por su parte Hogg, Vaghan y Morando (2008) aseveran que aún sin la presión directa de un grupo, este es capaz de influir significativamente en la conducta de un individuo.

Así mismo Morris y Maisto (2005), afirman que las características de los sujetos y de la situación influyen en la probabilidad de la conformidad.

Persuasión

Kelley (1981), asevera que diversos autores consideran que la persuasión es una actividad reservada a quienes carecen de ética, por el contrario, este mismo autor afirma que la persuasión es una forma de comunicación en la que debe participar toda persona que se arriesga a entrar en relación con los demás, y resulta sumamente necesaria por el simple hecho de que todos diferimos en nuestros objetivos y en los medios con los que conseguimos lo que solicitamos a las otras personas. A menudo la conducta de una persona en busca de un objetivo entra en conflicto con la de otra, cuando esto sucede, la persuasión se emplea para convencer al otro a redefinir su objetivo o modificar los medios para lograrlo, es así que mediante la persuasión reducimos las condiciones naturales de extrañamiento que nos separa y por consiguiente estimulamos el desarrollo de lo que conocemos como sociedad.

Por su parte, Taboada (2005), afirma que la persuasión es un proceso lógico en el cual quien intenta influir identifica las necesidades de la gente a convencer y procesa el modo de satisfacerlas completamente, el poder refleja

el deseo de influir a otros y ejercer control sobre otros, manteniendo una relación “líder-colaborador”.

Salcedo (2008), confirma que la persuasión consiste en la utilización deliberada de la comunicación para cambiar, formar o reforzar las actitudes de la gente, entendiéndose por actitud aquellas representaciones que resumen lo que opinamos de las cosas, personas, grupos, acciones o ideas.

Imitación

Esta se refiere a la conducta iniciada o modificada en respuesta a acciones similares que se observan en otros, sin ser presionado para hacer lo mismo que ellos (Charles, 2002). Esta se explica a detalle a continuación.

3.2 Conducta de imitación

Albert Bandura quien fuese un psicólogo de la Universidad de Stanford, analizo un estudio en el cual un grupo de niños observaban un video en el que un adulto pateaba, golpeaba y se sentaba en un muñeco Bobo; a continuación se llevaba a los niños a una sala de juegos donde se encontraba el muñeco Bobo y se observó que esos niños se mostraban significativamente más agresivos hacia el muñeco que un grupo de niños que no había visto la película (Bandura, Ross y Ross, 1963; citado por: Rice, 1997).

La imitación es también una condición del individuo, no solo como ser social, ya que muchas conductas se van incorporando al repertorio del sujeto por imitación, como la sonrisa, el lenguaje etc. (Domínguez y Jiménez, 2003).

No se debe confundir el proceso de imitación con el modelado. La imitación es solo la reproducción de un comportamiento en la misma situación, donde no es necesaria la reflexión del sujeto a cerca de los resultados o consecuencias, estas se aprenden por ensayo y error al imitar el comportamiento. En el modelado, el aprendizaje deriva de la observación del comportamiento de otra persona y de las consecuencias de este último, por lo cual, no es necesario que la persona reciba un refuerzo directo, sino que basta con la observación de las consecuencias que refuerzan al modelo (Ibañez,

2004). A su vez, estos dos procesos no deben confundirse con el moldeamiento, este es un proceso en el cual se van reforzando aproximaciones sucesivas de las conductas similares a la conducta que se desea adquirir (Mora, 1997).

Labrador (2008), sostiene la idea de que las conductas imitativas se consiguen mediante el aprendizaje. Afirmando que las personas que incluyen en su repertorio conductas de imitación, quedan inmediatamente capacitadas para aprender otras habilidades a través de la observación (aprendizaje social, vicario o modelado).

La imitación es considerada una técnica operante para el desarrollo de conductas, y por ejemplo en el ámbito familiar sirve para que la familia en general o la pareja integren a su repertorio conductas "adecuadas". La imitación presenta tres aspectos relevantes como técnica de modificación conductual, estos son:

- La presencia de similitud entre el comportamiento del familiar que imita el comportamiento del modelo.
- Debe de existir una relación en el tiempo entre el comportamiento del que imita y el del modelo.
- No se debe de presentar una instrucción explícita para que el familiar imite la conducta (Millan y Serrano 2002).

Ibañez (2004), menciona que el aprendizaje por observación se adquiere mediante la atención, retención, reproducción y motivación. Por su parte Beltrán y Bueno (1995), nos dan una definición más detallada de estos procesos:

Atención

Esta es requerida siempre para poder aprender algo, uno de los aspectos más importantes a resaltar aquí, es que se presenta mucha mayor atención al modelo, cuando este resulta atractivo, respetado o admirado. Por ejemplo un niño pequeño siempre prestara más atención a sus padres, hermanos, maestros o personas conocidas, mientras que los adolescentes

prestaran mayor atención a sus ídolos de la televisión o a los cantantes de su banda favorita.

Retención

Este proceso es de suma importancia, ya que no solo hay que presentar atención, es importante recordar. Así esta representación mental posterior a la práctica ayudara al sujeto a recordar paso a paso el comportamiento.

Producción

En general la imitación no se da por completo la primera vez, es necesario reproducir la conducta para dar cuenta de la importancia de los puntos esenciales, recibir retroalimentación y practicarla.

Motivación o reforzamiento

Bandura resalta la imitación como proceso central de aprendizaje, que no depende de ningún refuerzo directo. Sin embargo la teoría del refuerzo afirma que si se quiere mantener la conducta y que se dé un aprendizaje es necesario introducir algún tipo de reforzador.

El aprendizaje por observación o imitación según Vásquez (2000), como ya se mencionó, puede ser entendido en términos de un modelo de condicionamiento operante, afirmando que la conducta es imitada porque se recibe un refuerzo. Y existen cuatro fuentes de refuerzo bajo las cuales esto es sustentado.

- 1- Cuando el imitador es reforzado directamente por el modelo cuya conducta está copiando.
- 2- Cuando el imitador es reforzado por las consecuencias de su conducta imitada. Suele ser más significativo si la conducta imitada es socialmente aceptada.
- 3- El imitador es reforzado de manera indirecta "refuerzo vicario".
- 4- Cuando alguien realiza una conducta y esta es imitada por alguien más, funge como reforzador, ya que incrementara la probabilidad de volver a realizar la conducta que le fue imitada.

3.2.1 Reforzadores

Queda claro que para mantener la conducta imitada y aprender así por observación es importante que esta sea reforzada, pero ¿qué es un reforzador?.

Un reforzador es cualquier acontecimiento que aumente el crecimiento de una respuesta anterior. Un reforzador puede ser una recompensa tangible o solamente un elogio (Myers, 2005). Por su parte Woolfolk (2006), afirma que un reforzador es el uso de cualquier consecuencia para fomentar una conducta.

Existen diversos tipos de reforzadores y todos independientemente de su origen, incrementan la conducta (Morris y Maisto, 2005). Estos según Clavijo, Fernández, Rodríguez, Patiño, Alés, González, Pérez, Junquera, Ribes y Reina (2005), se pueden clasificar en base a sus consecuencias o a su origen.

Reforzadores según las consecuencias

Reforzador positivo: Es también conocido como “recompensa” ya que consiste en entregar algo agradable para la persona.

Reforzador negativo: Es importante que no se confunda con un castigo, ya que el castigo decrementaría la conducta. Es más bien un estímulo cuya retirada del medio aumentara la probabilidad de la conducta.

Reforzadores según su origen

Reforzadores extrínsecos: Estos tiene su origen fuera del individuo y pueden ser de distintos tipos:

- a) Reforzadores primarios: Son aquellos que se consideran innatos como la comida, la sed o el sueño.
- b) Reforzadores secundarios: Estos son los que han adquirido su poder reforzante por aprendizaje, como juguetes, objetos deseados, golosinas etc. O sociales como sonrisas, o gestos de aprobación y actividades reforzantes como ver la televisión, ir al cine o salir a pasear.

c) **Reforzadores generalizados:** Estos son reforzadores secundarios que han adquirido un gran poder de refuerzo y nunca son demasiados, por ejemplo el dinero, la aprobación social y la atención. Por ejemplo en el caso específico de los adolescentes, tienden a imitar conductas sociales o antisociales como el consumo de drogas, cuando la conducta en cuestión es apreciada por su grupo (Nicolson y Ayers, 2001).

Reforzadores intrínsecos: Estos se dan en el interior del individuo, como el orgullo o la satisfacción de hacer algo bueno o bien.

El valor del reforzador es personal, ya que el imitador es quien asigna este valor en comparación con otros. Por ejemplo cuando un estudiante considera que tiene posibilidades de ser admitido en una Universidad en la cual la mayoría de los aspirantes son rechazados, esto aumentara el valor del resultado (Schunk, 1997).

3.2.2 Reforzamiento Vicario

Un sujeto puede alterar su comportamiento solo con observar las consecuencias que siguen a la conducta de otro sujeto. De igual manera cuando un sujeto observa a otro recibir un castigo, presenta menos probabilidades de imitar la conducta. Estos dos procesos son llamados “reforzamiento vicario” y “castigo vicario” (Beltrán, y Bueno, 1995).

En el aprendizaje social se encuentran más ejemplos de reforzamiento vicario o castigo vicario que de refuerzo y castigo positivos y negativos (Saavedra, 1999).

Rice (1997), afirma que por desgracia también es posible adquirir conductas indeseables por reforzamiento. Una es el desamparo, por ejemplo supongamos que un niño presenta un mal desempeño académico y atribuye su caso a factores externos entonces mostrara o que se conoce como desamparo aprendido, en general este se presenta después de que la persona ha fallado en determinada situación y comienza a creer que es incapaz de mejorar.

3.3 Poder Social

López (2003), define al poder social como la capacidad de control, modificar o influir en el comportamiento de otra persona en cuanto a tiempo, lugar y forma.

Los psicólogos sociales John French y Bertram Raven (1959 citado por; Jiménez, Aguilar, Luque, Sangrador y Vallespín, 2006), esbozaron un modelo teórico para explicar las reacciones de poder en la sociedad. Este modelo afirma que las fuentes de poder social son cinco llevadas a cabo de forma distinta y con resultados distintos para quienes son influenciados por ellas.

Hogg, Vaughan y Morando (2008), afirman que estas fuentes de poder son; poder de recompensa, poder coercitivo, poder informativo, poder del experto, poder legítimo y el poder de recompensa.

Por su parte Jiménez, Aguilar, Luque, Sangrador y Vallespín (2006), desglosan las fuentes de poder de la siguiente forma:

Poder coercitivo

En este un sujeto "A" impone su voluntad utilizando diversas amenazas y castigos a un agente "B". Este es el poder más efectivo a corto plazo pero con el tiempo tiende a producir un comportamiento disfuncional en el sujeto "B". Además provoca una baja productividad en el lugar de trabajo.

Poder por recompensas

Utilizando de nuevo a los sujetos A y B, se puede afirmar que el sujeto A utiliza objetos apreciados por B, generando así un aumento hacia el poder y disminuyendo la resistencia.

Poder legítimo

Es el poder que por normas sociales establecidas y conocidas impone autoridad, como los padres en la familia, el jefe en el trabajo o el maestro en la escuela. El grado de poder legítimo que posee un individuo es resultado de lo

que los otros creen que él o ella, tiene el derecho de ejercer influencia sobre los otros.

Poder del experto

Este lo ejercen las personas que son reconocidas por su grado de conocimientos sobre un tema en específico.

Poder referente

Este se ejerce en base a los sentimientos de respeto o admiración que B siente por A. Por ejemplo en el caso de los adolescentes, cuando estos tienen el deseo de ser como un compañero mayor, permite que este ejerza un poder referencial sobre el adolescente. Este poder por causas obvias es asociado al carisma y la atracción.

Poder de información

El sujeto A controla el acceso y distribución de información que es de suma importancia para B.

IV

FIGURAS PÚBLICAS Y COMUNICACIÓN

4.1 Estereotipo de belleza

El diccionario de la Real Academia Española (2014), define al estereotipo como la imagen o idea aceptada por un gran grupo de personas, por ejemplo una sociedad, con carácter inmutable.

Algunos investigadores como Quin y McMahan (1987), utilizan el término para hacer referencia a la acción de ciertas personas de categorizar a gente seleccionada por algunas de sus características.

Los estereotipos representan creencias inconscientemente compartidas y por ello se ocultan los juicios de valor escondidos tras cada estereotipo volviéndose así parte de nuestra vida. A tal grado que aparecen de forma gráfica en periódicos, libros de texto, televisión, publicidad, entre otros, convirtiéndose así en la forma “normal” de pensar de un grupo. Por tanto los estereotipos nos explican cómo debemos ser y comportarnos sin darnos cuenta (Quin y McMahan, 1987).

Por su parte Ibáñez (2004), afirma que la existencia de estereotipos no es más que la consecuencia directa de los procesos de categorización social.

De igual forma Quin y McMahan (1987), afirman que los estereotipos son representaciones simplificadas de grupos de gente en base a su nacionalidad, clase, ocupación, raza, sexo, o grupo de pertenencia. Estos pueden ser positivos o negativos y pueden darse de dos formas:

- 1- Se eligen diversas características para representar a un grupo.
- 2- Todos los miembros de un grupo comparten un mismo concepto.

En resumen un estereotipo no es más que el concepto que tiene un grupo de otro grupo, y según Campos (2005), cuenta con dos características básicas, estas son:

a) Sus fundamentos son irracionales y generalizados hacia una colectividad, en la cual no se admiten excepciones.

b) Dado que no se analizan son sumamente resistentes a modificaciones o cambios. Por el contrario, la persona selecciona a otras personas o grupos que le permitan confirmar sus juicios.

Un estereotipo como producto ideológico de la sociedad, orienta la percepción y la acción de diversos grupos sociales en su interacción con otros y esta desencadena en el crecimiento de la ignorancia continuada de aspectos de la realidad social que son enmascarados (Ibáñez, 2004).

Ningún estereotipo es invariable o eterno, poco a poco van cambiando al igual que la sociedad. Por ejemplo en nuestra sociedad el estereotipo de las mujeres ha cambiado, antes una mujer debía de ser una madre y esposa excelente atendiendo día y noche a su esposo e hijos, era abnegada y sumisa mientras que ahora el estereotipo se transformó y comúnmente vemos los medios de comunicación empapados de mujeres profesionistas, sumamente arregladas cuyo último pensamiento es hacerse cargo de su familia (Quin y McMahan, 1987).

Finalmente Ibáñez (2004), testifica que el hecho de utilizar el estereotipo como referente de interpretación llevará a los sujetos a fijarse solo en las acciones o informaciones de la persona que son compatibles o que encajan con su estereotipo y a desestimar la información que no coincide con él. Utilizando este mecanismo el sujeto confirmara reiteradamente su concepto, reforzando así el estereotipo.

4.2 Estereotipo de figuras públicas

4.2.1 Mujeres

Pérez y Ortega (2014), afirman que en la fotografía publicitaria se encuentra un estereotipo definido para las mujeres principalmente. Los modelos de fotografía publicitaria no solo venden ropa o accesorios, venden el

peinado, el maquillaje y una imagen. No es casualidad el incremento en el consumo de cirugías plásticas por parte de las mujeres.

Berscheid y Walster (1974, citados por: Francés, 1985), en sus estudios a cerca de la belleza, encontraron que a los sujetos “bellos” se les considera más amables, entusiastas, simpáticos, sensibles, confiados, interesantes, fuertes emocionalmente, como personas con más amigos y matrimonios más estables y dichosos.

En los medios de comunicación se puede observar la repetición del mismo cuerpo femenino, con las mismas medidas, las mismas facciones, maquillaje y peinado, así mismo, los medios de comunicación excluyen cualquier raza que no sea la blanca. Este concepto que los medios y la publicidad establecen es que solo las mujeres con estas características fuera de lo real, son verdaderamente mujeres. Convirtiendo así a modelos y actrices en la norma, consecuencia de ello es el crecimiento de trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia desde los años 70.

Los pesos de las mujeres que son presentadas por los medios de comunicación, se encuentran por debajo de lo que medicamente es considerado un cuerpo saludable (Pérez y Ortega, 2014).

Según Suárez (2000), se pueden observar en medios de comunicación, distintos estereotipos de mujeres, estos son:

♣ La abuelita previsor

Se presenta como una mujer sumamente feliz porque ha solucionado su porvenir y con suma frecuencia transmite su felicidad a los miembros de su familia.

Es un ser sonriente, sin ninguna enfermedad y se presenta vestida de forma coqueta pero sin excederse, es jovial, eficaz y activa.

♣ La mujer objeto

Es una mujer que no tiene identidad ni personalidad, se presenta como un objeto que puede adquirir cualquier hombre.

Es solo un cuerpo cuyo único fin es satisfacer a su hombre. Este tipo de mujeres en los medios cumple con distintas funciones.

- La mujer adorno: esta no cuenta con nada de inteligencia o personalidad.
- La mujer escaparate: esta es un premio o recompensa para los hombres ya que por tenerla a su lado estos adquirirán reconocimiento y admiración.
- La ropa y joyas que la mujer viste, solo son un reflejo del éxito económico del hombre.

♣ La mujer complemento

Esta mujer es sensual y atractiva y se muestra sumamente feliz de poder complacer los deseos de su hombre, pus vive para ello. Y toda su vida gira en torno a su compañero.

♣ Mujer y belleza

La mayoría de las mujeres que fungen como presentadoras en programas informativos deben ser atractivas, su belleza también esta estereotipada en función del programa y las características de la audiencia, el horario de presentación etc. algunos estereotipos son:

- Mujer fatal: Esta mujer es voluptuosa, insinuante, misteriosa y perversa.
- Mujer niña: Estas son mujeres cuyos rasgos son infantiles, se representan como mujeres inocentes y puras.
- La unión de los dos modelos anteriores: Esta es una mujer con características faciales infantiles y cuerpo voluptuoso y actitud misteriosa e inocente.

▪

♣ La adolescente guay

Es informal, les gusta a todos los chicos y siempre goza de buena salud, se mueve con gran dinamismo, presenta una silueta estilizada, viste informal pero impone moda y es sexy. Estas mujeres siempre son presentadas independientes de la tutela paterna.

♣ La triunfadora profesional

Esta suele ser la imagen más común en la actualidad, se presenta a la mujer como una mujer independiente que comparte con un hombre una relación de prioridad.

Suele presentarse como una ejecutiva, autónoma, desenvuelta, respetada en su trabajo y admirada por sus compañeros masculinos, siempre se presenta pulcra y bien vestida, es hermosa y cautivadora.

Pareciese que su éxito laboral es solo una consecuencia de su belleza.

♣ El ama de casa

Son mujeres que únicamente se dedican a las tareas del hogar, y su único fin es satisfacer a sus hijos y esposo. Son jóvenes, razonables, atractivas para gustar a su marido, bien vestidas, de aspecto agradable y nunca se les ve haciendo ninguna tarea referente al hogar, dado que se busca evadir cualquier conexión con las tareas del hogar, para conseguir una mayor aceptación del público.

Cuando es presentado este estereotipo en publicidad, suele ser acompañado de quien pudiese ser su hija menor, a menos que el anunciado sea de fácil elaboración, entonces la mujer se presenta acompañada de algún varón.

Por su parte, Ruiz y Rubio (2004), incluyen los siguientes estereotipos:

▽ La mujer madre

Su principal función es la procreación y el cuidado de los hijos. En los medios pueden aparecer acompañadas de un hombre, por ejemplo en el caso específico de la publicidad de pañales, es la madre a la que se le ve cambiando el pañal al bebé.

▽ La mujer cuidadora

Esta se presenta como una mujer que esta sobre capacitada para hacerse cargo no solo de sus hijos, también de su esposo, de sus padres y suegros.

▽ La mujer rival

Se presenta a una mujer sobre capacitada profesionalmente que funge como una rival para el hombre.

▽ La abuelita y la suegra previsoras

Estas son mujeres siempre felices que aparecen representando la tradición de una sociedad combinada con la modernidad.

4.2.2 Hombres

Queda claro el ejemplo de los estereotipos cuando usamos como ejemplo a las mujeres, sin embargo, en cuanto a los hombres, Fanjul (2001), afirma que estos son presentados como hombres musculosos, depilados y escultóricos, lo que ha influido fuertemente en los comportamientos masculinos a cerca de consumir productos para conseguir cuerpos musculosos y estéticos.

Suárez (2000), por su parte afirma que el estereotipo masculino es asociado a la agresividad, interdependencia y competitividad. Afirma que:

◇ No hay una masculinidad única: Actualmente no existe un modelo masculino único universal, sino más maneras de ser hombre estéticamente.

◇ La visión del hombre es constituida por la ideología del poder y la dominación femenina.

◇ La identidad masculina principalmente se aprende y es susceptible al cambio.

En los medios de comunicación el protagonista de la información es en general un hombre, el cual se presenta como un líder representativo del poder político, económico, cultural, social etc. (Suárez, 2000).

4.2.3 Los estereotipos en las culturas

Francés (1985), menciona que en los últimos años se han adoptado en diversas culturas, como la oriental, los criterios estéticos de la cultura occidental. La belleza física facial o corporal es general y uniforme y la TV generaliza en los hogares del mundo entero el mismo patrón.

Iwawaki y Lerner (1974 y 1976: citado por; Francés, 1985), realizaron un estudio cuya finalidad era observar el estereotipo favorable en la sociedad, este estudio fue realizado en Japón y Estados Unidos, en sus resultados encontraron que el estereotipo resulto 100% concordante en ambas culturas independientemente de la edad y sexo de los participantes que evaluaron la belleza.

Al igual que los ya mencionados autores Orbach (2005), afirma que los estándares de belleza en países como Japón, Arabia Saudita y Brasil están siendo afectados por una saturación de imágenes de mujeres bellas occidentalmente, es decir, la industria publicitaria ha impregnado el campo visual de imágenes de mujeres glamorosas, altas, delgadas, y con prominentes bustos y glúteos, que pareciesen capaces, independientes y exitosas.

Fanjul (2001), afirma que a partir del inicio del siglo XX se comenzó a considerar a la juventud, el prestigio y la imagen como valores en las sociedades occidentales.

4.3 Estereotipos, publicidad y medios de comunicación

Fanjul (2001), menciona que actualmente el cuerpo y la imagen representan lo más importante en la vida actual, dado que la imagen hoy en día se convirtió en un bien de uso y de consumo sobre el que nacen expresiones simbólicas de la perfección y de la felicidad. Actualmente el cultivo del cuerpo ha sustituido el cultivo del espíritu. Tener un cuerpo estéticamente aceptable según el estereotipo es reforzado constantemente por el prestigio social.

Suárez (2000), da cuenta del hecho de que en los medios de comunicación se observa una división en secciones, como:

∞ Política y economía

En esta sección actualmente se presentan más mujeres que en el pasado, sin embargo, es preciso mencionar que se presentan como símbolos sexuales, dado que en la política, la participación de las mujeres es escasa.

∞ Sociedad

Esta sección es más vasta en cuanto temas, como la salud, el maltrato, la biotecnología, etc., en este apartado el estereotipo del sujeto suele ser en su mayoría de hombre y algunas mujeres que al igual que en otras secciones solo se presentan como símbolos sexuales.

∞ Cultura, espectáculos y comunicación

En estas secciones, aparecen principalmente mujeres, aparecen como imagen dado que son secciones catalogadas como simples, comunes y corrientes para personas con un estrato social bajo.

∞ Deportes

De nuevo esta es una sección donde la presencia de mujeres ha aumentado significativamente, se presentan como objetos cuyo conocimiento en el tema es nulo.

4.4 Consecuencias de los estereotipos

La cultura de consumo según Fanjul (1985), crea y ofrece un cuerpo que modifica la experiencia que los sujetos tienen de su propio cuerpo, generalizando así reacciones emocionales de incertidumbre, y angustia que lo inducen a comportamientos en busca de un ideal simbolizado por:

- Mujeres pseudoanoréxicas, estilizadas, sensuales y estéticas.

- Hombres sofisticados, de cuerpos cuidados, esculpidos, viriles y musculosos.

Díaz (2006, citado por: Blanco, 2012), afirma que según la percepción occidental, para ser una mujer atractiva, guapa, exitosa y sensual es indispensable ser delgada y asocia dos tipos de mujeres a este concepto:

1- El modelo de la mujer rectilínea y escuálida, son mujeres extremadamente delgadas con proporciones musculares mínimas.

2- El modelo de la mujer curvilínea, son mujeres extremadamente delgadas que además presentan senos y glúteos extremadamente grandes y cuyo reforzador social es el ser considerada una mujer sexy, atractiva, deseada y exuberante.

Hernández (2012), en su investigación, cuyo propósito era describir las conductas que mujeres Mexicanas han adoptado para parecerse más a los estereotipos de su cultura, encontró que las mujeres son presas de una incansable búsqueda de prácticas, herramientas y técnicas, menciona que además de la parte física, el estereotipo de la mujer incluye algunas características como el ser casta, sumisa, obediente, servicial, limpia, trabajadora, amorosa, prudente y siempre bella. Y ciertas prácticas a lo largo de tiempo han permitido a estas mujeres acercarse a su ideal de belleza.

En la cultura occidental es común ver que los estereotipos son sexistas donde aparentemente se privilegia al hombre sobre la mujer, pero independientemente de este hecho, los estereotipo afectan de forma negativa a ambos sexos (Valdepeña, 2005).

Al igual que el último autor, Fanjul (2001), menciona que no solo las mujeres son afectadas por la preocupación por el aspecto físico, la autoimagen, y la sobrevaloración de un cuerpo, también los hombres son afectados. La única diferencia que se presenta es que a los hombres se les invita a realizar un ejercicio físico enfocado a la fuerza y la potencia, mientras que a las mujeres se les sugiere una actividad física dirigida a la consecución de una imagen corporal delgada y femenina.

Principalmente es necesario observar que los estereotipos no permiten el desarrollo de las habilidades propias de los seres humanos, además es importante mencionar que hoy en día se han desarrollado algunos trastornos alimenticios en las mujeres y en los hombres, los cuales son:

Anorexia: La palabra por si solo quiere decir “falta de apetito”, esta es una enfermedad en la que la persona al principio experimenta una gran sensación de hambre, pero niega la ingesta (López y Sallés, 2005) se diagnostica a una persona con este padecimiento cuando presenta los siguientes síntomas: rechazo al mantenimiento del peso corporal, miedo a ganar peso, distorsión en la percepción de su figura y falta de menstruación. Por su parte Levenkron (2000), afirma que medicamente la anorexia se caracteriza por la pérdida de peso, descenso en la temperatura corporal, la presión sanguínea, una disminución en el ritmo cardíaco, perdida de la regla menstrual y de cabello, aparición de fatiga entre otras señales de desnutrición. Y el trastorno se puede dividir en cuatro partes: La etapa del éxito, seguridad compulsiva, la nueva sensación de poder y la pseudoidentidad.

Bulimia: esta enfermedad cuenta con diversos síntomas, como; una clara preocupación y miedo a engordar, deseos incontrolados de comer en exceso, evitación de los efectos engordantes de la comida mediante el uso excesivo de vomito o laxantes. En comparación a los enfermos anoréxicos, los pacientes que padecen bulimia, son conscientes de que su comportamiento no es normal y aumentan las probabilidades de que pidan ayuda (Lorán y Sánchez, 2013).

Vigorexia: Las personas con vigorexia, buscan tener un cuerpo excesivamente musculoso, por lo cual hacen ejercicio en exceso, utilizan medicamentos y hormonas y consumen alimentos altos en proteína. Los síntomas de la vigorexia según El-Sahili (2012), son: Fatiga crónica, problemas de concentración, pérdida de vitalidad, dolores y calambres en los músculos, ritmo cardíaco lento y psicológicamente la persona con vigorexia asocia el descanso con el fracaso, pensando así que si no hace ejercicio engordara.

Además González y Sandoval (2008), afirman que a medida que pasa el tiempo, se ha ido homogenizando la idea de lo bello y lo estético. El problema

es que actualmente el canon de belleza discrimina a ciertas razas, como la oriental o la negra. Así mismo las personas que no se consideran bellas, en relación al estereotipo tienen una mayor probabilidad de presentar dificultades para relacionarse con otras personas, conseguir trabajo, etc.

4.5 Medios de comunicación

Los medios de comunicación son considerados instituciones que influyen en la conformación de identidades sociales, dado que proporcionan información a los miembros de la sociedad, influyendo en la construcción de la identidad de cada miembro. Es así que los medios repercuten en la construcción de los comportamientos de la sociedad (Valdepeña, 2005).

Domínguez (2012), nos da una breve reseña de los medios de comunicación más importantes en la actualidad, estos son:

La televisión.

Es un sistema electrónico de transmisión de imágenes y sonidos mediante cable o ondas que viajan en el espacio, actualmente este es el principal medio de comunicación masiva, dado en su mayoría los negocios, hogares u oficinas cuentan con al menos una televisión.

Internet

El cual es un medio a través del cual se puede estar al tanto de las noticias mundiales, es uno de los medios a los que cada vez más personas tienen acceso, en especial los estudiantes, dado que este acorta el tiempo de búsqueda de información sin importar la fecha u hora.

Revistas

Este es un medio masivo destinado a almacenar contenido literario; este medio es sumamente explotado dentro de la publicidad ya que presenta la facilidad de dirigirse a una población específica.

Periódico

La principal ventaja de este medio es que presenta ediciones diarias, reuniendo, evaluando y distribuyendo información a la sociedad actual que demanda estar informada todo el tiempo de los acontecimientos. Este medio de comunicación es de los más antiguos y es capaz de atraer a personas de distinto género, edad y clase social.

4.6 Comunicación y sexualidad

Álvarez (2001), afirma que las telenovelas juveniles presentan como temas centrales la amistad y el descubrimiento del mundo adulto y afirman que a pesar de que el sexo aparece, lo hace de manera superficial. Es así que a modo de hipótesis el autor afirma que la dimensión sexual adolescente aún no aparece representada de manera “real” en televisión, cumpliendo así los medios con lo socialmente aceptado en esta etapa de la vida, en la sociedad occidental actual.

Por su parte Díaz y Fernández (2004), menciona que la información que transmiten los medios de comunicación influye en las conductas y actitudes de las personas, mediante su presentación de diversos estereotipos sexuales, por ello los autores afirman que es necesaria la investigación y modificación de los medios de comunicación y en especial de la publicidad que se presenta en ellos, dado que es el elemento más favorecedor de los ya mencionados estereotipos.

Es importante no dejar pasar este dato, dado que como afirma Bandura (1985), la mayoría del comportamiento se da por observación. La conducta de una figura pública funciona como un modelo para que quien observa modifique sus conductas y actitudes en función de las conductas que exponen los personajes que miran en televisión. Dada la falta de investigación acerca del tema, el objetivo del presente estudio es identificar si existe una correlación entre los elementos del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y la percepción de conductas sexuales de figuras públicas en adolescentes.

V

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra constituida por 64 varones y 71 mujeres adolescentes con una edad promedio de 14 años de edad, estudiantes de educación básica, pertenecientes al turno vespertino de la Secundaria pública Ateneo de la Juventud ubicada en el municipio de Naucalpan de Juárez. Los cuales se eligieron bajo un muestreo no probabilístico.

Materiales

Se utilizaron 50 lápices, 50 gomas, 10 sacapuntas

Instrumento

Para esta investigación se elaboraron dos instrumentos, que permitieron obtener medidas del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y la percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita de los adolescentes. Para detectar la confiabilidad de los ítems de cada instrumento se realizó un banco de ítems con un total de 61 ítems para las áreas del modelo y 21 para la percepción de la figura pública, posteriormente, se corrió el pilotaje, y seguido a ello, se depuraron ítems para obtener las versiones finales de la aplicación.

De lo anterior, el instrumento del modelo basado en la teoría de la conducta planeada (Anexo 1), quedo conformado por 7 preguntas que recopilan datos generales del participante y 41 ítems, en un formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta: "1" totalmente de acuerdo, "2" de acuerdo, "3" ni de acuerdo ni en desacuerdo, "4" en desacuerdo y "5" totalmente de desacuerdo, se dividió en 4 áreas, estas son:

- Actitudes, conformada por 12 ítems (2, 4, 5, 10, 12, 18, 24, 30, 33, 35, 37 y 38)
- Control Conductual Percibido, conformada por 9 ítems (1, 6, 7, 9, 11, 17, 22, 25 y 32)
- Intenciones, conformada por 7 ítems (3, 8, 14, 19, 27, 29 y 39)
- Norma Subjetiva, conformada por 13 ítems (13, 15, 16, 20, 21, 23, 26, 28, 31, 34, 36, 40 y 41)

El instrumento sobre percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita (Anexo 2), quedó conformado por 4 preguntas que recopilan datos generales del participante y 9 ítems, en un formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta: “1” totalmente de acuerdo, “2” de acuerdo, “3” ni de acuerdo ni en desacuerdo, “4” en desacuerdo y “5” totalmente de desacuerdo.

Tipo de estudio

El presente estudio se caracteriza por ser:

- *Transversal:* Estos estudios recolectan información en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.
- *No experimental:* El presente es un estudio no experimental, porque se va a llevar a cabo sin la necesidad de manipular deliberadamente las variables, solo se observaran los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos.
- *Correlacional:* Un estudio correlacional determina si dos variables están correlacionadas o no. Esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010).

Aparatos

Se utilizó una computadora personal marca “Sony” modelo NW, con un sistema operativo “Windows 2007”. Así mismo se utilizó el programa SPSS versión 20.0 para capturar los datos obtenidos y obtener las correlaciones necesarias.

Ambiente

El estudio se realizó en los salones de clase de una secundaria pública ubicada en el municipio de Naucalpan de Juárez, Estado de México.

VI

Procedimiento

Etapa 1.

Se entregó un consentimiento informado (Anexo 3) al director de la institución, quien firmo aceptando la aplicación del instrumento piloto, y posteriormente del instrumento del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y el de percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita.

El primer instrumento fue aplicado a 86 estudiantes de tercer grado de secundaria, pertenecientes al turno matutino, de los cuales 45 eran varones y 41 mujeres de entre 13 y 15 años, los datos obtenidos en este se capturaron en el programa estadístico SPSS y se realizó una depuración de ítems con un alfa menor a .3 y .2 en una segunda revisión, esto nos permitió conseguir nuestros instrumentos finales.

Etapa 2.

Se solicitó al director encargado de la institución la aplicación de los instrumentos finales a todos los adolescentes de segundo y tercer grado del turno vespertino.

Después de asignado el grupo de aplicación, se les solicitó a los estudiantes permanecer callados mientras contestaban los instrumentos. Durante la aplicación permanecieron presentes en el salón la investigadora, el coordinador del grado y el maestro en turno, con la finalidad de mantener en silencio a los alumnos y que pudiesen centrarse en responder.

Una vez entregado el cuestionario, se informó a los alumnos que todo dato que fuera proporcionado sería anónimo y de uso estadístico. Ante las

dudas con respecto a instrucciones y términos, se contestó de forma uniforme a todos los participantes, y al finalizar se les agradeció por su tiempo.

Etapa 3.

Se capturaron y analizaron los datos obtenidos en el programa SPSS. Con la finalidad de dar respuesta al objetivo ya mencionado.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación son los siguientes.

Instrumento

Para desarrollar los instrumentos del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y el de la percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita, en un primer momento se realizó un instrumento piloto (Anexo 4) con una escala tipo Likert de 85 ítems divididos en cinco áreas, estas son: Percepción Figura Pública con 21 ítems, Norma Subjetiva con 22 ítems, Control Conductual Percibido con 15 ítems, Intención con 11 ítems y Actitud 17 ítems.

Se capturaron los datos en el programa SPSS y se adquirió la confiabilidad de la escala utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach; este método de consistencia interna permite estimar la fiabilidad de un instrumentó de medida a través de sus ítems. Como criterio general George y Mallery (2003. p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar el coeficiente alfa de Cronbach:

- *Coeficiente alfa > .9 es excelente*
- *Coeficiente alfa > .8 es bueno*
- *Coeficiente alfa > .7 es aceptable*
- *Coeficiente alfa > .6 es cuestionable*
- *Coeficiente alfa > .5 es pobre*
- *Coeficiente alfa < .5 es inaceptable*

Al realizar el análisis de alfa de Cronbach se obtuvo una puntuación de .82., posteriormente se retiraron 36 ítems que se encontraban por debajo de .3, y en una segunda depuración, se eliminó 1 ítem que obtenía una puntuación inferior a .2. Con ello, el coeficiente alfa de Cronbach para el instrumento del modelo basado en la teoría de la conducta planeada fue de .923 y el de la percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita fue de .751

Finalmente, en la segunda aplicación del instrumento del modelo basado en la teoría de la conducta planeada, se eliminaron 4 ítems obteniendo un alfa de .934, mientras que el instrumento de percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita, permaneció con los mismos ítems y alfa correspondiente.

Datos generales

En la presente investigación se trabajó con un total de 135 estudiantes de segundo y tercer grado de secundaria, de los cuales 71 fueron mujeres y 64 varones.

La Tabla 1 reporta el porcentaje de hombres y mujeres por edad de la muestra estudiada. Se puede observar que el 94.3% se encuentran en un rango de edad de 13 a 15 años, mientras que solo el 5.7% de los 135 se encuentran en entre los 16 y 17 años.

Tabla 1.

Total porcentaje de hombres y mujeres por edad.

	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años
Hombres	9.6%	18.5%	15.5%	1.4%	2.2%
Mujeres	16.9%	23.7%	10.3%	0.7%	1.4%

La Tabla 2 muestra el porcentaje de hombres y mujeres activos sexualmente, así como la edad promedio en que inician su vida sexual, y la desviación estándar de dicho dato. La mayoría de los jóvenes son inactivos sexualmente, sin embargo, el porcentaje de aquellos que son activos es mayor en los varones, cabe resaltar que el comienzo de la vida sexual es casi a la misma edad en ambos sexos.

Tabla 2.

Porcentaje de hombres y mujeres activos sexualmente, edad promedio y desviación estándar.

	Activos sexualmente	Inactivo sexualmente	Edad promedio inicio vida sexual	Desviación Estándar
Hombres	23.4%	76.6%	12.8	1.14
Mujeres	14%	86%	13.3	1.15
Total de la muestra	18.5%	81.5%	13	1.15

La Tabla 3 muestra el porcentaje de consumo de alcohol y drogas en adolescentes, se puede observar que solo 8.1% de los participantes consumen alguna droga y 36.3% consumen alcohol, de igual forma de preciso mencionar que las mujeres son quienes reportan un mayor consumo en ambos casos.

Tabla 3.

Porcentaje de hombres y mujeres que consumen alcohol y drogas.

	Consumen alcohol	No consumen alcohol	Consumen drogas	No consumen drogas
Hombres	32.8%	67.2%	6.2%	93.8%
Mujeres	39.4%	60.6%	9.9%	90.1%
Total de la muestra	36.3%	63.7%	8.1%	91.9%

En la tabla 4 se puede observar que en 40% de la muestra reporto a un cantante como su figura pública favorita, seguidos del 26.7% que admira a un deportista.

Tabla 4.

Porcentaje del tipo de figuras públicas que admiran los adolescentes.

Cantante	Deportista	Actor	Actriz	Banda	Personaje		Total
					de Ficción	Persona cercana	
40%	26.7%	17%	11.1%	3%	1.5%	.7%	100%

La tabla 5 reporta el número de horas que dedican los estudiantes a ver a sus figuras públicas favoritas en medios de comunicación.

Tabla 5.

Número de horas que dedican los estudiantes a ver en medios de comunicación a su figura pública favorita.

	0 Horas	De 1 a 5 horas	De 6 a 10 horas
Porcentaje total de la muestra.	.7%	92.6%	6.7%

Para establecer el nivel de riesgo en el que se encuentran los jóvenes respecto a sus conductas sexuales, se establecieron rangos; la tabla 6 presenta el rango alto, medio y bajo de riesgo del instrumento del modelo basado en la teoría de la conducta planeada.

Tabla 6.

Rango alto, medio y bajo del instrumento del modelo basado en la teoría de la conducta planeada.

	Rango alto	Rango medio	Rango bajo
Actitud	17-43	44-52	53-60
Control Conductual Percibido	17-30	31-35	36-45
Intención	9-20	21-25	26-30
Norma Subjetiva	25-45	46-56	57-65
Total del instrumento	129-209.2	209.3-240	241-195

La tabla 7 presenta el rango alto, medio y bajo de riesgo del instrumento de la percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita.

Tabla 7.

Rango alto, medio y bajo del instrumento de la percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita.

	Rango alto	Rango medio	Rango bajo
Percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita.	18-27	28-35	36-45

Medidas de Tendencia Central

La Tabla 8 muestra las medidas de tendencia central por área del primer instrumento.

Tabla 8.

Medidas de tendencia central por áreas del modelo basado en la teoría de la conducta planeada.

	Media	Moda	Mediana	Desviación estándar	Varianza
Actitud	47.3	50.0	50.0	8.6	74.6
Control Conductual Percibido	33.36	33.0	33.0	6.3	39.3
Intención	23.0	28.0	23.0	4.9	24.7
Norma Subjetiva	51.3	65.0	53.0	9.9	99.9
Total del instrumento	155.	167.0	157.0	26.6	707.6

La Tabla 9 muestra las medidas de tendencia central del instrumento que mide la percepción de la figura pública de los adolescentes.

Tabla 9.

Medidas de tendencia central del instrumento de la percepción de las conductas sexuales de riesgo de las figuras públicas de los adolescentes.

	Media	Moda	Mediana	Desviación estándar	Varianza
Percepción Figura Pública	32.6	27.0	32.0	7.8	60.4

La tabla 10 presenta el rango alto, medio y bajo de riesgo del instrumento del modelo basado en la teoría de la conducta planeada para hombres y mujeres.

Tabla 10.

Rango alto, medio y bajo del instrumento del modelo basado en la teoría de la conducta planeada para hombres y mujeres.

		Rango Alto	Rango Medio	Rango Bajo
Actitud	Hombres	16-37.5	37.6-47	48-55
	Mujeres	23-42	43-49	50-55
Control Conductual Percibido	Hombres	13-22	23-28.2	28.3-35
	Mujeres	15-23	24-28	29-35
Intención	Hombres	11-22	23-28	29-35
	Mujeres	15-26	27-30	31-35
Norma subjetiva	Hombres	26-53	54-67.2	67.3-80
	Mujeres	33-59	60-71	72-80
Total de las áreas del modelo	Hombres	129-198	199-234	235-291
	Mujeres	145-218	219-245	246-295

La tabla 11 presenta el rango alto, medio y bajo de riesgo del instrumento de la percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita para los hombres y mujeres.

Tabla 11.

Rango alto, medio y bajo del instrumento de la percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita para hombres y mujeres.

		Rango Alto	Rango Medio	Rango Bajo
Perc epción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita.	H ombres	18-27.5	27.6-35	36-45
	M ujeres	19-27	28-36	37-45

La Tabla 12 muestra las medidas de tendencia central por área del primer instrumento de los hombres y mujeres.

Tabla 12.

Medidas de tendencia central por áreas del modelo basado en la teoría de la conducta planeada para hombres y mujeres.

		Media	Moda	Mediana	Desviación estándar
Actitud	Hombres	41.8	53	42	8.8
	Mujeres	45.6	45	47	6.8
Control Conductual Percibido	Hombres	25.4	23	25	5.2
	Mujeres	26.8	23	27	4.8
Intención	Hombres	25.9	20	26	5.8
	Mujeres	28.3	33	29	4.9
Norma subjetiva	Hombres	60.3	59	60	12.4
	Mujeres	64.6	80	65	11.5
Total de las áreas del modelo	Hombres	218.7	199	213.5	39.19
	Mujeres	230.7	214	214	34.2

La Tabla 13 muestra las medidas de tendencia central del instrumento que mide la percepción de la figura pública de los adolescentes, de hombres y las mujeres.

Tabla 13.

Medidas de tendencia central del instrumento de la percepción de las conductas sexuales de riesgo de las figuras públicas de los adolescentes, para hombres y mujeres.

		Media	Moda	Mediana	Desviación estándar
Percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita.	Hombres	32.5	45	32	7.9
	Mujeres	32.6	29	30	7.6

Correlaciones

Para realizar las correlaciones se utilizó el coeficiente de correlación R de Pearson.

Los resultados de la correlación por áreas del instrumento del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y el de percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita, fueron, para el área de intención ($r=.387$; $p<.01$), actitudes ($r=.433$; $p<.01$), control conductual percibido ($r=.362$; $p<.01$), norma subjetiva ($r=.367$; $p<.01$); es claro que entre la percepción de la figura pública y cada una de las áreas existe una correlación baja, moderada y positiva.

La correlación entre el total de las áreas pertenecientes al modelo basado en la teoría de la conducta planeada y de la percepción de las

conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita de los adolescentes es ($r=.741$; $p<.01$), es decir, alta moderada y positiva.

En la Tabla 14 y 15 se pueden observar las correlaciones entre el instrumento de percepción de figuras públicas de adolescentes, con las áreas del modelo basado en la teoría de la conducta planeada tanto para hombres y mujeres, es claro que existe una mayor correlación en los resultados de los varones, especialmente en la relación percepción de figuras públicas y “actitudes” en la cual la correlación es alta moderada y positiva, por su parte las mujeres presentan una mayor correlación entre la percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita y el control conductual percibido.

Tabla 14.

Correlaciones entre las áreas del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y la percepción de conductas sexuales de riesgo de las figuras públicas de los adolescentes, de los hombres.

Hombres	Actitud.	Control conductual percibido.	Intención.	Norma subjetiva.	Total de las áreas del modelo basado en la teoría de la conducta planeada
Percepción de figuras públicas.	.531	.331	.413	.471	.781

Tabla 15.

Correlaciones entre las áreas del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y la percepción de conductas sexuales de riesgo de las figuras públicas de los adolescentes, de las mujeres.

Mujeres	Actitud.	Control conductual percibido.	Intención.	Norma subjetiva.	Total de las áreas del modelo basado en la teoría de la conducta planeada
Percepción de figuras públicas.	.348	.399	.380	.272	.720

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La adolescencia es como menciona Weinsmann (2003), un periodo en la vida de las personas que habitamos dentro de ciertas culturas, esta etapa se encuentra definida en tres fases, la primera es la “adolescencia temprana” que se da entre los 13 y 15 años de edad; de nuestra muestra estudiada el 94.3% pertenece a esta fase, en la cual los contactos con el sexo opuesto comienzan de forma exploratoria y es una etapa en la cual no logran percibir las consecuencias futuras de sus actos presentes; el 5.7% restante se encuentra en la “adolescencia media” que sucede entre los 15 y 18 años, en esta se comienzan a formar los primeros noviazgos, en esta fase la maduración sexual prácticamente finalizó, ya son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos, sin embargo, tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá algo, lo cual desemboca en conductas de riesgo y que determinan parte de las patologías que sufren en la edad adulta; la última fase es la “adolescencia tardía” que va de los 18 a los 28 años, nadie de la muestra total de la presente se encuentra en esta etapa.

Los adolescentes presentan un aumento significativo de los niveles de hormonas sexuales, lo que provoca intensos cambios físicos y psicológicos, llevándolos a iniciar su vida sexual, Howell (2001), afirma que para estos, el tener relaciones sexuales es una conducta de riesgo, dado que no es clara la forma en que toman la decisión de participar en diversas prácticas sexuales, así como el uso o no de métodos anticonceptivos.

Algunas conductas sexuales de riesgo son:

- *La iniciación de la actividad sexual a temprana edad.*

Espada, Quiles y Méndez (2003), mencionan que el primer contacto sexual se da aproximadamente a los 16 años, por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social (2013), afirma que el 50% de la población de México, inicia su vida sexual durante la adolescencia, los varones a los 14 años

en promedio y las mujeres a los 15 años; en los resultados de la presente investigación es claro que solo el 23.4% de los hombres de la muestra y el 14% de las mujeres ya iniciaron con su vida sexual, el promedio de este inicio es a los 13 años de edad para el total de la muestra. Así mismo, se puede ver que la edad promedio de inicio de la vida sexual de los varones es de 12.8 años y 13.3 años para las mujeres, este dato es afín a las investigaciones de Espada, Quiles y Méndez (2003), quienes afirman que aunque las mujeres son quienes con anticipación maduran biológicamente, los hombres son quienes comienzan antes con su vida sexual. Aunque es importante aclarar que la diferencia entre la edad de inicio de los hombres y la de las mujeres es de solamente 5 meses.

- *Consumo de drogas*

O'Hara (1998), afirma que existe una relación creciente entre el consumo de alcohol, marihuana y otras drogas y las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes, en la presente el 36.3% de la muestra reportó que consumía alcohol y el 8.1% alguna droga, este es un dato importante, dado que el consumo de estas sustancias, produce una disminución de la percepción de riesgo y una sobrevaloración de las capacidades así como un sentimiento de invulnerabilidad.

Al comparar las medias obtenidas por la muestra para cada área del instrumento del modelo basado en la teoría de la conducta planeada con los rangos obtenidos; es claro que las medias de actitud, control conductual percibido, norma subjetiva e intenciones se encuentran en el rango medio, sin embargo, la media de las cinco áreas se encuentra dentro del rango alto, es decir, que el total de la muestra obtuvo una puntuación baja y por tanto se encuentra en alto riesgo de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo. Cox (2008), afirma que las actitudes, la norma subjetiva y el control conductual percibido, conducen a la formación de la intención de llevar o no a cabo la conducta, es necesario mencionar que el control conductual percibido afectará de manera directa las intenciones y de forma indirecta la conducta final. Mientras más favorable sean la actitud y la norma subjetiva, y mayor sea el control conductual percibido de la situación, mayor será la intención de la persona para ejecutar la nueva conducta en cuestión (Roth, 2008).

Respecto a las figuras públicas favoritas se encontró que del total de la muestra 92.6% de los adolescentes reportan observarla en medios de comunicación entre una y cinco horas al día, en promedio la muestra dedica a su figura pública favorita 2.52 horas al día en medios de comunicación; Arribas e Islas (2015), afirman que en promedio los adolescentes mexicanos utilizan los medios de comunicación 7 horas al día, es importante mencionar que uno de los factores por los cuales este dato no concuerda, es porque solo se les pidió reportar cuanto tiempo utilizan medios de comunicación para consumir datos de su figura pública favorita más no cuanto consumen en total.

Al comparar la media del total de la muestra obtenida en el instrumento de la percepción de conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita, se encontró que se mantiene en el rango medio, recordando que a menor puntaje mayor riesgo, resulta un dato importante, dado que Díaz y Fernández (2004), mencionan que la información que se transmite en los medios de comunicación influye en las conductas y actitudes de las personas, mediante los estereotipos, dado que estos representan creencias que inconscientemente se comparten entre los miembros de una misma cultura, por tanto, los estereotipos nos explican cómo debemos ser y comportarnos sin darnos cuenta (Quin y McMahan, 1987).

El objetivo de la presente investigación fue identificar si existe una correlación entre los elementos del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y la percepción de conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita, dada la falta de información acerca del tema.

Al correlacionar las áreas por separado del modelo basado en la teoría de la conducta planeada se observó una correlación baja, moderada y positiva, es decir, que existe una relación entre el incremento de actitudes, intenciones, norma subjetiva y control conductual percibido referente a conductas sexuales de riesgo y el incremento de la percepción de conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita en los adolescentes.

Así mismo, se obtuvo una correlación alta, moderada, positiva para el total del instrumento que mide las áreas del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y la percepción de la figura pública favorita de los

adolescentes, este modelo fue creado con la finalidad de propagar la salud entre las poblaciones, dicho modelo se centra en la intencionalidad y la autorregulación, su uso es de suma importancia, ya que como Terol, Marcos y Pérez (2012), afirman, los más vulnerables dentro de la acción de la prevención, son jóvenes, adolescentes y preadolescentes.

Es claro que las correlaciones entre las áreas del modelo utilizado y la percepción de conductas sexuales de figuras públicas de adolescentes es mayor para los hombres que para las mujeres, esto puede ser porque como afirman Mitchell y Wellings (1998), aunque el género no es una variable determinante, las chicas presentan más conductas preventivas que los varones.

Uno de los datos importantes a resaltar en la presente investigación es la correlación entre la percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita y el control conductual percibido, dado que son las áreas en las que se presenta una mayor correlación para las mujeres y una menor para los hombres, este elemento se define como la valoración individual acerca de la facilidad o dificultad de llevar a cabo una conducta, así como de los medios con los que se cuenta para llevarla a cabo (Cox, 2008). Así mismo se obtuvieron rangos de riesgo para cada área del modelo basado en la teoría de la conducta planeada, y en ellos se puede observar que no hay diferencias entre los hombres y mujeres, ambos se encuentran en un rango medio de riesgo, este resultado contrasta con lo reportado por Mitchell y Wellings (1998), quienes afirman que se han estudiado diferencias entre hombres y mujeres y se encontró que las chicas se perciben como más capaces de mantener sexo seguro, así como de tener más facilidad para expresar que no a las relaciones sexuales de riesgo.

Los resultados reportan una mayor correlación entre las áreas del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y la percepción de conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita cuando de los hombres se trata, esto puede deberse a que como ya se mencionó los estereotipos se vuelven parte del día a día y en los medios de comunicación el estereotipo de la mujer incluye algunas características como el ser casta,

sumisa, obediente, servicial, limpia, trabajadora, amorosa, prudente y siempre bella, mientras que los hombres son seres poderosos que con base en su poder, consumen sexo (Hernández, 2012).

Díaz y Fernández (2004), afirman que la información transmitida en medios de comunicación influye en las conductas y actitudes de las personas, así que consideran necesaria la investigación y modificación de estos, así mismo Charles (2002), sugiere que los medios de comunicación a diario intentan influir en nuestras conductas.

CONCLUSIONES

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012), reporta un incremento en el número de muertes adolescentes a causa de enfermedades de transmisión sexual derivadas de sus conductas sexuales de riesgo, el modelo basado en la teoría de la conducta planeada afirma que cuando la norma subjetiva, las actitudes y el control conductual percibido son altos respecto a las conductas sexuales de riesgo, entonces afectaran de manera directa las intenciones y de manera indirecta la conducta, lo cual supone altas probabilidades de comportamientos sexuales de riesgo, la vulnerabilidad propia del adolescente también las favorece (Shultz y Shultz, 2010).

Desde la infancia se comienza a imitar a las personas cercanas y mediante la imitación y reproducción sucesiva de un evento el individuo suma diversos comportamientos a su repertorio. La conducta de imitación no se abandona durante el desarrollo del ser humano, por el contrario, siempre se encuentra presente y durante la adolescencia esto es un factor importante en la formación de la identidad, los padres de los jóvenes pasan a segundo plano y son sus pares y personas admiradas a quienes buscan parecerse ya que estos poseen características de las que a ellos les gustaría gozar.

La imitación como tal no lleva al aprendizaje, para ello es necesario que las conductas imitadas se refuercen, el refuerzo importante a mencionar aquí es el reforzamiento vicario, ya que al observar la recompensa que las figuras públicas reciben después de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, entonces probablemente los adolescentes comenzarán a imitarlas.

La conducta de una figura pública funciona como un modelo para que quien observa modifique sus conductas y actitudes en función de las conductas que exponen los personajes que miran en medios de comunicación.

Es importante mencionar que para futuras investigaciones sería preciso no solo estudiar la figura pública favorita de los adolescentes, sino a todas las figuras públicas que se presentan en medios de comunicación y a las que los

jóvenes tienen acceso, dado que el hecho de admirar a una figura pública no desemboca en el consumo de medios de comunicación que solo hablen de este. Así mismo es necesario indagar de forma más precisa en las conductas sexuales de riesgo, por ejemplo, mediante alguna entrevista, dado que aunque estas pueden ser influenciadas por los estereotipos, sus consecuencias no son visibles como por ejemplo las conductas dirigidas hacia la imagen física.

De igual forma es preciso estudiar el cómo un mayor número de adolescentes varones afirman comenzar su vida sexual antes que las mujeres, dado que, especulando, es posible entonces que no la estén comenzando con mujeres de su edad, pudiéndola llevar a cabo con mujeres más grandes, sexoservidoras, u otros hombres.

También es importante realizar estudios que permitan dar cuenta de la veracidad del modelo y su relación con la percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita como variable interviniente.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, M. (2006). *Predicción de la conducta de reciclaje a partir de la teoría de la conducta planificada y desde el modelo del valor, normas y creencias hacia el medio ambiente*. Tesis. Departamento de Psicología Social y Metodología de las ciencias del comportamiento. Granada.

Ajzen, I. (1991). *The theory of planed behavior*. Estados Unidos de América: Prentice Hall.

Alvarez, R. (2001). *Los medios masivos de comunicación y su repercusión en el comportamiento sexual de los adolescentes: Un enfoque interdisciplinario*. Argentina: Facultad de Ciencias Medicas.

Ayarza, A. (2008). *Educación sexual para adolescentes*. Colombia: Aula Abierta Magisterio.

Bardi, A., Leyton, C., Martínez, V. y González, E. (2005). Identidad sexual: proceso de definición en la adolescencia. *Revista Docencia*, 26 (6), pp. 43-51.

Beltrán, J. y Bueno, A. (1995). *Psicología de la educación*. España: Editorial Boixareu Universitaria.

Bermúdez, J. y Contreras, A. (2008). Predictores psicosociales del consumo de tabaco en adolescentes: extensiones de la teoría de la conducta planificada. *Aplicación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, 13 (3), pp.175-186.

Blanco, M. (2012). *La representación social de la belleza corporal femenina en mujeres adolescentes*. Tesis. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

Calvijo, R., Fernández, C., Rodríguez, L., Patiño, M., Alés, M., González, M., Pérez, N., Junquera, C., Ribes, M. y Reina, J. (2005).

Educador de educación especial de la Generalitat Valenciana. España: Editorial MAD.

Camara, S., Sarriera, J. y Carlotto, M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Journal of Psychology*, 41 (2), pp. 161-166.

Capri, A., González, P., Marzo, J. y Buunk, A. (2012). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *UniversitasPsychologica*, 9 (2), pp. 423-432.

Carpí, A. Y Breva, A. (1997). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de acción planeada. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 4 (7), pp. 16-35.

Carpí, A., Breva, A. y Palmero, F. (2005). La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anales de Psicología*, 21 (1), pp. 84-91.

Casas, J. y Señal, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, 9 (1), pp. 20-29.

Castelo, C. (2005). *Sexualidad humana: una aproximación integral*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Charles, K. (2002). *Psicología Social*. España: Pentice Hall

Charles, L. (2002). *Persuasión: Reception and Responsibility*. Estados Unidos de América: UniversityPress.

Clavijo, R., Fernández, C., Rodríguez, L., Patiño, J., Alés, M., González, M., Pérez, N., Junquera, C., Ribes, D. y Reina, J (2005). *Educador de educación especial*. España: Editorial Mad.

Coleman, J. y Hendry, L. (1999). *Psicología de la adolescencia*. España: Ediciones Morata.

Consejo Estatal de Población (2010). Indicadores sociodemográficos. Disponible en <http://qacontent.edomex.gob.mx/>. Visitado el 2 de Diciembre del 2014.

Consejo Estatal de Población, (2010). Hablemos de sexualidad. México: Consejo Estatal de Población. Recuperado de: <http://portal2.edomex.gob.mx/>. Visitado el 19 de agosto del 2014.

Cox, R. (2008). *Psicología del deporte: conceptos y aplicaciones*. España: Editorial Medica Panamericana.

Díaz, L. y Robles, S. (2009). Atracción, Romance, Sexo y Protección en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (2), pp. 215-228.

Domínguez, E. (2012). *Medios de comunicación masiva*. México: Red Tercer Milenio.

Domínguez, M. y Jiménez, M. (2003). *Desarrollo socioafectivo e intervención con las familias*. España: Varona

El-Sahili, L. (2012). *Trastornos nerviosos, hormonales y psicológicos*. México: Universidad de Guanajuato.

Espada, J., Quiles, M. y Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del psicólogo*, 85 (24), pp. 29-36.

Fanjul, C. (2001). *El estereotipo Somático del hombre en la publicidad de estética y su influencia en la vigorexia masculina*. Estados Unidos de América: Touchstone.

Fernández, M. (2004). Adquisición de estereotipos sexuales a través de los medios de comunicación. *Comunicar*, 23 (15), pp. 121-123.

Founilloux, W. (1999). Prevención en la escuela. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/es>. Revisado el 10 de Diciembre del 2014.

Francés, R. (2005). *Psicología del arte y de la estética*. España: Ediciones Akal.

Gallegos, E., Villaruel, A., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. y Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de

adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública México*, 50 (1), pp. 59-66.

George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. Boston: Allyn & Bacon.

González, A. y Sandoval, A. (2008). *La belleza física desde los medios de comunicación*. España: Eco.

González, R. (2010). En México, 30% de jóvenes ha contraído alguna enfermedad sexual. *Millenio*. pp. 14.

Guzmán, F., Llamas, M., Rodríguez, L. y Alonso, M. (2012). Norma subjetiva, intención y consumo de marihuana en jóvenes universitarios de México. *Ciencia y Enfermería*, 18 (1), pp. 57-66.

Hernández, O. (2012). *Prácticas culturales en torno a la belleza femenina en México*. México: Universidad Autónoma de Querétaro.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Hogg, M., Vaughan, M. y Morando, M. (2008). *Psicología Social*. España: Editorial Medica Panamericana.

Howell, L. (2001). *Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and adolescent's' perceptions of monitoring, communication, and parenting styles in the home*. Tesis Doctoral. Departamento de desarrollo humano. Faculty of Virginia Polytechnic Institute and State.

Huesca, E., Rodríguez, J., Cavelló, E. y Moreno, J. (2014). Teoría de la acción planeada y tasa de ejercicio percibida: un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física. *Anales de psicología*, 30 (2), pp. 738-744.

Ibáñez, R. (2004). *Liderazgo y compromiso social*. México: Universidad Autónoma de Puebla.

Ibáñez, T. (2004). *Introducción a la psicología social*. España: Universitat Oberta de Catalunya.

Instituto de la Juventud de España (2000). *Informe Juventud en España*. Madrid. INJUVE.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2014). Enfermedades de transmisión sexual. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/>. Visitado el 28 de Noviembre del 2014.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). Informes. México: INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>. Visitado el 1 de Mayo del 2015.

Jiménez, F., Águila, R., Luque, E., Sangrador, J. y Vallespín, F. (2006). *Psicología de las relaciones de autoridad y poder*. España: UOC.

Kelley, K. (1981). *La persuasión en la comunicación: teoría y contexto*. México: Paidós.

Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. España: Pirámide.

Levenkron, S. (2000). *Anatomía de la anorexia*. España: Editorial Kairós.

López, M. (2003). *Poder Social: ¿A quién pertenece?*. Colombia: Asociación Nacional de estudiantes de Psicología.

López, M. y Sallés, N. (2005). *Prevención de la anorexia y la bulimia*. España: Editorial Nau Libres.

López-Cisneros, A., Villar, M., Alonso, M., Alonso, M. y Rodríguez, L. (2013). Actitud ante el consumo y no consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria – México. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (4), pp. 815-821.

Lorán, M. y Sánchez, L. (2013). *Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón*. España: Editorial Amat.

Maguis, C. (2006). *VIH/SIDA y salud pública: manual para personal de salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Márquez, R. y Colás, E. (2002). *Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*. Cuba: MINSAP

Marrero, H. (2006). *¿Por qué hacemos lo que hacemos? Dimensiones básicas de la motivación*. España: Ediciones IDEA.

Martínez, J. (2005). *La adolescencia: una etapa en la historia natural el hombre*. España: EDICEP.

Mayaud, P. y McCormick (2001). Interventions against Sexually Transmitted Infections to prevent HIV infection. *Medical Bulletin*, 58 (11), pp. 129-153.

Millas, M. y Serrano, S. (2002). *Psicología y familia*. España: Caritas Española Editores.

Mitchell, K. y Welling, K. (1998). First sexual intercourse: *Anticipation and communication*. *Journal of Adolescence*, 21 (17), pp. 717-726.

Mora, J. (1997). *Psicología del aprendizaje: Teorías*. México: Editorial Progreso.

Moreno, A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), pp.93-107.

Morris, C. y Maisto, A. (2005). *Introducción a la psicología*. México. Pearson

Moscovici, S. (1984). *Psicología Social I. Cognición y desarrollo humano*. España: Paidós.

Moskovics, J. M. (2004). *Orientación, asesoramiento y diagnóstico anónimo del VIH como estrategia preventiva*. Argentina: Proa XXI.

Murphy, D., Rotheram-Borus, M. y Reid, H. (1998). Adolescent gender differences in HIV-related sexual risk acts, social-cognitive factors and behavior skills. *Journal of Adolescence*, 21 (19), pp. 197-208.

Myers, D. (2005). *Psicología*. Argentina: Editorial medica panamericana.

Nicolson, D. y Ayers, H. (2001). *Problemas de la adolescencia: guía práctica para el profesorado y la familia*. España: narcea.

O'Hara, P., Parris, d., Fichtner, r. y Oster, R. (1998). Influence of alcohol and drug use on AIDS risk behavior among youth in dropout prevention. *Journal of DrugEducation*, 28 (2), pp. 159-168.

Orbach, S. (2005). *Más allá de los estereotipos: en reconstrucción de los cimientos sobre las creencias acerca de la belleza*. Inglaterra: London School of Economics.

Organización Mundial de la Salud (1948). definición de la OMS de la salud. Disponible en <http://www.who.int/es/>. Visitado el 28 de Noviembre del 2014.

Parolari, F. (1995). *Psicología de la adolescencia*. Colombia: San Pablo.

Parolari, F. (2005). *Psicología de la adolescencia*. Colombia: Editorial San Pablo.

Pérez, E. y Ortega, E. (2014). *Cartografías del cuerpo*. España: Editorial catedra.

Quin, R. y McMahon, B. (1987). *Historias y Estereotipos*. España: Ediciones de la torre.

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa libros.

Renee, R. (2010). *Ajzen's theory of planned behavior applied to the use of social networking by college students*. Universidad San Marcos. Estados Unidos de America.

Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano: estudio del ciclo vital*. México: Pearson Educación.

Rodríguez, K., Díaz, D., García, S., Guerrero, J. y Gómez, L. (2011). Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes. *Salud mental*, 34 (1), pp.27-35.

Roth, E. (2008). *Cambio social: factores Psicológicos Asociados a la Disposición a Cambiar*. Tesis. Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Granada.

Ruiz, M. y Rubio, J. (2004). La influencia de los medios de comunicación en las imágenes femeninas, actitudes, hábitos y comportamientos de las mujeres con respecto a la belleza del cuerpo. *CLEPSYDRA*, 4 (3), pp. 89-107.

Saavedra, M. (1999). *Principios de aprendizaje*. Chile: Editorial Universitaria.

Saiz, J. (2008). Estudio empírico de las variables de la teoría de la conducta planificada como factores de riesgo para el consumo de cocaína en tres grupos diferentes. *Adicciones*, 21 (3), pp. 187.194.

Salcedo, A. (2008). *Anatomía de la persuasión*. España: ESIC Editorial.

Salín, P. (2008). *Cuando el sexo de mi cerebro no corresponde al de mi cuerpo*. España: Ediciones LULU.

Sánchez, G. (2006). *Identidad sexual*. Colombia: Academia Nacional de Medicina.

Sánchez, M., Honrubia, M. y Dolores, M. (2005). *Guía básica de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad visual*. España: Publicaciones y ediciones de la Universidad de Barcelona.

Sánchez, R. Y Enríquez, J. (2011). Modelo basado en la teoría de la conducta planeada. Recuperado de <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/82-modelo-basado-en-la-teoria-de-la-conducta-planeada.html> Visitado el 4 de Mayo del 2015.

Santos, M. (2003). *Formación profesional a distancia. Desarrollo socioafectivo e intervención*. España: ministerio de educación, cultura y deporte.

Schultz, D., y Schultz, S. (2010). *Teorías de la personalidad*. México: CengageLearning Editores.

Schwarzer, R. y Gutiérrez, B. (2009). Modelando el cambio en el comportamiento de salud: cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. *Revista Costarricense de Psicología*, 41 (28), pp. 11-39.

Shunk, D. (1997). *Teorías del aprendizaje*. México: Prentice –Hall

Soria, M. y Sánchez, J. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. España: Editorial Boixareu Universitaria.

Stern, C. (2008). *Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México: El colegio de México. A.C. University.

Suárez, C. (2000). *Estereotipos de la mujer en la comunicación*. España: Editorial MAD.

Taboada, A. (2005). *Persuasión; el poder del líder*. México: Panorama.

Terol, C., Marcos, Y. y Pérez, V. (2012). *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud*. España; Pirámide.

Ubillos, S. y Páez, D. (2003). *Psicología social, cultura y educación*. España: Prentice Hall.

Valdepeña, C. (2005). *Análisis de los estereotipos de belleza, presentados en la publicidad dirigida a la mujer de 20 a 30 años en las revistas Glamour, Cosmopolitan y Elle*. Tesis. Universidad de las Américas Puebla. México.

Vásquez, E. (2000). *Principios y técnicas de educación de adultos*. Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Weinssmann, P. (2003). *Adolescencia*. Argentina: Universidad Nacional Mar de Plata.

Wojtyla, K. (2003). *El don del amor: escritos sobre la familia*. España: biblioteca palabra.

Woolfolk, A. (2006). *Psicología Educativa*. Estados Unidos de América: Pearson.

Zaleski, E. y Schiaffino, K. (2000). Religiosity and sexual risk-taking behavior during the transition to college, *Journal of Adolescence*, 23 (3), pp.223-227.

Anexo 1

Instrumento del modelo basado en la teoría de la conducta planeada.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

SyFP

Folio: _____

Datos Generales

Instrucciones: responde con sinceridad las preguntas de este apartado; marca con una “x” la respuesta que se adecue a tu situación en preguntas con opción múltiple.

Se entiende por vida sexual: la práctica de sexo incluyendo penetración con tu pareja o con cualquier otra persona.

Edad: _____ Sexo: F___ M___

¿Tienes novio, o novia? Sí___ No___

¿Mantienes sexo coito vaginal, coito anal u oral actualmente? No___ Si___

¿A qué edad comenzaste tu vida sexual? _____Años, No la he comenzado

¿Actualmenteingieres bebidasalcohólicas?

No___ Si___

¿Ha usado o usas algún tipo de droga? No___ Si___

¿Quién es tu figura pública favorita?

Realiza una breve descripción de tu figura pública preferida

Aproximadamente cuantas horas al día dedicas a ver programas en tv o internet, leer notas, ver videos etc. de tu figura pública favorita

_____horas

De los medios en los que se presenta tu figura pública favorita, en qué porcentaje dirías que se presenta sexo implícito (es decir, escenas en las cuales existen besos, caricias, cuerpos desnudos, SIN MOSTRAR, los genitales, o alguna forma de penetración)

0%____ 1-25%____ 26-50%____ 51-875%____ 76-100%____

Por ejemplo:

1. En nuestro País no es permitido el futbol soccer para las mujeres 1 2 3 ~~4~~ 5
2. Existe un gran probabilidad de que los jugadores de basquetbol sean altos 1 ~~2~~ 3 4 5

1. Creo que se debe de expulsar el aire de la punta de los condones antes de utilizarlos	1	2	3	4	5
2. Mis amigos y personas cercanas creen que debería colocar el condón solamente cuando el pene está totalmente erecto	1	2	3	4	5
3. Si NO utilizo condón durante el coito, puedo evitar una	1	2	3	4	5

enfermedad de transmisión sexual					
4. Creo que no experimentaría la misma sensación al tener relaciones sexuales con condón	1	2	3	4	5
5. Mis amigos y personas cercanas creen que debería sacar el aire de la punta del condón para evitar que se rompa	1	2	3	4	5
6. Tengo la seguridad de que cuando tenga sexo por primera vez, recibiré aprobación de mis amigos	1	2	3	4	5
7. Considero que la figura pública que admiro desliza el anillo del condón hacia abajo del empaque para abrirlo	1	2	3	4	5
8. Creo que si tengo relaciones sexuales (coito) sin condón, no adquiriré ninguna enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
9. Considero que la figura pública que admiro guarda los condones en su cartera, bolsa del pantalón o en su coche	1	2	3	4	5
10. Mis amigos y personas cercanas creen que consumir drogas y tener sexo después es normal	1	2	3	4	5
11. Considero que la figura pública que admiro coloca el condón solo cuando el pene está completamente erecto	1	2	3	4	5
12. Creo que el VIH solo es adquirido por personas homosexuales	1	2	3	4	5
13. Si NO utilizo condón durante el coito, puedo evitar un embarazo	1	2	3	4	5
14. Si es la primera vez que tengo sexo y NO utilizo condón durante el coito no pasa nada	1	2	3	4	5
15. Creo que para abrir un condón con las manos debo empujar el anillo hacia abajo mientras retiro la parte superior del empaque	1	2	3	4	5
16. Tengo la seguridad de querer ser activo sexualmente	1	2	3	4	5
17. Tengo la seguridad de poder ser activo sexualmente sin ningún riesgo	1	2	3	4	5
18. Al ser adolescente tengo menos probabilidades de adquirir una enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
19. Creo que es normal tener sexo desde los 14 años o antes	1	2	3	4	5

20. Estoy convencido de quiero planear mis relaciones sexuales con antelación	1	2	3	4	5
21. Considero que la figura pública que admiro ha tenido relaciones sexuales con distintas personas.	1	2	3	4	5
22. Al ser heterosexual tengo menos probabilidades de adquirir una enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
23. Creo que si solo tengo relaciones sexuales con mi pareja, no tengo posibilidades de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
24. Mis amigos y personas cercanas creen que consumir alcohol y tener sexo después es normal	1	2	3	4	5
25. Tengo la seguridad de que tendré sexo con mi pareja aunque él o ella lo desee y yo no	1	2	3	4	5
26. Soy capaz de mantener conversaciones con mis amigos acerca de sexo, así como de intercambiar información correcta	1	2	3	4	5
27. Creo que es preciso revisar la fecha de caducidad de un condón antes de utilizarlo	1	2	3	4	5
28. Tengo la seguridad de que mi pareja y yo utilizaremos siempre condón	1	2	3	4	5
29. Mis amigos y personas cercanas creen que NO debería preocuparme de que algo malo pasara en mi primera relación sexual	1	2	3	4	5
30. NO tengo confianza de preguntar a mis maestros acerca de relaciones sexuales	1	2	3	4	5
31. Considero que la figura pública que admiro mantiene relaciones coito vaginal, coito anal u oral sin condón.	1	2	3	4	5
32. Mis amigos y personas cercanas creen que ya es momento de que inicie mi vida sexual (incluyendo coito)	1	2	3	4	5
33. Considero que la figura pública que admiro al tener sexo (coito) abre el condón con los dientes o con tijeras	1	2	3	4	5
34. Soy capaz de adquirir toda la información acerca de diversos métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5

35. Creo que al tener sexo oral es preciso utilizar barreras bucales de látex o condones sin lubricante	1	2	3	4	5
36. Considero que la figura pública que admiro consume alcohol y después mantiene relaciones sexuales	1	2	3	4	5
37. Si adquiero una enfermedad de transmisión sexual soy capaz de solucionarlo solo(a)	1	2	3	4	5
38. Creo que NO debería preocuparme de que algo malo pasara en mi primera relación sexual	1	2	3	4	5
39. Tengo la seguridad de que siempre que tenga sexo será satisfactorio	1	2	3	4	5
40. Considero que la figura pública que admiro llega a tener sexo con extraños	1	2	3	4	5
41. Mis amigos y personas cercanas creen que NO experimentaría la misma sensación al tener relaciones sexuales con condón	1	2	3	4	5
42. Considero que la a figura pública que admiro consume drogas y después mantiene relaciones sexuales	1	2	3	4	5
43. Mis amigos y personas cercanas NO creen que suceda nada malo si no utilizo condón.	1	2	3	4	5
44. Considero que la figura pública que admiro utiliza condón sin lubricante o una barrera bucal de látex cuando tiene sexo oral	1	2	3	4	5
45. Creo que es adecuado revisar los genitales de mi pareja con la finalidad de observar si tiene algún síntoma de enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
46. Mis amigos y personas cercanas creen que antes de tener sexo oral debería lavarme los dientes y usar hilo dental	1	2	3	4	5
47. Mis amigos y personas cercanas creen que al tener sexo oral debería usar condones sin lubricante o barreras bucales	1	2	3	4	5
48. Considero que la figura pública que admiro no utiliza hilo dental, ni realiza ninguna actividad que pudiera lesionar su boca, como el cepillado dental antes de practicar sexo oral a su pareja	1	2	3	4	5

49. NO tengo confianza con mis padres para hablar de relaciones sexuales	1	2	3	4	5
50. Mis amigos y personas cercanas creen que en esta época es normal tener muchas parejas sexuales	1	2	3	4	5
51. Si me embarazo soy capaz de solucionarlo sola (SOLO CHICAS)	1	2	3	4	5
52. Considero que la figura pública que admiro ya tenía relaciones sexuales (incluyendo coito) a mi edad.	1	2	3	4	5
53. Creo que debo evitar tragar el líquido eyaculatorio o fluidos vaginales como prevención de alguna enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
54. Soy capaz de conseguir un condón justo en el momento en que lo requiera	1	2	3	4	5
55. Mis amigos y personas cercanas creen que el VIH solo es adquirido por personas homosexuales	1	2	3	4	5
56. Tengo la seguridad de que consumiré drogas y después tendré sexo	1	2	3	4	5
57. Considero que la figura pública que admiro revisa los genitales de su pareja en busca de lesiones o cortaduras que pudieran ser síntomas de alguna enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
58. Mis amigos y personas cercanas se sentirán orgullosos de mi cuando tenga relaciones sexuales (coito)	1	2	3	4	5
59. Si embarazo a mi pareja soy capaz de solucionarlo solo (SOLO CHICOS)	1	2	3	4	5
60. Tengo la seguridad de que consumiré alcohol y después tendré sexo	1	2	3	4	5
61. Considero que la figura pública que admiro NO utiliza condón cuando tiene sexo vaginal, o anal.	1	2	3	4	5
62. Creo que tener relaciones sexuales (coito oral, anal o vaginal) siempre es placentero	1	2	3	4	5
63. Considero que la figura pública que admiro es heterosexual y por ello no puede contraer VIH u otras enfermedades de	1	2	3	4	5

transmisión sexual					
64. Mis amigos y personas cercanas creen que si tengo relaciones sexuales (coito) sin condón, no adquiriré ninguna enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
65. Considero que la figura pública que admiro aprieta con sus dedos la punta del condón para que no quede aire en este y no corra el riesgo de romperse	1	2	3	4	5
66. Soy capaz de conseguir un lugar para tener sexo con mi pareja como	1	2	3	4	5
67. Creo que es normal consumir drogas y tener sexo después	1	2	3	4	5
68. Mis amigos y personas cercanas creen que abrir los condones con los dientes es correcto	1	2	3	4	5
69. Considero que la figura pública que admiro cambia de condón al cambiar de práctica sexual (por ejemplo al cambiar de sexo vaginal a sexo anal)	1	2	3	4	5
70. Creo que en esta época es normal tener muchas parejas sexuales	1	2	3	4	5
71. Considero que la figura pública que admiro, después de tener sexo oral utiliza un enjuague bucal.	1	2	3	4	5
72. Mis amigos y personas cercanas creen que tener sexo (coito anal, vaginal u oral) siempre es placentero	1	2	3	4	5
73. Mis amigos y personas cercanas creen que al tener sexo oral, debería revisar los genitales de mi pareja	1	2	3	4	5
74. Considero que la figura pública que admiro revisa la fecha de caducidad de un condón antes de utilizarlo	1	2	3	4	5
75. Creo que es normal consumir alcohol y tener sexo después	1	2	3	4	5
76. Si mi pareja no quiere usar condón, entonces yo seré capaz de exigirselo	1	2	3	4	5
77. Mis amigos y personas cercanas creen que debería guardar condones en mi cartera, bolsa de pantalón o coche	1	2	3	4	5
78. Considero que la figura pública que admiro evita tragar semen o fluidos vaginales cuando practica sexo oral a su pareja	1	2	3	4	5

79. Mis amigos y personas cercanas creen que debería observar la caducidad de un condón antes de utilizarlo	1	2	3	4	5
80. Creo que si tengo sexo (coito anal o vaginal) sin usar condón me sentiré orgulloso	1	2	3	4	5
81. Tengo la seguridad de que cuando tenga sexo me sentiré orgulloso	1	2	3	4	5
82. Mis amigos y personas cercanas creen que si solo tengo relaciones sexuales con mi pareja, NO tengo posibilidades de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
83. Mis amigos y personas cercanas creen que es normal tener sexo a los 14 años o antes	1	2	3	4	5
84. Considero que la vida sexual de la figura pública que admiro es conocida mediante diversos medios de comunicación.	1	2	3	4	5
85. Mis amigos y personas cercanas creen que debería de cambiar el condón si cambio de práctica sexual (por ejemplo de coito anal a vaginal)	1	2	3	4	5

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN Anexo 4

Consentimiento Informado

Anexo 2

**Instrumento de la percepción de las conductas sexuales de riesgo de la
figura pública favorita.**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Folio: _____

Datos Generales

Se entiende por vida sexual: la práctica de sexo incluyendo penetración con tu pareja o con cualquier otra persona.

Edad: _____ Sexo: F___ M___

¿Tienes novio, o novia? Sí___ No___

¿Mantienes sexo coito vaginal, coito anal u oral actualmente? No___ Si___

¿A qué edad comenzaste tu vida sexual? _____ Años, No la he comenzado

¿Actualmente ingieres bebidas alcohólicas?

No___ Si___

¿Ha usado o usas algún tipo de droga? No___ Si___

Instrucciones: responde con sinceridad las preguntas de este apartado; marca con una “x” la respuesta que se adecue a tu situación en preguntas con opción múltiple.

1= Totalmente de acuerdo 2= Parcialmente de acuerdo 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

4= Parcialmente desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

Por ejemplo:

1. En nuestro País no es permitido el futbol soccer para las mujeres 1 2 3 4 ~~5~~
2. Existe un gran probabilidad de que los jugadores de basquetbol sean altos 1 ~~2~~ 3 4 5

1. Si NO utilizo condón durante el coito, puedo evitar una enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
2. Creo que no experimentaría la misma sensación al tener relaciones sexuales con condón	1	2	3	4	5
3. Tengo la seguridad de que cuando tenga sexo por primera vez, recibiré aprobación de mis amigos	1	2	3	4	5
4. Creo que si tengo relaciones sexuales (coito) sin condón, no adquiriré ninguna enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
5. Creo que el VIH solo es adquirido por personas homosexuales	1	2	3	4	5
6. Si NO utilizo condón durante el coito, puedo evitar un embarazo	1	2	3	4	5
7. Si es la primera vez que tengo sexo y NO utilizo condón durante el coito no pasa nada	1	2	3	4	5
8. Tengo la seguridad de querer ser activo sexualmente	1	2	3	4	5
9. Al ser adolescente tengo menos probabilidades de adquirir una enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
10. Creo que es normal tener sexo desde los 14 años o antes	1	2	3	4	5
11. Al ser heterosexual tengo menos probabilidades de adquirir una enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
12. Creo que si solo tengo relaciones sexuales con mi pareja, no tengo posibilidades de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
13. Mis amigos y personas cercanas creen que consumir alcohol y tener sexo después es normal	1	2	3	4	5
14. Tengo la seguridad de que tendré sexo con mi pareja aunque él o ella lo desee y yo no	1	2	3	4	5

15. Mis amigos y personas cercanas creen que NO debería preocuparme de que algo malo pasara en mi primera relación sexual	1	2	3	4	5
16. Mis amigos y personas cercanas creen que ya es momento de que inicie mi vida sexual (incluyendo coito)	1	2	3	4	5
17. Si adquiero una enfermedad de transmisión sexual soy capaz de solucionarlo solo(a)	1	2	3	4	5
18. Creo que NO debería preocuparme de que algo malo pasara en mi primera relación sexual	1	2	3	4	5
19. Tengo la seguridad de que siempre que tenga sexo será satisfactorio	1	2	3	4	5
20. Mis amigos y personas cercanas creen que NO experimentaría la misma sensación al tener relaciones sexuales con condón	1	2	3	4	5
21. Mis amigos y personas cercanas NO creen que suceda nada malo si no utilizo condón.	1	2	3	4	5
22. NO tengo confianza con mis padres para hablar de relaciones sexuales	1	2	3	4	5
23. Mis amigos y personas cercanas creen que en esta época es normal tener muchas parejas sexuales	1	2	3	4	5
24. Creo que debo evitar tragar el líquido eyaculatorio o fluidos vaginales como prevención de alguna enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
25. Soy capaz de conseguir un condón justo en el momento en que lo requiera	1	2	3	4	5
26. Mis amigos y personas cercanas creen que el VIH solo es adquirido por personas homosexuales	1	2	3	4	5
27. Tengo la seguridad de que consumiré drogas y después tendré sexo	1	2	3	4	5
28. Mis amigos y personas cercanas se sentirán orgullosos de mi cuando tenga relaciones sexuales (coito)	1	2	3	4	5
29. Tengo la seguridad de que consumiré alcohol y después tendré sexo	1	2	3	4	5
30. Creo que tener relaciones sexuales (coito oral, anal o vaginal)	1	2	3	4	5

siempre es placentero					
31. Mis amigos y personas cercanas creen que si tengo relaciones sexuales (coito) sin condón, no adquiriré ninguna enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
32. Soy capaz de conseguir un lugar para tener sexo con mi pareja	1	2	3	4	5
33. Creo que es normal consumir drogas y tener sexo después	1	2	3	4	5
34. Mis amigos y personas cercanas creen que abrir los condones con los dientes es correcto	1	2	3	4	5
35. Creo que en esta época es normal tener muchas parejas sexuales	1	2	3	4	5
36. Mis amigos y personas cercanas creen que tener sexo (coito anal, vaginal u oral) siempre es placentero	1	2	3	4	5
37. Creo que es normal consumir alcohol y tener sexo después	1	2	3	4	5
38. Creo que si tengo sexo (coito anal o vaginal) sin usar condón me sentiré orgulloso	1	2	3	4	5
39. Tengo la seguridad de que cuando tenga sexo me sentiré orgulloso	1	2	3	4	5
40. Mis amigos y personas cercanas creen que si solo tengo relaciones sexuales con mi pareja, NO tengo posibilidades de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual	1	2	3	4	5
41. Mis amigos y personas cercanas creen que es normal tener sexo a los 14 años o antes	1	2	3	4	5

Anexo 3

Instrumento del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y de la percepción de las conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita.



Folio: _____

¿Quién es tu figura pública favorita?

Realiza una breve descripción de tu figura pública preferida

Aproximadamente cuantas horas al día dedicas a ver programas en tv o internet, leer notas, ver videos etc. de tu figura pública favorita

_____ horas

De los medios en los que se presenta tu figura pública favorita, en qué porcentaje dirías que se presenta sexo implícito (es decir, escenas en las cuáles existen besos, caricias, cuerpos desnudos, SIN MOSTRAR, los genitales, o alguna forma de penetración)

0%___ 1-25%___ 26-50%___ 51-875%___ 76-100%___

Instrucciones

Instrucciones: responde con sinceridad las preguntas de este apartado; marca con una "x" la respuesta que se adecue a tu situación en preguntas con opción múltiple.

1= Totalmente de acuerdo 2= Parcialmente de acuerdo 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

4= Parcialmente desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

Por ejemplo:

1. En nuestro País no es permitido el futbol soccer para las mujeres 1 2 3 4 5
2. Existe un gran probabilidad de que los jugadores de basquetbol sean altos 1 2 3 4 5

1. Considero que la figura pública que admiro ha tenido relaciones sexuales con distintas personas.	1	2	3	4	5
2. Considero que la figura pública que admiro mantiene relaciones coito vaginal, coito anal u oral sin condón.	1	2	3	4	5
3. Considero que la figura pública que admiro consume alcohol y después mantiene relaciones sexuales	1	2	3	4	5
4. Considero que la figura pública que admiro llega a tener sexo con extraños	1	2	3	4	5
5. Considero que la figura pública que admiro ya tenía relaciones sexuales (incluyendo coito) a mi edad.	1	2	3	4	5
6. Considero que la figura pública que admiro NO utiliza condón cuando tiene sexo vaginal, o anal.	1	2	3	4	5
7. Considero que la figura pública que admiro es heterosexual y por ello no puede contraer VIH u otras enfermedades de transmisión sexual	1	2	3	4	5
8. Considero que la figura pública que admiro revisa la fecha de caducidad de un condón antes de utilizarlo	1	2	3	4	5
9. Considero que la vida sexual de la figura pública que admiro es conocida mediante diversos medios de comunicación.	1	2	3	4	5

Anexo 4

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: Estudio de la posible correlación entre los elementos del modelo basado en la teoría de la conducta planeada y la percepción de conductas sexuales de riesgo de la figura pública favorita de adolescentes

Investigador Principal: _____

Fecha: 18 de Marzo del 2015

Objetivo del formulario:

Este formulario contiene información requerida por usted para decidir si permite que los alumnos de la secundaria "Ateneo de la juventud" a su cargo participen en este estudio. Por favor lea cuidadosamente todo el documento.

¿Por qué se está realizando este estudio?

Sus alumnos han sido invitados a participar en este estudio cuya finalidad es observar la posible relación entre la percepción de conductas sexuales de figuras públicas y las intenciones de conductas sexuales de riesgo de los adolescentes.

¿Por los alumnos de tercer grado de mi institución) está siendo invitado a participar en este estudio?

Sus alumnos están siendo invitados a participar en este estudio, dado que forma parte de una población considerada en riesgo, debido a que algunos adolescentes tienden a comenzar con su vida sexual a temprana edad y sin la

orientación correcta pudieran adquirir embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual.

¿Qué sucederá si permito que mis alumnos participen en este estudio?

A sus alumnos (a) se le solicitara responder un cuestionario de 86 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta, en la cual en los extremos se encuentra “totalmente de acuerdo” y “totalmente en desacuerdo”, el cual tomara aproximadamente 60 minutos .

¿Cuáles son los riesgos y posibles incomodidades de este estudio?

Los riesgos de este estudios son que sus alumnos se sientan incómodos al responder algunas preguntas o que usted se sienta incómodo con el tema, es importante mencionar que por la delicadeza del tema (conductas sexuales de riesgo) este estudio **NO** es experimental, es decir, en ningún momento sus alumnos serán expuestos a videos, imágenes etc. con contenido sexual.

¿Cuáles son los beneficios de este estudio?

Al realizar este estudio se podrá observar la posible relación entre la percepción que sus alumnos tienen de las conductas de su figura pública favorita y sus creencias sobre conductas sexuales de riesgo.

¿Quién va a ver la información que mis alumnos proporcionen?

La información que sus alumnos proporcionen será vista por la investigadora _____, sin embargo, los cuestionarios no solicitan datos como el nombre o número de lista de sus alumnos, los cuales pudieran permitir su identificación.

¿Qué otras opciones tengo si no quiero tomar parte en este estudio?

La participación de sus alumnos en este estudio es voluntaria y si usted permite que ellos participen, en cualquier momento de la aplicación si cualquiera de ellos no se sintiese cómodo, puede retirarse sin ninguna consecuencia.

¿A quién puedo contactar si tengo dudas?

Si tiene alguna pregunta respecto al estudio, favor de ponerse en contacto con:

_____. Pasante de la carrera de Psicología de la
Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Teléfono: _____

Correo electrónico _____

*¿QUÉ SIGNIFICA MI FIRMA EN ESTE FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO?*

SU FIRMA INDICA QUE SE LE HA EXPLICADO EL ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN, QUE SUS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS Y
QUE USTED ACEPTA QUE LOS ALUMNOS DE TERCER GRADO DE SU
INSTITUCIÓN PARTICIPEN EN ESTE ESTUDIO.

Este formulario contiene la información que usted necesita para tomar una
decisión informada acerca de si permite que los alumnos de tercer grado de su
institución participen en este estudio. Su firma indica que no tiene dudas
acerca del estudio y que está de acuerdo en permitir que sus alumnos de tercer
grado participen.

**Nombre completo del director de la
institución** _____

Firma del director

FAVOR DE ENTREGAR ESTE FORMULARIO AL INVESTIGADOR