



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

FORTALEZAS Y CONDUCTA SEXUAL EN ADOLESCENTES

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Psicología, presentan:

Alfonsina Ayala Brito
Graubeen Daniela Zárate Lombardini

Director:

Dra. Patricia Andrade Palos

Revisor:

Carlos Omar Sánchez Xicotencatl

Sinodales:

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Mtra. Arlette Mote Nolasco

Dra. Paulina Arenas Landgrave

Ciudad Universitaria México, Ciudad de México 2018



**Facultad
de Psicología**

Esta tesis se realizó con apoyo del proyecto CONACYT 257574 “Programa de Promoción de la Salud en Estudiantes de Secundaria”.



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.

Índice

Resumen

Introducción

Capítulo 1. Sexualidad en la Adolescencia	1
1.1. Datos Epidemiológicos de la Conducta Sexual en la Juventud	7
Capítulo 2. Desarrollo Positivo de los Jóvenes	16
Capítulo 3. Factores que Influyen en el Desarrollo del Adolescente	32
3.1. Factores Contextuales	32
3.1.1. Familia	32
3.1.2. Amigos	39
3.1.3. Comunidad	41
3.1.4. Escuela	45
3.2. Factores Individuales	46
3.2.1. Presión de Pares	46
3.2.2. Religión	48
3.2.3. Consumo de Alcohol y otras Drogas	50
3.2.4. Responsabilidad y Toma de Decisiones	51
3.2.5. Importancia de la Salud	53
Capítulo 4. Método	56
4.1. Preguntas de Investigación	57
4.2. Definición de Variables	57

4.3. Hipótesis	58
4.4. Tipo de Estudio	58
4.5. Participantes	58
4.6. Instrumento	58
4.7. Procedimiento	60
4.8. Análisis Estadístico	60
Capítulo 5. Resultados	61
Capítulo 6. Discusión	75
Capítulo 7. Conclusiones y Sugerencias	81
Referencias	83

Resumen

En México casi 1 de cada 5 personas tiene entre 10 y 19 años, esto significa que en el país viven 22.4 millones de adolescentes. La edad promedio de la primera relación sexual de estos adolescentes en el 2009 fue de 18.3 años, mientras que en el 2014 fue de 17.8 años, lo que significa que en este periodo, conforme pasó el tiempo la edad de inicio fue disminuyendo (CONAPO, 2014).

El uso inconsistente e incorrecto del condón masculino en las relaciones sexuales es la causa del 94.1% de los casos de SIDA reportados en México por CENSIDA hasta el 2013.

En México hay un importante registro de casos de VIH en la población entre 15 y 19 años de edad, donde se reportan 2744 casos acumulados de SIDA, entre el 2002 y 2011, de un total de 149,883 casos (1.8%), siendo la vía sexual la principal forma de transmisión (Campero et al., 2013).

En los últimos años la investigación de conductas sexuales de riesgo en el adolescente se ha concentrado únicamente en aspectos negativos. El modelo de Fortalezas de Benson (2007), el cual se encuentra dentro del enfoque de Desarrollo Positivo del Adolescente, propone que hay tres tipos de apoyo y conexión que son predictores de resultados para la salud del adolescente: las relaciones que mantienen los adolescentes con los adultos fuera de la familia, la introducción en vecindarios donde adultos interactúan con niños y adolescentes y el compromiso empático y de apoyo en las escuelas.

El objetivo de esta tesis fue identificar las fortalezas externas e internas de los adolescentes ante el inicio temprano de su vida sexual y el uso del condón. Para llevarlo a cabo se aplicó el instrumento FIE-A de Betancourt, Andrade, González y Sánchez (en prensa) a 515 mujeres y 473 hombres de secundarias públicas de la Ciudad de México. Dicho instrumento mide las fortalezas externas comunicación y supervisión del padre, apoyo de la madre, supervisión de la madre, reglas en casa, amigos sin conductas de riesgo, amigos saludables, y las fortalezas internas responsabilidad, importancia de la salud, evitación de conductas de riesgo, toma de decisiones, resistencia a la presión de pares y religión.

Palabras clave: adolescencia, fortalezas internas y externas, desarrollo positivo y vida sexual.

Introducción

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se desarrollan y adquieren nuevas características: físicamente en la adolescencia la forma y tamaño del cuerpo cambia y se logra la capacidad de reproducción. Estos cambios corporales son bastante rápidos, por lo que a los adolescentes les cuesta adaptarse e identificarse con ellos. Cognitivamente se desarrolla el pensamiento abstracto, lo que les da la posibilidad de proyectarse a futuro y valorar las consecuencias de sus actos. Emocionalmente se dan experiencias de vida personales que llevan a concretar una identidad en los jóvenes. Socialmente disminuye la dependencia de la familia, y aumentan las relaciones con pares y adultos fuera del seno familiar. Todos estos cambios se dan en un periodo muy corto, por lo que los adolescentes se encuentran en una situación de crisis en el sentido de cambio, pues necesitan acomodarse a una situación nueva en el que todas sus estrategias de marco, sostén y adaptación pasan a ser cuestionadas (Pasqualini & Llorens, 2010).

Los cambios corporales y las cuestiones sociales y culturales influyen en la construcción de identidad en los jóvenes; la sexualidad en la adolescencia se potencia a partir de las nuevas sensaciones corporales (Pasqualini & Llorens, 2010).

En los adolescentes los sentimientos sexuales se manifiestan con fuerza: la actividad de sus genitales es demasiado intensa e incontrolable. Esto cambia paulatinamente ya que poco a poco van controlando sus impulsos y logrando un equilibrio entre deseos, afectos y respuestas espontáneas de su organismo (Rodríguez, Oliva, & Gil, 2007).

Se entiende que la conducta sexual de riesgo es la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o la de otra persona; en especial por la

posibilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual (ETS) y la infección por el VIH. Algunas conductas sexuales consideradas de riesgo del adolescente son: inicio temprano de la vida sexual, múltiples parejas y utilización inconsistente del condón (Lavielle et al., 2014).

El estudio de la vida sexual en el adolescente se ha centrado únicamente en aspectos negativos, por lo que será importante abordarla desde el enfoque del desarrollo positivo el cual enfatiza las características del desarrollo y los patrones de comportamiento de los jóvenes que conducen a resultados positivos. El desarrollo positivo se puede describir a partir de una serie de planteamientos clave: 1) los jóvenes que alcanzan su máximo potencial son menos propensos a experimentar problemas, 2) el apoyo y las oportunidades juegan un papel importante en el éxito de los jóvenes, 3) las comunidades son forjadoras críticas del desarrollo de un adolescente, y por último 4) que los adolescentes necesitan ser vistos como recursos eficientes y bajo una luz positiva (Heck & Subramaniam, 2009).

Para Benson (2007) el desarrollo tiene que ver con cómo están relacionados los múltiples niveles de organizaciones como: las relaciones sociales, las instituciones, la cultura y la historia, ya que éstas se fusionan en un sistema integrado. Así, las personas a través de su interacción dinámica con los contextos de su desarrollo, experimentan patrones y los ordenan a través del proceso de la auto-organización. Las teorías de la acción del desarrollo humano tratan de explicar estos procesos de regulación dual, en los que los organismos interactúan y alteran sus contextos de desarrollo, y los contextos de desarrollo interactúan con ellos y los alteran también.

Benson propone que fortalezas externas e internas pueden ser aplicadas universalmente, a pesar de que son expresadas y experimentadas de diferentes maneras a causa de la diversidad. El punto más fuerte de este modelo es la idea de que las fortalezas se mejoran cuando los contextos se configuran y organizan de formas específicas. Propone también que las fortalezas tienen un impacto acumulativo, es decir a mayor número de éstas menores comportamientos de riesgo.

El objetivo de este estudio fue identificar las fortalezas de los adolescentes ante el inicio temprano de su vida sexual y el uso del condón. Se aborda en primer término un marco teórico relacionado con el patrón de conducta sexual en los adolescentes y el modelo de fortalezas de Benson. Posteriormente se presenta la metodología que guió el proceso de investigación y por último se describen los resultados y la discusión de los mismos.

1. Sexualidad en la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como una etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años de edad; en esta etapa se desarrollan y adquieren nuevas características físicas, psicológicas, sociales, cognitivas y emocionales (OMS, 2016). Algunos autores dividen la adolescencia en dos etapas: la adolescencia precoz y la adolescencia intermedia. La adolescencia precoz comprende la pubertad y finaliza a los 15 años, este periodo es en el que el individuo sufre los principales cambios de la pubertad. La adolescencia intermedia está comprendida entre los 15 y 19 años, en ésta los cambios biológicos se completan y comienzan a aparecer los cambios en códigos morales y de autoridad, así como la experimentación sexual (Jiménez, Pintado, Monzón, & Valdés, 2009).

Es importante diferenciar entre la adolescencia y la pubertad pues no son lo mismo: la pubertad es un proceso biológico, mientras que la adolescencia es un proceso más amplio que incluye aspectos psicosociales. El ámbito social y el tipo de cultura son aspectos que tienen una gran influencia en los cambios y logros que se generen en esta etapa (Jiménez et al., 2009).

Físicamente en la adolescencia la forma y tamaño del cuerpo cambia y se logra la capacidad de reproducción. Estos cambios corporales son bastante rápidos, por lo que a los adolescentes les cuesta adaptarse e identificarse con ellos. Cognitivamente se desarrolla el pensamiento abstracto, lo que les da la posibilidad de proyectarse a futuro y valorar las consecuencias de sus actos. Emocionalmente se dan experiencias de vida personales que llevan a concretar una identidad en los jóvenes. Socialmente disminuye la dependencia de la familia, y aumentan las relaciones con pares y adultos fuera del seno familiar. Todos estos cambios se dan en un

periodo muy corto, por lo que los adolescentes se encuentran en una situación de crisis en el sentido de cambio, pues necesitan acomodarse a una situación nueva en el que todas sus estrategias de marco, sostén y adaptación pasan a ser cuestionadas (Pasqualini & Llorens, 2010).

Los cambios corporales y las cuestiones sociales y culturales influyen en la construcción de identidad en los jóvenes; la sexualidad en la adolescencia se potencia a partir de las nuevas sensaciones corporales (Pasqualini & Llorens, 2010).

La OMS (2016) afirma que:

La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida e incluye aspectos como el sexo, la identidad y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se puede experimentar y expresar a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones. La sexualidad está influenciada por las interacciones entre lo biológico, psicológico, social, económico, político, cultural, ético, legal, histórico, religioso y por factores espirituales. (pp. 28-31).

La sexualidad no se limita a un funcionamiento genital, pues incluye estilos de vida, roles sexuales y formas de relacionarse con el entorno. También el intercambio afectivo, comunicación, preocupación por las necesidades del otro, crecimiento mutuo, relación íntima, compromiso amoroso y creación de proyectos en común con la otra persona. La percepción sobre esto que tienen los adolescentes no siempre coincide con la de los adultos, pues el deseo en la adolescencia se despliega con toda su intensidad (Pasqualini & Llorens, 2010).

Existen diferencias en la sexualidad en todas las etapas de vida, los adultos tienen la capacidad de distinguir los deseos y sentimientos sexuales de otros sentimientos, mientras que en los adolescentes los sentimientos sexuales se manifiestan con fuerza: la actividad de sus genitales es demasiado intensa e incontrolable. Esto cambia paulatinamente ya que poco a poco van controlando sus impulsos y logrando un equilibrio entre deseos, afectos y respuestas espontáneas de su organismo (Rodríguez, Oliva, & Gil, 2007).

Para Corona y Funes (2015) comprender la sexualidad en la juventud implica distinguir los diferentes aspectos que la conforman:

Sexo biológico: está formado por el sexo cromosómico, sexo gonadal (los genitales externos e internos) y sexo hormonal (sistema nervioso central y autónomo). Generalmente se asigna con la apariencia de los genitales externos.

Identidad de género: es el autoreconocimiento y aceptación como varón o mujer; corresponde a la íntima conciencia, convicción y sentimiento de pertenecer a determinado género masculino o femenino, que se desarrolla a través de la incorporación de experiencias psíquicas y emocionales. Por lo general a los tres años, los niños se pueden identificar a sí mismos como hombres o mujeres y para los cuatro años se espera que la identidad de género sea estable. Cabe mencionar que la identidad de género puede o no coincidir con el sexo biológico, lo cual puede provocar estrés emocional de tener una identidad diferente a la del sexo de nacimiento. Muchos niños lo resuelven durante la adolescencia y otros mantienen y desean la transición al otro género; son denominados trans (transexual, transgénero).

Rol de género: constituye el conjunto de conductas que el individuo transmite a la sociedad, que son percibidas, como apropiadas para los hombres y las mujeres en función de normas

sociales que se tiene de la masculinidad y feminidad. Es decir la sociedad va determinando la manera en que se debe educar al niño, dirigiéndolo hacia una vida social aceptable como hombre y como mujer.

Orientación sexual: se clasifica en función del sexo de la persona y de la atracción sexual, emocional y erótica hacia el mismo sexo o hacia el contrario. Contempla la excitación física e interés emocional o amoroso y sexual que involucra fantasías, imaginación, sueños de contenido sexual o erótico.

Conducta sexual: es la forma de expresar los sentimientos sexuales, incluye: besos, caricias, masturbación, actos sexuales no penetrativos, sexo oral, vaginal y anal, sexo por teléfono, sexting (envío o recepción de mensajes de texto con contenido sexual explícito), sexo por chat y sexo virtual. La orientación sexual no está necesariamente relacionada a una conducta sexual específica.

Los cambios psicológicos afectan el contenido de los pensamientos, por lo que su capacidad de abstracción causa que el adolescente vea la vida de manera fantasiosa (Castillo & Benavides, 2012). Es por ello que la consolidación de una firme identidad positiva resulta de gran importancia en la formación del adolescente, el cual debe tener un sentido coherente de quién es, cuál es su sistema de valores y qué metas tiene en la vida (Vaillant, Dandicourt, & Mackensie, 2012).

Es importante que el adolescente tenga un conocimiento sexual basto, ya que esto permite un desarrollo personal. Este conocimiento se construye de tres componentes esenciales: conocimiento de sí mismo (conocimiento corporal, identidad de género, autoestima), conocimiento de las personas (orientaciones sexuales, ciclo de respuesta sexual,

anticoncepción) y las relaciones interpersonales (relaciones sexuales, de pareja, de poder, vínculos afectivos, amistad), los cuales están determinados por un contexto social que incluye normas y valores sociales y culturales; se definen por el tipo de contexto social, ya que hay aspectos que los limitan, como por ejemplo la religión (González & Pérez, 2010).

Tener una relación sexual en la adolescencia es prácticamente obligatorio en algunos contextos, ya que el adolescente mismo o sus pares lo hacen sentir anormal cuando no ha tenido esta experiencia; la comunicación sobre las experiencias sexuales es una constante entre los amigos, compañeros o vecinos, de tal manera que la iniciación sexual se convierte en el principal objetivo de los jóvenes para sentir que pertenecen a un grupo (Welti, 2005).

El iniciar una vida sexual tempranamente aumenta la probabilidad de seguir un patrón determinado de riesgo en su vida sexual, y así en edad adulta llegar a tener consecuencias en la salud reproductiva (enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, parto prematuro, etc.) (Kaestle & Halpern, 2005).

Es evidente que los jóvenes están expuestos a factores de riesgo a la salud como el consumo de tabaco, consumo de drogas, consumo de alcohol, accidentes, homicidios y suicidios. También deben enfrentarse a su vida sexual e intentar llevarla de una manera saludable, para así evitar embarazos no deseados o contagio de enfermedades de transmisión sexual (González, Rojas, Hernández, & Olaiz, 2004).

La salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos; es un componente esencial de la capacidad de los

adolescentes para transformarse en personas equilibradas, responsables y productivas dentro de la sociedad (ENSANUT, 2012).

Se entiende que la conducta sexual de riesgo es la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o la de otra persona; en especial por la posibilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual (ETS) y la infección por el VIH. Algunas conductas sexuales consideradas de riesgo del adolescente son: inicio temprano de la vida sexual, múltiples parejas y utilización inconsistente del condón (Lavielle et al., 2014).

En la adolescencia, el riesgo sexual es exacerbado por los cambios psicológicos (invulnerabilidad) y los mecanismos de afrontamiento defensivo (evasivo, fatalista y emotivo) comunes de esta etapa de desarrollo, mismos que influyen en la conducta sexual del adolescente, ya que no permiten oponerse de manera asertiva a una relación sexual sin protección. La iniciación temprana de una vida sexual en mujeres también se relaciona con un riesgo de infecciones de transmisión sexual, debido a que existe una predisposición biológica del cuello uterino inmaduro (Kaestle & Halpern, 2005).

La falta de conocimientos reales sobre temas como la promiscuidad, el cambio constante de pareja sexual, precocidad, menarquía temprana y características propias de la adolescencia, exponen a los adolescentes a un mayor riesgo de contraer ETS, de un embarazo no deseado o surgimientos de conductas violentas (Moldenhauer & Ortega, 2004). Los adolescentes generalmente reciben información acerca de lo sexual de amigos y algunas veces de padres y maestros poco informados (Higashida, 2005).

La falta de conocimiento sobre el uso correcto de métodos anticonceptivos es también una de las razones por la que los adolescentes se enfrentan a un riesgo. En México, las encuestas

disponibles indican que la gran mayoría de adolescentes han oído hablar sobre los métodos anticonceptivos pero que sus conocimientos son erróneos o incompletos, por ejemplo, el 31.6% no sabe cuánto tiempo después se debe tomar la pastilla de emergencia y el 18.7% de adolescentes no sabe qué hacer si olvida tomar una pastilla hormonal (Campero, Atiezo, Suárez, Hernández, & Villalobos, 2013).

Es más frecuente que las mujeres utilicen los servicios preventivos que los hombres, sin embargo esto no quiere decir que todas las mujeres lo hagan; suelen buscar ayuda por sus diversos malestares físicos y emocionales y, además, para una prevención de embarazo, ETS o abuso sexual. Los varones no suelen acudir a centros de salud más que en situaciones extremas. Se dice que los hombres tienen más parejas sexuales que las mujeres, pero ese hecho ha sido cuestionado en algunas culturas urbanas posmodernas (Pasqualini & Llorens, 2010).

La amplia diversidad de normas y oportunidades genera múltiples realidades sociales difíciles de atender bajo una única perspectiva social y de política pública, en especial para los adolescentes. Aspectos como las valoraciones de lo femenino y lo masculino, los significados atribuidos a la sexualidad y al cuerpo, la exposición a la tecnología de información y masiva, la organización de los sistemas de salud, y en general los aspectos sociales como educación, familia o empleo se vinculan directamente con la morbilidad sexual y reproductiva de los adolescentes (Campero et al., 2013).

1.1 Datos epidemiológicos de la conducta sexual en la juventud

El contraer una enfermedad de transmisión sexual o quedar embarazada en la juventud no condena a una persona al fracaso, sin embargo hace que las vías para el éxito sean menores

y más complicadas de atravesar (Holli, 2015). Según la OMS, la mayoría de los jóvenes suelen gozar de buena salud, sin embargo el consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia ponen en peligro esa buena salud, aumentando la mortalidad y morbilidad de los adolescentes (OMS, 2016).

Dentro de las principales causas de mortalidad en adolescentes se encuentra: el VIH, complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Se calcula que aproximadamente el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial corresponde a mujeres desde los 15 hasta los 19 años (OMS, 2016). Los adolescentes que no se perciben en riesgo no contemplan modificar las conductas sexuales riesgosas y consideran que la infección por VIH les puede ocurrir a otros pero no a ellos; se creen invulnerables (Castillo & Benavides, 2012).

Los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del SIDA en adolescentes son superficiales, por lo que esto no lleva a un cambio de actitud o conducta efectivo para que los jóvenes se protejan en todas y cada una de las relaciones sexuales. El 30% de personas portadoras de VIH en el grupo de edad de 20-29 años se contagió durante la adolescencia (Dávila, Tagliaferro, Bullones, & Daza, 2008).

Para ayudar a los países a evaluar y medir los comportamientos de factores de riesgo y protectores en adolescentes, se creó el proyecto de colaboración diseñado por la OMS “Encuesta Nacional de Salud a Escolares” (OMS, 2012). Dentro de la encuesta se encuentra el tema de comportamientos sexuales, que permite saber datos sobre cómo éstos contribuyen a la infección del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y a embarazos no deseados. Según esta encuesta de la OMS, en el 2012 las aplicaciones de los países que decidieron aplicarlas arrojaron los siguientes resultados (se debe tomar en cuenta que no

todos los países arrojaron los datos completos sobre sus encuestas u omitieron la aplicación de algunos módulos de ella):

En referencia al comportamiento sexual en la Región de las Américas se vio que en Argentina el 33.6% de estudiantes tuvo relaciones sexuales alguna vez en su vida, el 81% de ellos utilizaron preservativo en la última relación sexual, la edad promedio de inicio de la vida sexual es a los 13 años; se destaca el bajo uso de métodos anticonceptivos y preservativos en aquellos adolescentes que tuvieron relaciones sexuales. En Uruguay, el 28.5% reporta haber tenido relaciones sexuales y este promedio aumenta conforme la edad. La edad promedio de inicio de la vida sexual es de 16 años y hay un porcentaje alto de adolescentes que usan métodos anticonceptivos, siendo más hombres que mujeres los que han reportado usarlos; en este país los adolescentes utilizan más los métodos anticonceptivos para evitar el embarazo que para protegerse de enfermedades de transmisión sexual. En El Salvador, el 22.7% de los estudiantes reportaron haber tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 14 años de edad, y el porcentaje de estudiantes que utilizaron condón durante la última relación sexual fue del 71%. En Perú, el 46.7% de los encuestados reportaron haber tenido relaciones sexuales, de éstos el 53.9% las tuvo antes de los 14 años, sólo el 38.9% reportaron haber usado algún método anticonceptivo en su última relación. En Costa Rica, el 18.4% de los adolescentes reportaron haber tenido relaciones sexuales, el 54.8% de ellos las tuvo antes de los 14 años y el 64.7% reportaron haber usado condón en la última relación sexual.

En la región de África, los países que reportan datos sobre la conducta sexual en su población adolescente son Kenya, Zimbabwe, Tanzania y Malawi, de los cuales Kenya (33.8%) y Malawi (22.9%) tienen el mayor porcentaje de jóvenes que han tenido relaciones sexuales. En promedio estos jóvenes comienzan su vida sexual activa antes de los 15 años. En Kenya

sólo el 42.1% reportó haber usado condón en la última relación sexual, en Zimbabwe sólo el 1.9%, Tanzania reporta un 4.9% de estudiantes que usaron condón en su última relación sexual, y en Malawi el 65.8% de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales usaron condón en la última relación sexual.

En la región de Europa, únicamente dos países arrojaron los resultados de esta encuesta: La ex República Yugoslava de Macedonia con un porcentaje de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales alguna vez en su vida de 8.9%, el 4.6% de ellos tuvo dos o más parejas sexuales y el 78.0% usaron condón en la última relación sexual; y Tajikistan con un porcentaje de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales de 13.8%, el 2.2% de ellos tuvieron dos o más parejas sexuales y el 57.7% de ellos usó condón en la última relación sexual.

En la región del Mediterráneo Oriental, países como Yemen, Egipto, Afganistán, Iraq, Marruecos y Sudán, no aplicaron los módulos de la encuesta correspondientes al comportamiento sexual, por lo que no se tienen datos sobre si los adolescentes mantienen o no relaciones sexuales, el número de parejas si es que han tenido y el uso de métodos anticonceptivos. El no saber sobre la conducta sexual de los adolescentes de esta región no permite que se tomen medidas de protección para los adolescentes en este tema.

En la región del Pacífico Occidental, sólo hay datos de países como Mongolia que reportó un 10% de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, el 58.9% de ellos las tuvieron antes de los 14 años y sólo el 48.1% usaron condón en su última relación sexual. En Fiji 15.6% de adolescentes tuvieron relaciones sexuales, de éstos el 54.3% las tuvo antes de los 14 años y el 45.6% usó condón en la última relación sexual. En Camboya y Vietnam únicamente se

reportó el porcentaje de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, el cual fue de 13% y 3.6% respectivamente.

Por último, en la región de Asia Sudoriental sólo existen datos de ciertos países. Tailandia presentó un porcentaje de 14.9% de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales, de ellos el 62.1% reportó haberlas tenido antes de los 14 años y el 62.4% usó condón en su última relación sexual. Indonesia indicó que el 5.4% de estudiantes tuvo relaciones sexuales, de los cuales el 83% iniciaron su vida sexual activa antes de los 14 años de edad y sólo el 34.3% usó condón en la última relación sexual. En Bangladesh el 10% de los estudiantes encuestados reportó haber tenido relaciones sexuales, el 46.8% de ellos las tuvo antes de los 14 años, y el 59.4% usó condón en su última relación sexual.

En América Latina los jóvenes saben poco o nada sobre sexualidad y reproducción, carecen de información suficiente sobre los métodos anticonceptivos y se enfrentan a grandes obstáculos al intentar acceder a ellos, también tienen dificultades para adoptar medidas de protección en sus prácticas sexuales, por lo que quedan expuestos a contraer alguna enfermedad de transmisión sexual o a un embarazo no deseado (Pasqualini & Llorens, 2010).

En México casi 1 de cada 5 personas tiene entre 10 y 19 años, esto significa que en el país viven 22.4 millones de adolescentes. Según la encuesta del Consejo Nacional de Población (CONAPO) de Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva en Entidades Federativas 2014, no existe una diferencia significativa en la edad de inicio de actividad sexual, pues en todas las entidades la edad promedio es de aproximadamente 17.7 años.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos se estima que en promedio comienzan a usarlos a los 21.9 años, esto implica que pasan al menos 4 años de mantener una vida sexual sin

protección, haciendo más propenso el contagio de enfermedades de transmisión sexual y embarazos tempranos. El anticonceptivo más usado en la República Mexicana es el condón con un 84.5%. Las principales razones por las que las adolescentes no se protegen al tener relaciones sexuales son que querían quedar embarazadas, no conocían métodos anticonceptivos, no planeaban tener relaciones sexuales y porque no creyeron que podían quedar embarazadas (CONAPO, 2014).

Entre los estados que reportan un mayor uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual de los adolescentes, se encuentra en primer lugar Quintana Roo con un 70%, seguido de estados como Chihuahua con 68.7%, Baja California Sur con 68.6%, Querétaro con 67.9% y Tlaxcala con 67.3%. Por otro lado los estados que reportan menor uso de anticonceptivos en la primera relación sexual son en primer lugar Chiapas con 19.8%, seguido de Oaxaca con 39.1%, Zacatecas con 41.5%, Michoacán con 42.5%, Guerrero con 42.8%, Tabasco 44.2% e Hidalgo con 47.5% (CONAPO, 2014). En México del total de nacimientos registrados en 2012, el 19.2% corresponden a mujeres adolescentes (Villalobos, Campero, Suárez, Atiezo, Estrada & De la Vara, 2015).

En cuanto a la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva, los estados que reportan un aumento de ella son Tlaxcala 4.4%, Estado de México 3.9%, Tabasco con 2.6%, Veracruz con 2.5% y Morelos con 2.4%. Los estados que disminuyeron considerablemente la participación masculina son Guanajuato y Zacatecas con 4.1%, Distrito Federal con 3%, Colima con 2.7% e Hidalgo con 2.3% (CONAPO, 2014).

En México hay un importante registro de casos de VIH en la población entre 15 y 19 años de edad donde se reportan 2744 casos acumulados de SIDA, entre el 2002 y 2011, de un total

de 149,883 casos (1.8%), siendo la vía sexual la principal forma de transmisión (Campero et al., 2013). El uso inconsistente e incorrecto del condón masculino en las relaciones sexuales es la causa del 94.1% de los casos de SIDA reportados en México por CENSIDA hasta el 2013. Aunado a lo anterior, existe una dinámica socio-cultural como los valores asociados a la búsqueda de placer sexual y valores machistas presentes en nuestro contexto que acentúan el problema de las relaciones sexuales desprotegidas, en el sentido de que para los adolescentes hombres y mujeres es más importante evitar un embarazo que contraer alguna ETS (Uribe, Aguilar, Zacarías, & Aguilar, 2015).

El embarazo adolescente en México tiene una alta incidencia y múltiples consecuencias, entre las que se puede mencionar la deserción escolar. ENSANUT en el 2006 reportó que la tasa de embarazo en adolescentes entre 12 y 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. El asumir responsabilidades en momentos inadecuados y abordar con actitudes de la adolescencia la maternidad, provoca un desequilibrio y crisis físicas, emocionales y sociales. Entre las consecuencias psicológicas de un embarazo a temprana edad se encuentran: represión, restricciones, sensación de aprisionamiento y disfuncionalidad en el seno familiar (Secretaría de Educación Pública, 2012).

En la Ciudad de México la edad promedio de la primera relación sexual en el 2009 fue de 18.3 años, mientras que en el 2014 fue de 17.8 años, lo que significa que en este periodo, conforme pasó el tiempo la edad de inicio fue disminuyendo. La edad promedio del uso del primer método anticonceptivo es a los 22.2 años, lo que nuevamente implica que la población adolescente pasa aproximadamente entre 3 y 4 años teniendo relaciones sexuales sin protección.

En referencia al uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, se reporta que el 64.6% usó alguno. Las principales razones de no uso de método en la primera relación sexual para las adolescentes son: no conocía algún método anticonceptivo 43.1%, quería embarazarse 34.1%, no creyeron que podrían quedar embarazadas 11.2%, y no planeaba tener relaciones sexuales 9.9%. En la Ciudad de México el mayor porcentaje de embarazo no planeado o no deseado se encuentra entre las mujeres entre 15 y 19 años de edad con un 73.9% (CONAPO, 2014).

En relación con los estudiantes en la Ciudad de México, Fleiz et al. (1999) realizó una investigación con una bimuestra aleatoria (n=10,173 de estudiantes de enseñanza media y media superior del ciclo escolar 1997-1998), utilizó un instrumento con 10 indicadores. Esta investigación arrojó que el 18.4% ha tenido relaciones sexuales. El promedio de edad de la primera relación sexual fue a los 14 años en los hombres y a los 15 años en mujeres. El 77% de los que han tenido relaciones usan anticonceptivos, los más utilizados son el condón (60.9%).

En México la educación sexual ha carecido de una visión integral, pues se ha privilegiado la difusión de información sobre la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, pero no de información sobre una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, tomando en cuenta la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos (Campero et. al. 2013).

Los prejuicios y la negación de la sexualidad provocados por el rechazo social frente a la sexualidad en adolescentes, hace deficiente el que puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos con responsabilidad. A esto se suma una falta de comprensión de lo que es la

sexualidad, así como la falta de comunicación entre padres y madres con sus hijos/hijas (Gobierno de la República, 2014).

El adolescente debe dirigir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambios en sus sentimientos sexuales, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los conocimientos necesarios para impedir conductas sexuales de riesgo dentro de un contexto sociocultural concreto (Jiménez et al., 2009).

2. Desarrollo Positivo de los jóvenes

Una de las transiciones evolutivas más trascendentes del ciclo vital es la adolescencia. En esta etapa los cambios físicos, la expansión del pensamiento, la creciente capacidad de exploración, el autodescubrimiento y la autonomía son aspectos que conectan al niño con su sí mismo adulto transformado en el plano físico, cognitivo y social. Socialmente los cambios en la adolescencia requieren una modificación en su rol, en cómo se ven a sí mismos, cómo ven al mundo y cómo son vistos por otras personas. Por esto la adolescencia es una etapa que implica tomar decisiones y elaborar planes a futuro (Martínez, 2007).

Siguiendo la idea de Martínez (2007) a medida que los adolescentes van creciendo se vuelven más activos en seleccionar los ambientes en los que se desenvuelven y en las decisiones que toman respecto de su comportamiento y metas a futuro; las elecciones que llegan a tener en estos ámbitos generan consecuencias negativas o positivas en su vida posterior. Las elecciones a corto plazo en la adolescencia pueden llegar a evolucionar en patrones de comportamiento estables o estilos de vida, por lo que influirán en la calidad del desarrollo. De esta manera, la adolescencia incluye tanto procesos de plasticidad como de consolidación de ciertos patrones de comportamiento.

La autonomía que surge en la adolescencia permite seleccionar amistades y ambientes sociales que sean compatibles con ideas e intereses. Su madurez física, social y cognitiva le permite al adolescente influir en los ambientes en los que interactúa. Así, los cambios biológicos, cognitivos y sociales se vuelven oportunidades de crecimiento que permiten crear nuevas relaciones sociales, nuevos intereses y nuevos comportamientos.

Para muchos adolescentes esta etapa puede representar la oportunidad de encaminarse a una vida competente y productiva o la oportunidad de prevenir un futuro negativo; en ambos casos el promover conductas positivas en los adolescentes tiene beneficios duraderos.

La psicología del desarrollo ha descuidado lo positivo, se sabe mucho sobre la psicopatología del desarrollo, pero realmente no se tiene mucha noción sobre los caminos que siguen las personas que logran un desarrollo positivo y que logran convertirse en adultos productivos, motivados, sociales y con buena estabilidad emocional y psicológica, se carece de una psicología aplicada y rigurosa sobre cómo promover el desarrollo positivo juvenil (Larson, 2000). Los temas de investigación más comunes de la adolescencia, los programas de intervención dirigidos a esta etapa y las imágenes difundidas en los medios de comunicación sobre el desarrollo adolescente, se centran frecuentemente en los “comportamientos problema” de los jóvenes. En respuesta a las imágenes negativas que se tienen del adolescente, la investigación se ha limitado a las frecuencias de comportamientos negativos y subestima la participación de los jóvenes en actividades positivas y productivas. Por esto, en los últimos años el interés por identificar las condiciones que favorecen un desarrollo saludable en los adolescentes ha aumentado (Martínez, 2007).

Aunque pueda parecer que el enfoque del desarrollo positivo de los jóvenes (PYD, por sus siglas en inglés) contradice las ideas que se centran las conductas de riesgo de los adolescentes, en realidad es complementario a éstas, ya que reducir y prevenir los déficits y problemas de conducta y promover el desarrollo y competencia son caminos paralelos (Oliva et al., 2008).

Como señalan Lerner, Fisher y Weinberg (2000), prevenir los problemas entre los jóvenes no significa que ellos sean incapaces de contribuir de forma saludable y positiva a la familia y a la sociedad. El que los adolescentes cuenten con altos niveles de satisfacción permite que tengan una mayor capacidad de afrontamiento, un autoconcepto positivo, perspectivas del futuro y tendencias a participar en actividades significativas de contenido prosocial. El desarrollo positivo promueve comportamientos adaptativos y la adquisición de competencias, también busca reducir comportamientos de riesgo y actitudes negativas en los adolescentes (Martínez, 2007).

El enfoque del desarrollo positivo enfatiza las características del desarrollo y los patrones de comportamiento de los jóvenes que conducen a resultados positivos. El desarrollo positivo se puede describir a partir de una serie de planteamientos clave: 1) los jóvenes que alcanzan su máximo potencial son menos propensos a experimentar problemas, 2) el apoyo y las oportunidades juegan un papel importante en el éxito de los jóvenes, 3) las comunidades son forjadoras críticas del desarrollo de un adolescente, y por último 4) que los adolescentes necesitan ser vistos como recursos eficientes y bajo una luz positiva (Heck & Subramaniam, 2009).

Una visión positiva de la infancia y la adolescencia parte de contextos favorables y de un compromiso activo con la sociedad, pues esto va transformando y manteniendo positivamente su desarrollo, pues desde la infancia los niños y niñas muestran una predisposición natural a la empatía y a la conducta prosocial. El desarrollo positivo hace énfasis en conducir a los adolescentes al descubrimiento de su mejor yo, el objetivo no es hacer un apoyo “perfecto” sino un apoyo eficaz (Marina, Rodríguez, & Lorente, 2015).

A través de conversaciones con otros, los jóvenes se hacen conscientes de sus conocimientos, habilidades y valores que les ayudarán a abrirse camino en un mundo complejo, entendiendo así que los jóvenes son “productores” de su propio desarrollo. Esta profunda complejidad lleva a que los jóvenes afronten una variedad de desafíos bio-psico-socio-culturales (Larson & Tran, 2014). A esto se le suma que la población adulta no reconoce estos desafíos del desarrollo como reales, ya que se sostiene la imagen de la adolescencia como un periodo de dificultades generalizadas, por lo que la comprensión de éstos es limitada para los adolescentes.

Una adecuada transición a la adultez requiere de algo más que la evitación de algunos comportamientos como la violencia, el consumo de drogas o las prácticas sexuales de riesgo, así el desarrollo positivo adopta una perspectiva centrada en el bienestar, pone énfasis en la existencia de condiciones saludables y expande el concepto de salud para incluir las habilidades, conductas y competencias necesarias para tener éxito en la vida social, académica y profesional (Oliva et al., 2011).

El desarrollo positivo implica que los adolescentes posean un conjunto de habilidades y disposiciones, las cuales incluyen destrezas para entender y abordar los desafíos de la vida cotidiana. Los jóvenes deben desarrollar respuestas prácticas como: habilidades para cambiar códigos, aprender a adaptarse a las distintas reglas y valores asociados a diferentes contextos de manera consciente (Larson & Tran, 2014).

Existen tres elementos cruciales que influyen en la iniciativa de los adolescentes, una es la motivación intrínseca, que es la experiencia de realizar una actividad e involucrarse en ella, conlleva pensamientos y acciones que uno mismo decide llevar a cabo. Otro elemento es la

participación concertada en el medio ambiente, lo cual involucra reglas, restricciones y desafíos que son parte de la realidad externa. El tercer elemento que influye en la iniciativa de los adolescentes es el arco temporal en el que realiza el esfuerzo dirigido a un objetivo, este incluye contratiempos, re-evaluaciones y ajuste de estrategias. La iniciativa no es sólo empezar a realizar un proyecto o idea, sino adherirse a él para lograr alcanzar una meta. La adolescencia es un momento idóneo para desarrollar la iniciativa, pues en esta etapa también existe la adquisición de razonamiento hipotético-deductivo o formal operativo (Larson, 2000).

Existen dos grandes programas de intervención en el modelo del desarrollo positivo: a) contexto escolar y b) las actividades fuera del horario escolar. Las escuelas que funcionan como verdaderas promotoras del desarrollo positivo, ayudan a los adolescentes a establecer vínculos personales positivos con el profesorado que sean contruidos a través de una relación afectuosa y sostenida. Crean un entorno positivo que representa un clima afectuoso (cercanía y calidez) y seguro en el centro educativo (normas y límites claros). También brindan una oferta de oportunidades positivas para el desarrollo de competencias en los chicos y chicas adolescentes, que dé la posibilidad de participación y liderazgo en actividades grupales (Oliva et al., 2008).

Heck y Subramaniam (2009) hicieron una revisión literaria dentro del enfoque del desarrollo positivo en donde existen diferentes modelos, uno de ellos es el “Enfoque de habilidades para la vida”, éste fue desarrollado por Patricia Hendricks en la Universidad de Iowa, el cual se basa en el desarrollo de la juventud, resiliencia y evaluación de programas. Se centra en las habilidades de vida que los jóvenes adquieren durante su desarrollo.

Otro modelo que se puede mencionar es el “Modelo de fortalezas”: El Search Institute de Minnesota propuso una teoría del desarrollo adolescente centrada en la resiliencia, enfocándose en los éxitos de los jóvenes en vez de en sus fracasos, es decir dirige la atención hacia las fortalezas tanto intrínsecas como extrínsecas que los jóvenes poseen, con la creencia de que al aumentar éstas no sólo se fomenten resultados positivos que eviten problemas de comportamiento a jóvenes, sino que son necesarias para desarrollar adultos jóvenes prósperos.

El modelo de “Los cuatro elementos esenciales” (4H) menciona cuatro aspectos: el sentido de pertenencia, dominio de habilidades, generosidad e independencia, los cuales fueron llamados originalmente como “Círculo del coraje” por Brendtro. Son identificados en el 4H como los elementos esenciales de desarrollo adolescente, necesarios para el crecimiento de los jóvenes. El modelo de centra en la resiliencia y el desarrollo positivo de los adolescentes.

El “Modelo de las 5 Cs” del desarrollo adolescente, busca identificar las características que permiten que los jóvenes prosperen; ha sido desarrollado a lo largo de varios años con contribuciones significativas de diversos investigadores, como son Pittman, Lerner y Fisher. Este modelo propone una lista de estas características, las cuales son: competencia (éxito en la vida social, cognitiva y vocacional), confianza (autoestima, identidad y expectativas del futuro), conexiones (relaciones con los demás y con escuelas y otras instituciones), carácter (autocontrol, comportamientos positivos, respeto a normas, moralidad) y comprensión y compasión (empatía con otros).

Por último se puede mencionar el “Modelo de acción de la comunidad para el desarrollo adolescente”, fue desarrollado por James Connell y Michelle Gambone con el objetivo de

proporcionar una herramienta a profesionales y académicos que estudian el desarrollo adolescente. El modelo incluye cinco componentes que siguen una secuencia lógica y que se construyen uno sobre otro: 1. Desarrollar la capacidad de la comunidad para el cambio, 2. Implementar estrategias comunitarias para mejorar los apoyos y oportunidades, 3. Aumentar el apoyo y oportunidad para jóvenes, 4. Mejorar los resultados del desarrollo enseñando a los adolescentes a ser productivos, a conectarse y aprender cosas nuevas, y 5. Mejorar los resultados a largo plazo en la edad adulta, como la autosuficiencia económica, buenas relaciones sociales y familiares y la participación en la comunidad.

Por último se describe de manera más amplia el modelo de fortalezas del desarrollo propuesto por Benson, ya que fue la base de esta investigación. Se basa en tres constructos teóricos, 1) las fortalezas del desarrollo que identifican una amplia gama de recursos ambientales e interpersonales, las cuales mejoran los resultados educativos y de salud para niños y adolescentes. 2) La comunidad que crea el entorno necesario para la construcción de fortalezas en niños y adolescentes, de una manera constante y equitativa. Por último, 3) la sociedad crea fortalezas a partir de normas sociales, políticas públicas y medios de comunicación, que actúan a nivel individuo, sistema y comunidad. Este modelo asume que estos tres aspectos están relacionados de una manera dinámica (Benson, 2007).

El objetivo de este modelo es generar dentro de las comunidades conocimientos y estrategias para fortalecer la infraestructura del desarrollo, la cual tiene que ver con patrones, ritmos y flujo de la atención de la comunidad a las necesidades de desarrollo. Es decir que se plantea el acceso a experiencias como el apoyo, la participación, empoderamiento, pertenencia, afirmación, establecimiento de límites, estructura y conexión, los cuales se basan en cómo

los ciudadanos y sistemas de socialización identifican y usan sus capacidades relacionales (Benson, 2007).

El modelo plantea que hay tres tipos de apoyo y conexión que son predictores de resultados para la salud del adolescente: las relaciones que mantienen los adolescentes con los adultos fuera de la familia, la introducción en vecindarios donde adultos interactúan con niños y adolescentes y el compromiso empático y de apoyo en las escuelas (Benson 2007).

Benson (2007) elaboró este modelo por el surgimiento de cambios sociales que alteran el acceso de los jóvenes a los recursos del desarrollo, por lo cual propuso que los cambios sociales debilitan la capacidad de la familia y la comunidad para generar estos recursos. Resalta el aumento de la ausencia de los padres debido a los cambios en las condiciones laborales actuales, la pérdida de ideales compartidos sobre los objetivos del desarrollo, la disminución de la cohesión vecinal y la prevalencia de estereotipos negativos sobre los jóvenes. Estos factores interrumpen y debilitan la formación y estabilidad de las relaciones y actividades necesarias para el crecimiento psicológico.

Para que una sociedad sea sana se requiere la movilización de redes sociales y normas sociales, para buscar objetivos compartidos y fomentar la participación ciudadana para construir y ser una comunidad. La transmisión de valores y normas, la prestación de apoyo, el establecimiento de límites en el comportamiento y la promoción de pertenencia y empoderamiento, dependen de la presencia de adultos consistentes (Benson, 2007).

La investigación en la psicología del desarrollo ha sido dominada por el déficit, el pensamiento de riesgo, la patología y sus síntomas, por lo que Benson menciona que los activos del desarrollo se diseñaron para replantear los objetivos y las vías del desarrollo

humano con base en imágenes de fuerza y potencial. De este modo busca equilibrar ambos paradigmas para que haya una reducción del déficit y una generación de activos dentro de las comunidades.

Para Benson (2007) el desarrollo tiene que ver con cómo están relacionados los múltiples niveles de organizaciones como: las relaciones sociales, las instituciones, la cultura y la historia, ya que éstas se fusionan en un sistema integrado. Así, las personas a través de su interacción dinámica con los contextos de su desarrollo, experimentan patrones y los ordenan a través del proceso de la auto-organización. Las teorías de la acción del desarrollo humano tratan de explicar estos procesos de regulación dual, en los que los organismos interactúan y alteran sus contextos de desarrollo, y los contextos de desarrollo interactúan con ellos y los alteran también.

El desarrollo positivo se produce por la unión de una persona activa, comprometida y competente con ambientes receptivos, de apoyo y de crianza, es decir la fusión de activos externos con internos. Las consecuencias se pueden observar tanto a nivel individual como social, entre éstas se encuentran el progreso individual de la persona y la reducción de comportamientos que comprometen la salud. Benson sugiere que este principio de fortalezas acumuladas se generalice a diversas formas de comportamiento, desde la prevención de conductas de alto riesgo hasta la mejora de los resultados positivos.

Benson (2007) propone que estas fortalezas (externas e internas) pueden ser aplicadas universalmente, a pesar de que son expresadas y experimentadas de diferentes maneras a causa de la diversidad. El punto más fuerte de este modelo es la idea de que las fortalezas se mejoran cuando los contextos se configuran y organizan de formas específicas. Propone

también que las fortalezas tienen un impacto acumulativo, es decir a mayor número de éstas menores comportamientos de riesgo.

Siguiendo la idea de que existe una interacción entre la persona y su contexto, se proponen tres factores que combinados generan fortalezas del desarrollo, lo que aumenta la probabilidad de una regulación adaptativa del desarrollo:

1. Aumentar la capacidad de los contextos de nutrir, apoyar y desafiar constructivamente a la persona en desarrollo.
2. Mejorar las habilidades y competencias de los jóvenes, lo cual quiere decir que su capacidad natural se involucrará, se conectará, cambiará y aprenderá de sus contextos sociales.
3. Crear oportunidades para que los jóvenes interactúen activamente con sus contextos sociales y así poder cambiarlos.

Benson (2007) propuso 40 fortalezas, los cuales se agrupan en 20 fortalezas externas (aspectos ambientales, contextuales y relacionales de los sistemas de socialización) y 20 fortalezas internas (habilidades, competencias y compromisos), a su vez las fortalezas externas incluyen 4 categorías: apoyo, empoderamiento, límites y expectativas y, uso constructivo del tiempo; del mismo modo las fortalezas internas se clasifican en: compromiso con el aprendizaje, valores positivos, competencias sociales y la identidad positiva (Tabla 1).

Tabla 1

Fortalezas externas

Fortaleza	Definición
Apoyo	
1. Apoyo familiar	La vida familiar brinda altos niveles de amor y apoyo.
2. Comunicación familiar positiva	El joven y sus padres se comunican positivamente. Los jóvenes están dispuestos a buscar consejo y consuelo en sus padres.
3. Otras relaciones con adultos	Además de sus padres, los jóvenes reciben apoyo de tres o más personas adultas que no son sus padres.
4. Una comunidad comprometida	El joven experimenta el interés de sus vecinos por su bienestar.
5. Un plantel educativo que se interesa por el joven	La escuela proporciona un ambiente que anima y se preocupa por la juventud.
6. La participación de los padres en las actividades escolares	Los padres participan activamente ayudando a los jóvenes a tener éxito en la escuela.
Empoderamiento	
7. La comunidad valora a la juventud.	El joven percibe que los adultos en la comunidad valoran a la juventud
8. La juventud como un recurso	Los jóvenes toman un papel en la comunidad.
9. Servicio a los demás	La gente joven participa brindando servicios a su comunidad una hora o más a la semana
10. Seguridad	Los jóvenes se sienten seguros en su casa, en la escuela, y en el vecindario.
Límites y expectativas	
11. Límites familiares	La familia tiene reglas y consecuencias bien claras, además vigila las actividades de los jóvenes.
12. Límites escolares	En la escuela proporcionan reglas y consecuencias bien claras sobre sus acciones.

13. Límites vecinales	Los vecinos asumen la responsabilidad de vigilar el comportamiento de los jóvenes.
14. El comportamiento de los adultos como ejemplo	Los padres y otros adultos tienen un comportamiento positivo y responsable. Los mejores amigos del joven son un buen ejemplo de comportamiento responsable.
15. Compañeros como influencia positiva	Los mejores amigos del joven son un buen ejemplo de comportamiento responsable
16. Altas expectativas	Ambos padres y maestros motivan a los jóvenes para que tengan éxito.
Uso constructivo del tiempo	
17. Actividades creativas	Los jóvenes pasan tres horas o más a la semana en lecciones de música, teatro u otras artes.
18. Programas juveniles	Los jóvenes pasan tres horas o más a la semana practicando algún deporte, o en organizaciones en la escuela o de la comunidad
19. Comunidad religiosa	Los jóvenes pasan una hora o más a la semana en actividades organizadas por alguna institución religiosa
20. Tiempo en la casa	Los jóvenes conviven con sus amigos "sin nada especial que hacer" dos noches o menos por semana.

Adaptada de Developmental assets: an overview of theory, research and practice. Approaches to positive youth development. Benson, 2007.

Tabla 2

Fortalezas Internas

Fortaleza	Definición
Compromiso con el Aprendizaje	
21. Motivación para sus logros	El joven es motivado para que salga bien en la escuela

22. Compromiso hacia la escuela	El joven participa activamente en el aprendizaje
23. Tarea	El joven afirma hacer tarea escolar por lo menos durante una hora cada día de clases
24. Preocuparse por la escuela	A el joven le importa su escuela
25. Leer por placer	El joven lee por placer tres horas o más por semana

Valores Positivos

26. Preocuparse por los demás	El joven valora ayudar a los demás
27. Igualdad y justicia	Para el joven tiene mucho valor el promover la igualdad y el reducir el hambre y la pobreza
28. Integridad	El joven actúa con convicción y defiende sus creencias.
29. Honestidad	El joven "dice la verdad aun cuando esto no sea fácil"
30. Responsabilidad	El joven acepta y toma responsabilidad por su persona
31. Abstinencia	El joven cree que es importante no estar activo sexualmente, ni usar alcohol u otras drogas.

Capacidad Social

32. Planificación y toma de decisiones	El joven sabe cómo planificar y hacer elecciones.
33. Capacidad interpersonal	El joven tiene empatía, es sensible y hábil para hacer amistades
34. Capacidad cultural	El joven tiene conocimiento y sabe convivir con gente de diferente marco cultural, racial o étnico.
35. Habilidad de resistencia	El joven puede resistir la presión negativa de los compañeros así como las situaciones peligrosas.
36. Solución pacífica de conflictos	El joven busca resolver los conflictos sin violencia.

Identidad Positiva

37. Poder personal	El joven siente que tiene el control de "las cosas que le suceden"
38. Autoestima	El joven afirma tener una alta autoestima

39. Sentido de propósito	El joven afirma que "su vida tiene un propósito"
40. Visión positiva del futuro personal	El joven es optimista sobre su futuro.

Adaptada de Developmental assets: an overview of theory, research and practice. Approaches to positive youth development. Benson, 2007.

Las fortalezas externas como la familia son importantes ya que los adolescentes van a seguir beneficiándose de tener apoyo y afecto por parte de sus padres, lo que da como resultado un mejor ajuste psicosocial, que incluye confianza en sí mismo, competencias conductuales y académicas y autoestima. Una comunicación positiva entre adolescentes y sus padres está vinculada con una mayor satisfacción familiar y un menor número de conflictos, así como facilita una unión familiar y formas más eficientes de resolver situaciones difíciles (Oliva, 2015).

Para Oliva (2015) la supervisión y el establecimiento de normas y límites por parte de los padres se vuelven estrategias socializadoras para los adolescentes. El escaso control parental se relaciona con conductas de riesgo como un pobre rendimiento académico, consumo de drogas, alcohol y tabaco, una conducta sexual de riesgo, violencia y un pobre desarrollo social.

Los padres que promueven la autonomía en sus hijos lo hacen más individualizados y con un mejor ajuste y competencia social, así los intercambios verbales estimulan el desarrollo cognitivo y la capacidad para adoptar diferentes perspectivas. Al contrario de esto, los padres que no aceptan la individualidad de sus hijos suelen reaccionar negativamente ante muestras de pensamiento independiente, limitado e impidiendo su desarrollo personal.

El clima escolar implica aspectos como la seguridad y la calidad de relaciones entre compañeros, alumnos y profesores. Las buenas relaciones entre el profesorado contribuyen a una organización saludable. El sentido de pertenencia es un factor implicado en la adaptación escolar: para los alumnos implica qué tanta motivación y compromiso tienen con sus estudios, y para el profesorado qué tan satisfechos y vinculados se sienten con la escuela, lo que termina incidiendo sobre el alumnado.

La existencia de normas claras y de valores en la escuela da a los adolescentes una estructura y seguridad, lo que facilita la autorregulación de su comportamiento y ajuste a las exigencias del entorno escolar. Fomentar la participación y el empoderamiento en los alumnos permite que desarrollen competencias y responsabilidades derivadas de la toma de decisiones.

Los recursos institucionales se refieren a la diversidad de servicios comunitarios que satisfacen algunas necesidades de los jóvenes, por ejemplo, bibliotecas, centros deportivos, actividades culturales, servicios de salud o parques públicos, lo que facilita un desarrollo más positivo en los adolescentes.

Este campo emergente del desarrollo adolescente pone especial atención en expandir el concepto de salud para incluir el tipo de habilidades, comportamientos y competencias que se requieren para tener una vida exitosa. Así mismo, busca incluir a “todos los niños” como una estrategia dentro de las comunidades, para que éstas unan sus recursos de desarrollo coherentemente a largo plazo para promover el desarrollo de fortalezas en los adolescentes (Benson, 2007).

Cuando el modelo de fortalezas se usa como lente para analizar el desarrollo juvenil en una comunidad, invita a la conversación profunda, reflexiva y crítica de cómo es la vida

comunitaria. Así se busca que las comunidades comprendan no sólo el término “libre de problemas”, sino también el término “rico en fortalezas”.

El papel de las comunidades es dirigir el flujo de energía de desarrollo positivo para cumplir con tres objetivos: acumulación vertical (en la que los jóvenes desarrollan muchas fortalezas), apilamiento horizontal (los jóvenes dentro de múltiples contextos y amplitud de desarrollo experimentan la acumulación de fortalezas) y el alcance de la energía de generación de activos para niños y adolescentes (no sólo para niños considerados en riesgo, sino como un servicio de prevención universal) (Benson, 2007).

El interés por el uso del modelo de desarrollo positivo propuesto por Benson en esta investigación surge porque en México hay pocos datos con un enfoque positivo sobre los adolescentes y su desarrollo. Ya que este modelo se basa en las fortalezas de los jóvenes, se busca que tengan el interés por llevar una vida más sana. También se busca generar el desarrollo en los procesos de investigación de la adolescencia, dando alternativas de estudio a los modelos de riesgo.

Como lo propone Benson, se busca que la comunidad comprenda que el desarrollo adolescente es influido por ella, y que el incluir a los jóvenes en las actividades comunitarias beneficiará la obtención de fortalezas para ellos. También se busca hacer esta conciencia en los ambientes escolares y en la población adulta en general.

3. Factores que influyen en el desarrollo del adolescente

Se entiende por factores de riesgo a las acciones que involucran un peligro para el bienestar del joven o que generan consecuencias negativas para su salud o que se encuentre comprometido su desarrollo. Por el contrario, un factor protector son las condiciones que favorecen el desarrollo de los jóvenes.

3.1. Factores Contextuales

3.1.1. Familia

A partir de la pubertad se dan cambios relacionales entre padres e hijos lo cual representa una perturbación del sistema familiar, es decir, se torna inestable. Así, incluso en las familias en donde las relaciones se caracterizaron por la comunicación, apoyo y afecto mutuo comenzarán a aparecer situaciones de hostilidad y conflicto. Algunas de las causas que provocan esta perturbación son los cambios hormonales en el adolescente, los cambios a nivel cognitivo, la desidealización de los padres y el aumento de tiempo que pasan los jóvenes con el grupo de iguales (Oliva, 2006).

La influencia de la familia trasciende a las relaciones del adolescente con sus iguales. La escasa presencia o accesibilidad de los padres se asocia a una mayor tendencia a relacionarse con iguales conflictivos y realizar conductas de riesgo o de carácter antisocial. Algunos ambientes familiares favorecen las conductas de riesgo en los jóvenes sin darse cuenta, por ejemplo, la existencia de normas específicas que prohíben sólo el uso de drogas ilegales, predicen un mayor riesgo de consumo de alcohol y tabaco pues los hijos entienden que las drogas legales son menos peligrosas al no ser explícitamente rechazadas por los padres (Rodrigo et al., 2004).

Según Oliva (2006), existen algunas dimensiones importantes dentro de las relaciones entre padres y adolescentes. Una de estas es el afecto, que sin duda es la dimensión más relevante, ya que hace referencia a la cercanía emocional, el apoyo, la armonía y cohesión. Cuando el afecto, apoyo y comunicación positiva caracteriza las relaciones entre padres y adolescentes, estos últimos muestran un mejor ajuste psicosocial, confianza en sí mismos, competencias conductuales y académicas, autoestima, bienestar psicológico y menos problemas comportamentales, además es más probable que los hijos se muestren receptivos a los intentos socializadores de sus padres y no muestren resistencia a las estrategias de control.

Otra dimensión a considerar son los conflictos familiares, pues las discrepancias más habituales suelen referirse a asuntos personales que están dentro de la propia jurisdicción del adolescente, mientras que son menos frecuentes las disputas sobre asuntos morales. En la adolescencia temprana es más probable que el adolescente enfrente los conflictos abandonando la discusión o que el padre imponga su punto de vista obligando al adolescente a asumirlo, mientras que en la adolescencia tardía la sumisión disminuye y aumenta la retirada y la negociación. Los conflictos familiares aumentan el malestar emocional y estrés en esta etapa, a pesar de este malestar inmediato las discusiones tienen un efecto positivo a mediano plazo, pues favorecen la reestructuración del sistema familiar y una renegociación de roles y expectativas.

El control como dimensión se refiere a estrategias socializadoras por parte de los padres: normas y límites. Lo importante del control inductivo y justificado es que esté presente en la infancia para que dé una estructura y guía al comportamiento y que sea interiorizado, así según transcurra la adolescencia será cada vez menos necesario y dará paso a una relación

más igualitaria que otorgue al adolescente más libertad y autonomía; cuando el adolescente presente conductas de riesgo será necesario mantener un control más estricto.

La última dimensión es el fomento a la autonomía, que se refiere a las prácticas parentales que ayudan a los jóvenes a desarrollar una mayor capacidad de pensamiento, de formar opiniones y toma de decisiones; esto se lleva a cabo mediante intercambios de puntos de vista y tolerancia ante las ideas y elecciones discrepantes. Estos intercambios verbales entre padres e hijos estimulan el desarrollo cognitivo y aceptación de perspectivas por parte de los hijos, además de que influyen positivamente en el rendimiento académico.

En la adolescencia los padres siguen siendo un pilar importante para los jóvenes, por esto la forma de relacionarse con sus hijos y el estilo parental será de gran importancia para el bienestar emocional de ambas partes. Muchos de los problemas de los adolescentes se relacionan con la falta de afecto y apoyo y el establecimiento de normas y límites autoritarios. Es necesario que los padres tengan un asesoramiento y basto conocimiento de los cambios que sufren sus hijos en la adolescencia, para que esto les permita mejorar en su tarea de crianza y educación (Oliva, 2006). La familia debe involucrarse en la inserción social de los adolescentes, ya que preferiblemente este proceso debe ser guiado por la familia para un desarrollo positivo (Molina & Toledo, 2014).

Otro factor que interviene en el desarrollo positivo del adolescente es el egoísmo que puede presentar su familia, pues ésta se olvida lo inevitable de que el adolescente pase de su familia a otro grupo social, lo que causa poca tolerancia hacia esta transferencia y los padres tratan de mantenerlos consigo mediante prohibiciones o amenazas. (Molina & Toledo, 2014).

El cambio en la familia resultante de la modernidad, en donde la madre se incluye al campo laboral, genera una fuerte amenaza interna por las faltas de apoyo a la labor familiar. Antes, la mayoría de los matrimonios dividían las tareas parentales de tal manera que uno de los dos (generalmente la madre), dedicaba gran parte de su tiempo a la atención de los hijos, y ahora donde tanto el padre como la madre se realizan en sus profesiones, existe la posibilidad de dejar a un lado la educación y papel contenedor hacia los hijos, lo cual genera un aumento en conductas de riesgo, como la sexualidad precoz, alcoholismo, drogadicción y violencia (Luisi, 2013).

La falta de comunicación en torno a temas sexuales que enfrenta la relación familia-adolescente puede llegar a ser un factor de riesgo para el adolescente, pues esta comunicación marca el modelo formador de actitudes y acciones en este plano de vida. Esta falta de comunicación puede deberse a que los adultos no comprenden que ellos sean sexualmente activos y menos que tengan el derecho de serlo. Algunos métodos que facilitan la buena comunicación para que los padres puedan expresar estos temas con sus hijos son: dar información de forma positiva, empatizar o ponerse en el lugar del otro, dar mensajes claros y no contradictorios, escuchar atentamente, pedir opinión y expresar los sentimientos (Domínguez, 2011).

Aunque padres y madres en pocas ocasiones son fuentes de información acerca de educación sexual para sus hijos, los adolescentes afirman que cuando hablan sobre sexo abierta y libremente con sus padres son menos proclives a ser sexualmente activos. Específicamente en las adolescentes, el uso de métodos anticonceptivos aumenta cuando pueden hablar acerca de sexo con sus padres. Las adolescentes suelen tener más conversaciones de tipo sexual con

sus madres que con sus padres, así mismo, las chicas muestran mayor entusiasmo e interés al hablar de sexo con sus padres que los varones (Santrock, 2004).

Lavielle et al. (2014) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las conductas sexuales de riesgo del adolescente, y su relación con las características familiares. Su muestra fue representativa y aleatoria y formada por 909 adolescentes. Se utilizó un cuestionario cuyas preguntas estaban relacionadas con tres aspectos: la vida sexual, el funcionamiento dinámico sistémico de la familia y la satisfacción familiar. Encontraron que un inicio temprano de la vida sexual, la falta de uso de condón y tener más de tres parejas sexuales se relacionó con una expresión disfuncional del afecto. También encontraron que los embarazos no planeados y las enfermedades de transmisión sexual fueron más frecuentes en adolescentes que pertenecen a familias extensas y que tienen una expresión disfuncional del afecto.

La conclusión a la que llegaron fue que una comunicación abierta y cálida sobre temas sexuales en la familia es un factor que interviene de forma positiva en la conducta sexual del adolescente, por ejemplo cuando se habla del uso del condón con los hijos, se promueve el uso de éste en la primera relación sexual y en las posteriores. El que los jóvenes perciban la existencia de esta comunicación los lleva a tener conductas de sexo seguro, como el tener pocas parejas sexuales o iniciar su vida sexual a una edad tardía, así como el uso frecuente del condón.

Los primeros responsables de la educación sexual de los adolescentes son los padres, ya que tienen que ofrecer explicaciones adecuadas en un marco de confianza, éstas deben ser acorde a la edad del adolescente y a su propia sexualidad. Es más importante una explicación que una prohibición, de lo contrario los jóvenes crecen desorientados sobre estos temas, lo cual

podría causar que resuelvan sus dudas con las personas menos indicadas y con una información incorrecta (Luisi, 2013).

Es importante que las figuras parentales tengan una actitud positiva hacia la sexualidad, ya que de este modo los adolescentes adquieren la misma postura hacia estos temas, lo cual genera que tengan habilidades más eficaces para la prevención de conductas sexuales de riesgo, como el que presten más atención, procesen y recuerden más información sexual, que anticipen la posibilidad de una próxima relación sexual y adquieran métodos anticonceptivos. Por el contrario, aquellos adolescentes con una actitud negativa hacia la sexualidad están más expuestos a prácticas sexuales de riesgo (García, Menéndez, García, & Rico, 2010).

Las formas de control y supervisión del padre hacia el adolescente influyen en la conducta sexual de los jóvenes. Un nivel moderado de supervisión facilita un desarrollo exitoso. Un nivel excesivo de reglas y sobreprotección impide que el adolescente tome decisiones de manera independiente. Por el contrario, niveles bajos de supervisión aceleran la independencia y provocan que los adolescentes asuman actitudes de adultos y se involucren en conductas inapropiadas para su edad, presentando conductas de riesgo (Lavielle et al., 2014).

En una investigación realizada en población cubana por Domínguez (2011), donde la muestra fue de 128 alumnos de secundaria, con un rango de edad entre 14 y 15 años, se realizó la aplicación de cuestionarios y entrevistas, observación del participante y grabaciones de audio. Se encontró que la población de jóvenes estudiados en su totalidad presentó exposición a factores de riesgo reproductivo, en especial los miembros de familias disfuncionales. Se

entiende por familia disfuncional al tipo de familia que no puede cumplir con las necesidades materiales, educativas, afectivas o psicológicas de los miembros de ella.

En este tipo de familias la influencia es negativa y hay una repercusión en actitudes y comportamientos sexuales de los adolescentes, esto es resultado de su investigación ya que se reporta que todos los adolescentes que viven en núcleos disfuncionales han recibido poca información sobre temas sexuales por parte de sus padres. Este hallazgo es importante ya que a esta edad los jóvenes aún no completan el proceso de adquirir una identidad personal, no están psicológicamente maduros para tener una pareja estable y no están capacitados para afrontar las consecuencias de su vida sexual temprana.

En esta misma investigación, se encontró que la exposición a factores de riesgo reproductivo como el inicio precoz de las relaciones sexuales y promiscuidad se comprobó en la gran mayoría de los adolescentes, sobre todo en los que pertenecían a familias disfuncionales. Los padres no reconocen los riesgos a los que están sometidos sus hijos, lo cual enfatiza la distorsión en la información que adquieren los adolescentes sobre sexualidad, esto demuestra que para los adolescentes no es adecuada la comunicación, mientras que para los padres sí lo es (Domínguez, 2011).

Un estudio realizado por Ruíz et al. (2012) con una muestra representativa de 2615 adolescentes y un muestreo sistemático aleatorio, donde utilizó un cuestionario de 59 preguntas, tenía por objetivo comprobar cómo influyen en el inicio de la actividad sexual de los jóvenes los mensajes que reciben sobre cuestiones de sexualidad, afectividad y ocio a través de las familias, los amigos y los medios de comunicación. El cuestionario recogía información acerca de si habían tenido relaciones sexuales y a qué edad, aspectos

sociodemográficos, nivel de religiosidad, responsabilidad personal, mensajes transmitidos acerca de la solidaridad, lealtad, respeto a personas mayores, sinceridad y mensajes positivos sobre el matrimonio. Se encontró que los mensajes de la familia y amigos son factores que influyen en el inicio de las relaciones sexuales de los jóvenes. Así, tener padres responsables con las tareas familiares y que se preocupan por lo que hacen sus hijos durante sus tiempos libres, se asocia con una menor probabilidad de tener relaciones sexuales en la adolescencia.

Rengifo, Córdoba y Serrano (2012) realizaron una investigación que tuvo una muestra de 406 adolescentes colombianos, en la que aplicaron una encuesta estructurada sobre conocimientos y estilos de vida sexual. Estos autores encontraron que los adolescentes de esa muestra tenían como principal fuente de información sobre estos temas a su núcleo familiar, seguido de sus profesores de escuela. También encontraron que a pesar de que los adolescentes llegan a retomar estos temas con los amigos, al momento de decidir el inicio de su vida sexual lo que más influye es la familia.

3.1.2. Amigos

El relacionarse con otras personas se considera como uno de los pilares básicos de satisfacción con la vida. En la adolescencia los jóvenes tienen la tarea de ser más autónomos respecto a sus padres y de buscar vincularse con sus pares, sin embargo esto no quiere decir que los padres dejen de ser un referente en su vida. El sentirse afectivamente seguro permite que los jóvenes sean más capaces de enfrentar el estrés diario y desarrollar estrategias para establecer relaciones sociales satisfactorias, así la convivencia positiva con los padres se vincula con el éxito personal, social y académico (Giménez, Vázquez, & Hervás, 2010).

El adolescente al romper con la dependencia familiar tiene la necesidad de identificarse con personas ajenas y entonces comienza su búsqueda de amigos. En esta etapa la amistad es de vital importancia para que el adolescente pueda compartir las experiencias vividas y para recibir apoyo emocional en el proceso de búsqueda de identidad. Las relaciones con sus iguales les permiten tener un modelo para relacionarse en un futuro como adultos, compartiendo sentimientos, dudas, temores y proyectos, lo que difícilmente realizan con los padres (López, 2001).

Los adolescentes comienzan a relacionarse con grupos de personas cada vez más abiertos, la razón de esto radica en que amigos y compañeros se encuentran viviendo realidades similares que la familia no puede comprender, ya que se trata de otra generación con ideas distintas (Molina & Toledo, 2014). Los amigos juegan un papel importante en el desarrollo psico-social de los adolescentes, se debe estar pendiente del tipo de relación y actividades para detectar conductas de riesgo (Castellano, 2005).

El papel de los amigos es importante durante la adolescencia, pues forma parte del proceso evolutivo del adolescente, incluso puede llegar a considerarse este grupo como una “segunda familia”. La función del grupo social es decisivo para bien o para mal, y la importancia que tiene este grupo es de tal dimensión que cuando un adolescente carezca de amigos se debe buscar el motivo por el cuál no los tiene, ya que esto puede originar alteraciones psicológicas o inadaptación social (Castellano, 2005).

En una investigación realizada por Navarro, Reig, Barberá y Ferrer (2006), donde se entrevistó a 505 adolescentes de ambos sexos, de entre 15 y 20 años, acerca de su nivel de vida sexual y otras variables relativas a su vida con el grupo de amigos, se encontró que los

adolescentes de esta muestra viven una sexualidad similar a la de su grupo de amigos. El nivel de iniciación sexual guarda relación con hábitos de vida en grupo, por ejemplo, salir en grupo, consumir alcohol y salir los fines de semana por la noche. Además, se encontró que los grupos de amigos de las adolescentes sexualmente iniciadas están conformados por más hombres que mujeres.

Una investigación realizada por Alvarado (2013) con una muestra de 1950 estudiantes de 15 a 18 de edad, utilizó un cuestionario elaborado de acuerdo al objetivo que era explorar las percepciones y significados de la sexualidad que tenían las adolescentes. Se encontró que la principal fuente de información sobre temas sexuales de los adolescentes es el grupo de pares, esto nos indica que con la información que obtienen de ellos es con lo que forman sus propias normas y expresiones de sexualidad, sin tener la suficiente madurez para ello.

Otra investigación realizada por Sánchez y Muñoz (2005), con una muestra de 350 jóvenes de entre 18 y 19 años, donde utilizaron un cuestionario con cuatro variables: actitud hacia el uso del condón, intención el uso del condón, padres que animen al uso del condón y amigos que estén a favor del uso del condón, se encontró que en este grupo de jóvenes la actitud de los amigos hacia el uso del condón es más determinante que la actitud paterna, esto se encontró tanto en chicos como en chicas. También se encontró que conforme aumenta la edad la influencia familiar desciende y la de los amigos aumenta.

3.1.3. Comunidad

Cuando se llega a la adolescencia es más común que se pase tiempo fuera de casa y que haya una mayor integración en las redes sociales del vecindario, por lo cual hay una mayor exposición a la influencia de factores relacionados con la comunidad en la que vive el

adolescente. La seguridad, la existencia de límites claros o el empoderamiento y la valoración positiva de los jóvenes por parte de la población adulta, son ejemplos de las fortalezas que debería brindar la comunidad a los adolescentes (Oliva, Antolín, Stévez, & Pascual, 2012).

Las redes sociales y la confianza entre vecinos facilitan la acción y cooperación para el beneficio mutuo entre los miembros de la comunidad, este capital social se asocia a un menor consumo de sustancias y problemas comportamentales, pues se crean redes de apoyo y una fuerte vinculación emocional y esto supone un sentimiento de que el residente se preocupa por su vecindario y el vecindario por sus residentes. Este sentimiento de apego al barrio aumentará en el adolescente el deseo de involucrarse de forma activa en beneficio a la comunidad (Oliva et al., 2012).

El apoyo social es la manera en cómo los adolescentes perciben la ayuda proporcionada por otras personas fuera de su núcleo familiar, esta ayuda puede ser emocional, de información o de asistencia. Los adolescentes que cuentan con un apoyo social tienen menos problemas físicos y psicológicos, y contrarrestan mejor el estrés. Los adolescentes tienen la capacidad de mantener relaciones con sus pares y la sociedad para conseguir resultados positivos (Castillo & Benavides, 2012).

Este apoyo social es un factor protector que se relaciona con los recursos que llega a poseer el adolescente, esto permite que pueda hacerle frente a diferentes adversidades. Dentro de los recursos de este apoyo social se encuentran las personas en quienes pueden confiar, pero que al mismo tiempo les ponen límites y les enseñan la manera de evitar situaciones de riesgo. Estas personas significativas guían su manera de responder ante situaciones de peligro y de desenvolverse solo.

En esta dimensión social, un factor de riesgo presente que aumenta la actividad sexual precoz y sus consecuencias son la erotización en los medios de comunicación, esto contribuye a una declinación de barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad (Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz, & Vallejos, 2007). Estos medios, tales como revistas y televisión, priorizan el placer y el coito, pues hablan más sobre prevenir riesgos y evitar problemas que de cómo vivir lo afectivo-sexual de un modo más diverso, placentero y responsable (García, 2014).

Los adolescentes son muy permeables a las estimulaciones en forma de normas, valores y costumbres sexuales. Según Aguirre (1994), la cultura es una característica psicosocial que influye en la conducta sexual de los adolescentes: cada grupo cultural posee su tipo de normas sexuales que contribuyen a las ideas del adolescente sobre su propia sexualidad, estas normas determinan el grado de interés que tendrán los sujetos hacia la conducta sexual, si la verán con naturalidad y agrado, como pecaminosa o peligrosa, como excitante o como cuestión de conquista agresiva o incluso de violación. Las diferencias culturales juegan un papel importante en la determinación de actitudes y creencias sexuales del adolescente, en la frecuencia y dirección de las respuestas sexuales, en el grado en que la conducta sexual real se aparta de creencias y en el nivel de ansiedad y sentimientos de conflicto hacia la sexualidad.

La sociedad puede afectar de manera negativa en el adolescente, ya que la presión social define sus conductas, por ejemplo en el varón, durante la adolescencia las expectativas del papel masculino tienen que ver con la virilidad, por lo que un número elevado de parejas sexuales es reforzado mientras que para las chicas esta conducta es condenable. La presión social que puede percibir el adolescente por parte de sus padres y amigos genera la necesidad de cumplir el papel esperado, lo cual causa ansiedad en los adolescentes, esto afecta los

niveles de bienestar psicológico, lo cual contribuye a conductas sexuales de riesgo. Sometido a la necesidad de cumplir papeles determinados por la sociedad, los adolescentes asumen cierto comportamiento sexual de riesgo, incluso sin que ello les genere una satisfacción (Goncalves, Castellá, & Carlotto, 2007).

Los adolescentes aprenden los “guiones” sexuales que la sociedad les muestra, estos guiones los obtienen de experiencias previas de situaciones sexuales, fantasías y expectativas, también de historias de amigos y de los medios de comunicación. La tarea de integrar los sentimientos sexuales se complica para el adolescente, porque en la sociedad, la sexualidad está ligada a conductas y creencias no sexuales, por ejemplo la idea de que un hombre tiene que ser fuerte, no mostrar sus emociones y se agresivo puede confundirse con la sexualidad masculina, de igual manera la idea de que la mujer es pasiva, emocional y atractiva puede confundirse con la sexualidad femenina. Así, de estos estereotipos se derivan ideas extrañas sobre las relaciones entre hombres y mujeres (Kimmel & Weiner, 1998)

Del mismo modo, las intervenciones preventivas más comunes del adolescente se centran en la disminución de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual, dándose únicamente el mensaje de considerar el acto sexual como un riesgo que hay que evitar, quedando el amor, enamoramiento y compromiso fuera de esas intervenciones, es decir, los programas se enfocan en el sexo más que en la sexualidad (García, 2014).

Los adolescentes pueden dirigir el incremento de energía y curiosidad intelectual hacia algo constructivo antes que algo potencialmente destructivo, involucrándose en actividades sociales como limpiezas ambientales, voluntariados o eventos deportivos. Si los adolescentes

adquieren un sentido de pertenencia y competencia dentro de la sociedad es menos probable que tengan comportamientos riesgosos (Páramo, 2011).

3.1.4. Escuela

Los adolescentes pasan mucho tiempo de sus vidas en la escuela, por lo que la mayor parte de su vida cotidiana se desarrolla ahí, por esto es importante conocer las características del contexto escolar que favorecen un desarrollo positivo en los jóvenes. Un buen clima escolar se relaciona con el logro del rendimiento académico y la contribución educativa para mejorar el desarrollo sociopersonal de los adolescentes. El clima académico define el grado en que el entorno favorece el aprendizaje y la motivación para aprender. La calidad de las interacciones del adolescente con el resto del alumnado y el profesorado define el bienestar personal y el sentimiento de sentirse aceptado y valioso por los demás en la convivencia diaria (Oliva et al., 2011).

Los jóvenes se relacionan de forma más cercana con los actores del sistema educacional que con sus propias familias, por lo tanto es importante que las escuelas cuenten con políticas de enseñanza respecto a estas temáticas que completen su formación integral, para fortalecer temas como la familia, la sexualidad responsable, la importancia del amor y afectividad en la pareja (Luisi, 2013).

La escuela también cumple con un papel informativo para el adolescente sobre su sexualidad, el problema de esto es que las escuelas dan una educación únicamente anatómica y biológica sobre este tema, dejando lo afectivo-sexual de lado (García, 2014). Aunque algunos adolescentes tienen acceso a servicios de salud, la principal vía de información sobre temas sexuales es la escuela y los amigos, por esto en algunas ocasiones los jóvenes no saben el uso

correcto de anticonceptivos, por lo que no los usan y se exponen al contagio de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (González, Valdez, & Zavala, 2008).

Los profesores a veces no hablan abiertamente sobre la sexualidad con los adolescentes, incluso médicos y profesionales de la salud no se sienten cómodos cuando hablan de estos temas, lo que provoca que los adolescentes compartan estos sentimientos de vergüenza sobre la sexualidad y les resulte más difícil obtener información precisa y formular preguntas personales (Kimmel & Weiner, 1998).

La educación sexual dentro de la educación formal, tiene el desafío de fortalecer y actualizar el conocimiento de temas sobre sexualidad, en primer lugar a los profesores, para que así puedan transmitir de manera eficaz estos temas y ser una ayuda auténtica para los adolescentes. En la actualidad la educación sexual es un tema de urgencia en nuestra sociedad, pues hay numerosos embarazos en los adolescentes, abortos y sus consecuencias, enfermedades de transmisión sexual y la falta de compromiso con la pareja, esto nos habla de la dificultad que tienen los adolescentes de vivir una sexualidad plena (Luisi, 2013).

3.2. Factores individuales

3.2.1. Presión de pares

Para muchos adolescentes un aspecto muy importante en su vida es cómo los perciben sus compañeros, para ellos el ser excluido es un sinónimo de estrés, frustración y tristeza. Por iguales se entiende a aquellos adolescentes que tienen aproximadamente la misma edad o nivel madurativo. Una de las funciones del grupo de iguales es informar al adolescente sobre el mundo externo, es decir fuera de su familia. Este grupo les proporciona retroalimentación

sobre sus habilidades, en él aprenden a compararse con otros adolescentes y así saber que hacen mejor y que no (Santrock, 2004).

Dentro del grupo de pares, la actividad sexual se vuelve una norma, por lo que la mayoría cree necesario realizarla (como si fuera una moda), para así conseguir la aceptación del grupo (Martín & Reyes, 2003). La investigación de Ruíz et al., (2012) ya antes mencionada, encontró que el porcentaje de jóvenes que iniciaban su vida sexual prematuramente, era mayor en aquellos que utilizaban como fuente de información a sus pares, también se encontró que la frecuencia de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, aumenta en aquellos que piensan que sus amigos consideran al sexo como un modo de pasarla bien, aunque no haya amor de por medio.

La conformidad se genera cuando los adolescentes adoptan actitudes o comportamientos de otros a causa de la presión real o imaginaria que éstos últimos ejercen sobre ellos. Esta conformidad se vuelve una influencia social, y puede ser negativa o positiva, lo cual depende del grupo y sus valores. El adolescente que quiere formar parte de una banda de delincuentes y tiene que robar para ser aceptado, está conformándose a un código entre iguales, lo que provocará que se tengan problemas. Los adolescentes que cuentan con un buen ajuste familiar tienen menos necesidad de conformarse a las demandas de los iguales, así cuando el adolescente se enfrenta a las decisiones, acepta opiniones de los padres por encima de la de los compañeros (Rice, 1999).

Los y las adolescentes tienen creencias acerca de la sexualidad que pueden ser perjudiciales para su vida sexual, por ejemplo creen que el tener relaciones “de vez en cuando” no los expone a un riesgo de embarazo o de contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

Otra creencia, específicamente en las adolescentes, es que si usan anticonceptivos el grupo de amigos al que pertenecen las señalarán como “fáciles” o promiscuas, de igual manera la presión de pares puede provocar que las adolescentes inicien su vida sexual de forma temprana, ya que si no tienen relaciones sexuales suelen llamarlas “raras” o “tontas”. Lo mismo pasa con los varones, quienes por exigencia de sus pares y para “ser más hombres”, inician una “competencia sexual”, exponiéndose al riesgo que esto conlleva (Moldenhauer & Ortega, 2004).

En el caso específico de las adolescentes, también suele existir una presión por parte de la pareja, ya que el amor se vuelve un argumento central y justificación para que su pareja le exija tener relaciones sexuales, y acceda al coito como “prueba de amor” (Welti, 2005).

3.2.2. Religión

La religión es común en todas las culturas, tarde o temprano un niño tendrá que aceptar o rechazar un punto de vista religioso y organizar o no sus valores con base en la religión escogida. Si la religión se encuentra en el entorno y se presenta proporcionando satisfacción a las necesidades del adolescente, la religión se convierte en una fuerza importante para su vida, por el contrario si la religión se presenta extraña a las necesidades, es estricta o irrazonable, es probable que el adolescente la rechace.

Al adolescente le resulta difícil ajustarse a una religión y a una conducta moral cuando encuentra opiniones conflictivas, a menos que se le haya adoctrinado tan a fondo que no esté dispuesto a considerar otros puntos de vista. La adolescencia trae consigo grandes cambios en actitudes y creencias religiosas, cuanto más tiempo un niño haya mantenido sus creencias,

menos probabilidad hay de que las cambie, sin embargo un ambiente nuevo y con opiniones distintas puede producir cambios en el individuo (Horrocks, 2001).

Un aspecto del desarrollo adolescente en el que influye la religión es la actividad sexual, a pesar de que en las doctrinas religiosas existen diversas enseñanzas, la mayoría de las iglesias se oponen al sexo antes del matrimonio, por esto, el grado de participación del adolescente en organizaciones religiosas influye en las actitudes sexuales y el comportamiento sexual. La participación de los adolescentes en estas organizaciones hace que establezcan relaciones de amistad con iguales que tienen actitudes restrictivas hacia el sexo prematrimonial.

En un libro publicado por Santrock en el 2004, se menciona un estudio realizado por Thornton y Camburn (1989), donde se encontró que los adolescentes que valoraban la religión en sus vidas eran sexualmente menos experimentados y con actitudes menos permisivas hacia el sexo prematrimonial. En otro estudio mencionado en el mismo libro, realizado por Fehring, Cheever, German y Philpot (1998), se encontró que en los adolescentes la culpa, la oración, las actividades religiosas organizadas y el bienestar religioso se asociaba a una menor participación en interacciones de carácter sexual. Aunque la implicación religiosa se asocia a una menor práctica sexual en los adolescentes, también provoca que los adolescentes que mantienen relaciones sexuales sean menos propensos a utilizar métodos anticonceptivos.

En apoyo a lo anterior, se puede mencionar una investigación realizada por Ruíz et al. (2015) en la que se utilizó una muestra de 1289 adolescentes de secundaria con un rango de edad de 12 a 17 años, y se aplicó un cuestionario que constaba de 86 preguntas agrupadas por capítulos, según la temática: a) relación con sus padres, b) salud, deporte, autoestima e ideas

religiosas, c) drogas legales e ilegales y d) sexualidad. En este estudio se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en el inicio precoz de la actividad sexual en los adolescentes de 13 años que se consideran no religiosos, agnósticos o ateos; esto parece indicar que un mayor acercamiento a la religión católica está asociado a un retraso en el inicio sexual.

3.2.3. Consumo de alcohol y otras drogas

Para los adolescentes algunas conductas no son percibidas como riesgosas y creen que no tienen que ver con el uso del condón en una relación sexual, tal es el caso del consumo de alcohol o de otras drogas, pues el efecto inicial de desinhibición llega hasta la incapacidad de juicio racional o la pérdida de control. Los efectos del alcohol afectan la cognición impidiendo una correcta evaluación de costo-beneficio de la conducta sexual sin protección, ya que debido a este consumo existe un decremento en el funcionamiento de algunas áreas del cerebro, como por ejemplo el lóbulo frontal (responsable de acciones prudentes) (Goncalves et al., 2007).

Algunas drogas actúan como estimulantes sexuales, pues reducen las inhibiciones e incrementan el deseo sexual. Muchos jóvenes tienen la idea de que el placer en una relación sexual aumenta con el consumo de sustancias. Drogas como la cannabis, la cocaína, el éxtasis y las anfetaminas suelen consumirse por sus efectos en las prácticas sexuales, llevando a los jóvenes a tener una conducta sexual de riesgo, como por ejemplo parejas sexuales de una noche (Lomba, Apóstolo, & Méndes, 2009).

Un estudio realizado por Palacios, Bravo y Andrade (2007) utilizó una muestra de 1000 jóvenes de entre 14 y 22 años, que aplicó el cuestionario de uso de drogas de Villatoro et al.,

(2001) y una conceptualización de Capaldi, Stoolmiller, Clark y Owen (2002), Beadnell et al. (2005) y Villagrán, Alfaro y Torres (2002) la cual hace referencia al inicio de vida sexual, la frecuencia de la actividad sexual, número de parejas sexuales y el uso del condón. En esta investigación se encontró que consumir alcohol con mayor frecuencia y en mayores cantidades a las 5 copas de consumo por ocasión se asoció con tener la primera relación sexual a una edad temprana, asimismo la frecuencia de las relaciones sexuales se asoció con la frecuencia y cantidad de alcohol. También se encontró que los jóvenes que consumen grandes cantidades de alcohol y con mayor frecuencia, tienen un mayor número de parejas sexuales.

Otros estudios internacionales señalan que los jóvenes que consumen alcohol y drogas son sexualmente más activos y más propensos a tener prácticas sexuales poco seguras, esto debido a que tienen más parejas y no siempre utilizan condón, también inician su vida sexual en una edad temprana. En Europa un tercio de los jóvenes se encuentra bajo la influencia del alcohol o drogas en su primera relación sexual (Lomba et al., 2009).

3.2.4. Responsabilidad y toma de decisiones

Los adolescentes son especialmente vulnerables al riesgo, ya que muestran una competencia limitada para identificar riesgos y beneficios. La manera en que toman sus decisiones está determinada por sus propias creencias, valores, actitudes e intereses; algunos adolescentes atienden a las expectativas de sus padres y otros toman decisiones en función de su grupo de pares (Vargas, Henao, & Constanza, 2007).

La impulsividad juega un papel importante en la toma de decisiones, ya que está formada por rasgos que incluyen la tendencia a tomar decisiones rápidamente, actuar sin pensar e

involucrarse en conductas riesgosas. El adolescente percibe una tensión creciente o excitación antes de cometer actos no permitidos, posteriormente al cometerlo experimenta sensaciones placenteras, de gratificación o alivio. Después de haberlo cometido el adolescente puede o no tener sentimientos de culpa (Salvo & Castro, 2013).

La impulsividad integra una variedad de rasgos como: actuar sin premeditación, búsqueda de sensaciones, toma de riesgos, sensibilidad a la recompensa y la urgencia. La impulsividad se ha asociado fuertemente a un bajo desempeño en los adolescentes al evaluar consecuencias negativas de conductas riesgosas, como el consumo excesivo de alcohol, la participación en juegos de azar y las conductas sexuales sin protección. En la adolescencia existe una tendencia a tomar decisiones arriesgadas, debido a un control de impulsos inmaduro (Caña, Michelini, Acuña, & Godoy, 2015).

En una investigación realizada por Vargas et al. (2007), con una muestra de 72 adolescentes de entre 13 y 19 años de edad, se realizaron entrevistas a profundidad sobre las historias de vida de los adolescentes y sus parejas, específicamente relacionada con su proceso de socialización sexual, toma de decisiones sexuales y reproductivas. En los resultados encontraron que el medio social constituye en los jóvenes y sus parejas las cogniciones que guían sus decisiones acerca de su sexualidad, como el uso del método de planificación familiar.

En esta misma investigación se encontró que las decisiones de los adolescentes y sus parejas se basan en los sentimientos del momento. En las adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales se puede recalcar que tienen una mirada crítica hacia el inicio de la vida sexual en la adolescencia, y toman en cuenta sus propios intereses, creencias, actitudes, valores y

metas. Los datos también muestran que los adolescentes que presentan más dificultades para la toma de decisiones planificadas presentan poca confianza en sí mismos y poca autodeterminación.

Un factor que influye en los procesos de toma de decisiones de los adolescentes respecto al uso de métodos anticonceptivos es el apego a los roles de género tradicionales, por ejemplo, Vargas et al. (2007) encontraron que los adolescentes varones con creencias tradicionales acerca de los roles de género asumen mayores riesgos en su vida sexual.

3.2.5. Importancia de la salud

Según la Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011), los adolescentes se enfrentan a problemas de salud que algunos médicos y adultos no están preparados para atender. Sin información y sin apoyo, los adolescentes no poseen los conocimientos y confianza en sí mismos para tomar decisiones adecuadas acerca de su salud y su seguridad, lo cual a la larga, podría afectar en sus vidas.

La promoción de la salud está dirigida a fortalecer habilidades y capacidades de los individuos, así como a modificar conductas sociales y ambientales; para esto se utilizan estrategias como la comunicación y educación para la salud, la participación comunitaria y el empoderamiento social y políticas públicas (Rodríguez, Sanabria, & Contreras, 2013).

Los principales problemas de salud en la adolescencia son los accidentes, consumo de alcohol y drogas, los trastornos de comportamiento alimentario o conductas sexuales que conllevan a embarazos no deseados, a infecciones de transmisión sexual y VIH, los cuales son consecuencia de los estilos de vida que siguen. La mayoría de los problemas de salud de los adolescentes son evitables (Aláez, Madrid, & Antona, 2003).

Proporcionar a los adolescentes servicios de salud sexual y reproductiva es importante debido a que muchos comienzan su vida sexual a edad temprana, y quedan expuestos a riesgos como un embarazo no deseado, un aborto en condiciones inseguras, transmisión de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Especialmente en las adolescentes, el quedar embarazada las lleva a correr otros riesgos como el abandono escolar, presión por casarse a una edad temprana y un riesgo alto de morir durante el parto, debido a la falta de madurez del organismo para tener hijos (UNICEF, 2011).

Los derechos adolescentes cada vez se van reconociendo más, ya que pueden acudir a los servicios de salud con o sin compañía de un adulto, también cuentan con el derecho de informarse sobre sexualidad, a una atención adecuada y la promoción de una vida sexual plena al tener acceso a los métodos anticonceptivos (Pasqualini & Llorens, 2010).

La población adolescente experimenta una sexualidad coartada por los estigmas sociales que la rodean. Los adultos ven esta etapa llena de riesgos, olvidando que ellos alguna vez pasaron por ella para lograr un desarrollo completo, lo cierto es que durante esta etapa de la vida las personas viven procesos de socialización previos a contactos sexuales e íntimos. Las características sociales en las que viva el adolescente, como familias monoparentales, violencia intrafamiliar, rendimiento escolar bajo, consumo de alcohol y drogas, se relacionan con el inicio de su vida sexual (Parra & Pérez, 2010).

En general, si los adolescentes adquieren un sentido de pertenencia hacia una familia estable y al orden social, la probabilidad de que sientan la necesidad de entregarse a comportamientos riesgosos es menor (Páramo, 2011).

En resumen, las fortalezas internas y externas juegan un papel indispensable en el desarrollo positivo de los adolescentes, ya que según lo revisado éstas disminuyen la probabilidad de que los jóvenes presenten conductas de riesgo, en este caso una vida sexual de riesgo. El contar con estas fortalezas permite que los adolescentes adquieran la capacidad de tomar mejores decisiones en su vida.

4. Método

En México se ha registrado un aumento en los últimos años de la tasa de mortalidad de los adolescentes a causa del VIH, reportando 2744 casos entre el 2002 y 2011 (Campero et al., 2013). Entre las principales razones de esta prevalencia se encuentra el uso inconsistente e incorrecto del condón en las relaciones sexuales adolescentes, pues según CENSIDA (2013) es la causa del 94.1% de los casos de SIDA reportados en México. La edad de inicio de la vida sexual en los adolescentes es otro aspecto a considerar, pues en México la edad promedio de la primer relación sexual en el 2009 fue de 18.3 años, y en el 2014 de 17.8 años, lo cual indica que conforme pasa el tiempo la edad de inicio de la vida sexual disminuye.

Debido a lo inquietante de estos datos, esta investigación se enfocó únicamente en dos conductas sexuales de riesgo, las cuales son el inicio temprano de la vida sexual y el uso del condón. Para que la esperanza de vida de los adolescentes no se reduzca y su calidad de vida aumente, es importante encontrar formas de prevención a estas conductas sexuales de riesgo.

En este trabajo se buscó encontrar formas diferentes de prevención para los adolescentes, pues muchas de las investigaciones en México se han centrado únicamente en modelos de riesgo, por lo cual se utilizó el modelo de fortalezas propuesto por Benson (2007), el cual se encuentra dentro del enfoque de Desarrollo Positivo del Adolescente, y propone que el adolescente más que un problema es un recurso para la sociedad, y debe considerarse la influencia del medio en su desarrollo.

Este modelo propone 40 fortalezas (20 externas y 20 internas) que influyen en la conducta del adolescente, y busca generar en las comunidades conocimientos y estrategias para fortalecer el desarrollo adolescente (Benson, 2007). Andrade, Morales, Sánchez-Xicotencatl

y González (2013), basándose en las fortalezas de Benson, utilizaron grupos focales, observación y entrevista para identificar las fortalezas que los adolescentes mexicanos perciben como importantes, el resultado de esto fue en fortalezas externas: comunicación y supervisión del padre, apoyo de la madre, supervisión de la madre, reglas en casa, amigos sin conductas de riesgo y amigos saludables; en fortalezas internas: responsabilidad, importancia de la salud, evitación de conductas de riesgo, toma de decisiones, resistencia a la presión de pares y religión.

Ya que el objetivo de este estudio fue identificar las fortalezas de los adolescentes ante el inicio temprano de su vida sexual y el uso del condón, únicamente se tomaron en cuenta las fortalezas antes mencionadas.

4.1. Preguntas de investigación

¿Existen diferencias en las fortalezas externas e internas entre los adolescentes que han iniciado su vida sexual y lo que no la han iniciado?

¿Existen diferencias en las fortalezas externas e internas entre los adolescentes que utilizan condón en sus relaciones sexuales y lo que no lo utilizan?

4.2. Definición de variables

Fortalezas externas e internas: se definen como relaciones clave, oportunidades, valores, habilidades y autopercepciones que ayudan a los jóvenes a limitar su involucramiento en conductas de riesgo, demostrar resiliencia ante la adversidad y ser productivos (Benson, Leffert, Scales & Blyth, 1998).

Inicio de conducta sexual: se refiere a los jóvenes que han iniciado su vida sexual antes de los 18 años.

Uso de condón: si el adolescente que ha iniciado su vida sexual utiliza el condón en sus relaciones sexuales o no.

4.3. Hipótesis

1. Los adolescentes que no han iniciado su vida sexual de forma temprana obtienen puntajes significativamente más altos en fortalezas internas y externas que aquellos que ya iniciaron su vida sexual.
2. Los adolescentes que han utilizado el condón obtienen puntajes significativamente más altos en fortalezas internas y externas que aquellos que no lo utilizan.

4.4. Tipo de estudio

Es un estudio no experimental, de campo, porque no se modificaron intencionalmente las variables y se midieron las variables tal y como son en el contexto natural de los adolescentes, en este caso la escuela.

4.5 Participantes

La muestra estuvo conformada por 988 estudiantes: 473 hombres y 515 mujeres que cursaban la secundaria en escuelas públicas (turno matutino) de la Ciudad de México, seleccionados de manera no aleatoria. 306 estudiantes de primer grado, 318 de segundo y 362 de tercero.

4.6 Instrumento

El instrumento FIE-A de Betancourt, Andrade, González y Sánchez-Xicotencatl (en prensa) se utilizó para medir variables sociodemográficas, fortalezas externas e internas y las

conductas sexuales de riesgo. Los datos sociodemográficos se centraban en con quién vivían los adolescentes, la escolaridad de los padres y la situación laboral de los mismos. Las fortalezas externas evaluadas fueron:

- Comunicación y supervisión del padre (13 reactivos, Alfa= .96).
- Apoyo de la madre (9 reactivos, Alfa= .94).
- Supervisión de la madre (4 reactivos, Alfa= .81).
- Reglas en casa (5 reactivos, Alfa= .71).
- Amigos sin conductas de riesgo (4 reactivos, Alfa= .84).
- Amigos saludables (4 reactivos, Alfa= .56).

Mientras que las fortalezas internas fueron:

- Responsabilidad (3 reactivos, Alfa= .59).
- Importancia de la salud (6 reactivos, Alfa= .84).
- Importancia de evitar conductas de riesgo (3 reactivos, Alfa= .87).
- Toma de decisiones (5 reactivos, Alfa= .87).
- Habilidades de resistencia a la presión de pares (4 reactivos, Alfa= .74).
- Importancia de la religión (5 reactivos, Alfa= .92).

En cuanto al patrón de conducta sexual, se evaluó: la edad de inicio de vida sexual, con quien se tuvo su primera relación sexual, uso del condón en la primera relación sexual, si actualmente se tienen relaciones sexuales, con quién tuvo relaciones sexuales actualmente y el uso o no uso del condón.

La validez del constructo del instrumento se realizó a través de un análisis factorial confirmatorio que mostró buen ajuste (Betancourt et al., en prensa).

4.7 Procedimiento

1. Se solicitó la autorización a los planteles escolares para la aplicación del instrumento, la cual fue aprobada.
2. La aplicación del instrumento se realizó de manera grupal dentro de los salones de clase. Antes de la resolución del cuestionario se les explicó a los alumnos el objetivo de la investigación y las instrucciones para contestar el mismo, las cuales les indicaban que el cuestionario era anónimo, de participación voluntaria, que se contestaba de forma individual y no debía dejarse ninguna pregunta en blanco.
3. El instrumento fue autoaplicable y el límite de tiempo correspondió a la disponibilidad de los estudiantes y académicos de la escuela.

4.8 Análisis Estadístico

Para presentar los datos demográficos y de patrón de conducta de vida sexual se utilizó estadística descriptiva, y para responder a las preguntas de investigación se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) y una Prueba t.

5. Resultados

Respecto a los datos demográficos se encontró que el rango de edad fue de 12 a 18 años con una media de 13.6.

En relación con la estructura familiar el 44.4% de los estudiantes vivía con papá, mamá y hermanos, el 17.4% con mamá, papá, hermanos y otros, el 16.8% con mamá y hermanos, el 9.8% vivía con papá y mamá, el 5.2% vivía solo con mamá, el 3% con otros, el 1.9% con papá y hermanos y el 1.4% sólo con papá.

En cuanto a la escolaridad de los padres el 33.1% de los estudiantes reportó que el último año escolar estudiado por el padre es la secundaria y el 4.7% que sus padres tienen un posgrado. En cambio el 3.30% reportaron que sus madres terminaron la preparatoria y el 4.4% tiene un posgrado.

Respecto a la situación laboral de los padres el 56.9% de estudiantes reportó que el papá trabaja tiempo completo (ocho horas o más) y el 32.9% reportaron que su mamá trabaja tiempo completo. El 30% reportaron que la mamá es ama de casa.

La Tabla 3 presenta los datos relacionados con el patrón de conducta sexual de los participantes. Se puede observar que el porcentaje de hombres que han tenido relaciones sexuales es mayor que el de mujeres, del mismo modo son más los adolescentes hombres que reportan tener actualmente relaciones sexuales. La edad promedio de inicio de vida sexual en hombres y mujeres, no muestra una diferencia significativa. El mayor porcentaje tanto de hombres como de mujeres reportó haber tenido su primera relación sexual con su novio, este dato se mantiene entre los adolescentes que tienen relaciones sexuales actualmente. En

cuanto a la frecuencia del uso de condón, es mayor el porcentaje de hombres que nunca han usado condón.

Tabla 3

Patrón de conducta sexual

	Hombres (N=473)	Mujeres (N=515)
Han tenido relaciones sexuales	96 (20.9%)	50 (10%)
Edad de primera relación sexual	13.20 años	13.62 años
Con quién tuvo su primera relación sexual (sobre N=96 y N=50)	Novio: 42 (45.2%) Amigo: 29 (31.2%) Otro: 22 (23.6%)	Novio: 35 (71.4%) Amigo: 5 (10.2%) Otro: 9 (18.3%) No respondió: 1 (0.1%)
Uso de condón en la primera relación sexual	Si usaron: 70 (72.91%) No usaron: 24 (24.99%) No contestaron: 2 (2.1%)	Si usaron: 35 (70%) No usaron: 12 (24%) No contestaron: 3 (6%)
Actualmente tienen relaciones sexuales	47 (48.95%)	20 (40%)
Actualmente ¿Con quién tienen relaciones sexuales?	Novio 24 (51.1%) Amigo 11 (23.4%) Otro 12 (25.5%)	Novio 16 (80%) Amigo 2 (10%) Otros 2 (10%)
Frecuencia de uso de condón	Siempre 29 (53.7%) Algunas veces 21 (39%) Nunca 4 (7.4%)	Siempre 17 (56.7%) Algunas veces 12 (40%) Nunca 1 (3.3%)

Para probar la hipótesis que establece que los jóvenes que no han iniciado su vida sexual obtienen puntajes significativamente más altos en fortalezas que aquellos que ya la iniciaron, se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA), con el fin de analizar el efecto de la variable inicio de la vida sexual (si ha iniciado-no ha iniciado), sexo y la interacción de éstas con las fortalezas, tanto internas como externas. Se observa que no existen interacciones significativas en las fortalezas externas (ver Tabla 4), la única fortaleza interna (ver Tabla 5) que mostró interacción significativa fue la resistencia la presión de pares, en donde los hombres que han tenido relaciones sexuales muestran puntajes significativamente más bajos en esta fortaleza.

Tabla 4

Puntaje promedio en fortalezas externas por sexo y si han tenido o no relaciones sexuales

Fortalezas Externas	Han tenido relaciones sexuales		No han tenido relaciones sexuales		F
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Comunicación y supervisión del padre	3.161	2.720	3.431	3.099	.217
Apoyo de la madre	3.458	3.310	3.819	3.733	.090
Supervisión de la madre	3.585	3.704	4.116	4.271	.047
Reglas en casa	3.184	3.146	3.624	3.508	.182
Amigos sin conductas de riesgo	3.083	2.718	4.097	3.917	1.029
Amigos saludables	2.792	2.766	2.971	2.981	.000

Tabla 5

Puntaje promedio en fortalezas internas por sexo y si han tenido o no relaciones sexuales

Fortalezas Internas	Han tenido relaciones sexuales		No han tenido relaciones sexuales		F
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Responsabilidad	3.743	3.748	4.039	3.955	.363
Importancia de la salud	4.147	3.937	4.279	4.155	.387
Evitación de conductas de riesgo	3.367	3.437	4.127	4.058	.306
Toma de decisiones	3.526	3.556	3.829	3.805	.084
Resistencia a la presión de pares	4.029	4.345	4.716	4.771	4.562*
Religión	2.713	2.662	3.252	3.093	.208

* $p < .05$.

Se realizó el análisis por sexo. En fortalezas externas (ver Tabla 6) se muestran puntajes significativamente más altos en comunicación y supervisión del padre y amigos con conductas de riesgo. Se observa que los hombres perciben mayor comunicación y supervisión del padre y tienen más amigos sin conductas de riesgo que las mujeres. En cuanto a las fortalezas internas (ver Tabla 7) se muestra que los hombres le dan más importancia a su salud que las mujeres, mientras que las mujeres obtienen un puntaje mayor en la habilidad de resistencia a la presión de pares.

Tabla 6

Puntaje promedio en fortalezas externas por sexo

Fortalezas Externas	Hombre	Mujer	F
Comunicación y supervisión del padre	3.377	3.058	11.049***
Apoyo de la madre	3.744	3.690	1.271
Supervisión de la madre	4.005	4.214	2.732
Reglas en casa	3.535	3.472	.702
Amigos sin conductas de riesgo	3.881	3.797	8.844**
Amigos saludables	2.934	2.924	.133

** p<.01; *** p<.001.

Tabla 7

Puntaje promedio en fortalezas internas por sexo

Fortalezas Internas	Hombre	Mujer	F
Responsabilidad	3.977	3.934	.294
Importancia de la salud	4.252	4.133	5.755*
Evitación de conductas de riesgo	3.974	3.996	.000
Toma de decisiones	3.766	3.780	.001
Resistencia a la presión de pares	4.574	4.728	9.208**
Religión	3.139	3.051	.778

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

Al comparar los grupos que han tenido o no relaciones sexuales, en las siguientes tablas se observan diferencias significativas entre los puntajes de los que han tenido y no han tenido relaciones sexuales. Los jóvenes que muestran puntajes más altos son los que no han tenido relaciones sexuales, tanto en fortalezas externas (ver Tabla 8) como internas (ver Tabla 9).

Tabla 8

Puntaje promedio en fortalezas externas en jóvenes que han tenido o no relaciones sexuales

Fortalezas Externas	Han tenido relaciones sexuales	No han tenido relaciones sexuales	F
Comunicación y supervisión del padre	3.000	3.249	7.779**
Apoyo de la madre	3.407	3.771	14.150***
Supervisión de la madre	3.625	4.201	43.943***
Reglas en casa	3.171	3.560	19.150***
Amigos sin conductas de riesgo	2.960	3.998	146.031***
Amigos saludables	2.783	2.954	5.434*

* p<.05; ** p<.01; *** p<.001.

Tabla 9

Puntajes promedio en fortalezas internas en jóvenes que han tenido o no relaciones sexuales

Fortalezas Internas	Han tenido relaciones sexuales	No han tenido relaciones sexuales	F
Responsabilidad	3.745	3.992	11.655***
Importancia de la salud	4.074	4.211	6.302*
Evitación de conductas de riesgo	3.391	4.089	29.870***
Toma de decisiones	3.536	3.816	8.864**
Resistencia a la presión de pares	4.138	4.746	83.188***
Religión	2.695	3.164	16.782***

* p<.05; ** p<.01; *** p<.001.

Para poder responder la pregunta de investigación acerca del uso del condón en los adolescentes, se comparó el grupo de adolescentes los adolescentes que usaron condón la primera vez y el grupo que no, en cuanto a fortalezas internas y externas, se realizó una

Prueba t. Se puede observar que la única diferencia significativa entre estos dos grupos es en la fortaleza externa amigos sin conductas de riesgo, lo cual indica que los adolescentes que usaron condón la primera vez tienen más amigos sin conductas de riesgo (ver Tabla 10).

Tabla 10

Puntajes promedio en fortalezas externas e internas en jóvenes que no usaron condón en la primera relación sexual y en jóvenes que sí

Fortalezas Externas e Internas	Usaron condón en la primera relación sexual	No usaron condón en la primera relación sexual	t
Comunicación y supervisión del padre	3.012	3.027	-.060
Apoyo de la madre	3.452	3.261	.812
Supervisión de la madre	3.648	3.535	.568
Reglas en casa	3.232	3.994	1.141
Amigos sin conductas de riesgo	3.066	2.606	2.334*
Amigos saludables	2.742	2.772	-.211
Responsabilidad	3.753	3.704	.282
Importancia de la salud	4.043	4.119	-.472
Evitación de conductas de riesgo	3.446	3.076	1.409
Toma de decisiones	3.488	3.600	-.519
Resistencia a la presión de pares	4.228	3.868	1.745
Religión	2.731	2.563	.679

* $p < .05$.

De igual manera se hizo una comparación con Prueba t entre los adolescentes que usan condón o no en su actual vida sexual. Se observó que la fortaleza externa amigos sin conductas de riesgo mostró una diferencia significativa, lo cual quiere decir que los adolescentes que actualmente usan condón tienen menos amigos con conductas de riesgo (Tabla 11).

Tabla 11

Puntajes promedio en fortalezas externas e internas en jóvenes que no usan o usan condón en su actual vida sexual

Fortalezas Externas e Internas	Actualmente usan condón	Actualmente no usan condón	t
Comunicación y supervisión del padre	2.846	3.225	-1.107
Apoyo de la madre	3.703	3.251	1.461
Supervisión de la madre	3.808	3.333	1.889
Reglas en casa	3.106	3.053	.205
Amigos sin conductas de riesgo	3.120	2.508	2.383*
Amigos saludables	2.758	2.758	.000
Responsabilidad	3.900	3.698	.974
Importancia de la salud	4.132	4.000	.607
Evitación de conductas de riesgo	3.530	3.075	1.236
Toma de decisiones	3.586	3.651	-.229
Resistencia a la presión de pares	4.089	3.927	.508
Religión	2.840	2.637	.605

* $p < .05$.

En resumen, se puede observar que en los resultados se obtiene una diferencia significativa en la fortaleza resistencia a la presión de pares en las mujeres que no han tenido relaciones sexuales.

Todas las fortalezas tanto internas como externas resultaron significativas en los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales. La fortaleza amigos sin conductas de riesgo resultó significativa, ya que obtuvieron un mayor puntaje los adolescentes que usaron condón en su primera relación sexual y actualmente.

Debido a que el número de participantes de los grupos era diferente, se igualó la muestra por sexo y por inicio de vida sexual, se eligieron a los 145 jóvenes que habían iniciado su vida

sexual y 145 que no lo habían hecho. En las Tablas 12 y 13 se muestran las características demográficas de estos grupos.

Tabla 12.

Características demográficas de adolescentes varones que han tenido y no han tenido relaciones sexuales.

Característica	Si han tenido relaciones sexuales	No han tenido relaciones sexuales	x
Edad	14.22	14.20	NS
Promedio	7.69	7.78	NS
Vive con ambos padres	68.4% (65)	83.2% (79)	5.6**
Educación padre			
Básica	35.2% (33)	33.7% (30)	NS
Media	31.9% (29)	40.4% (36)	
Superior	33.0% (30)	25.8% (23)	
Educación madre			
Básica	29.7% (27)	38.6% (34)	NS
Media	38.5% (35)	34.1% (30)	
Superior	31.9% (29)	27.3% (24)	
Ocupación padre			
Tiempo completo	68.3% (56)	72.0% (54)	NS
Medio tiempo	26.8% (22)	18.7% (14)	
Desempleado	4.9% (4)	9.3% (7)	
Ocupación madre			
Tiempo completo	35.6% (31)	39.1% (34)	NS
Medio tiempo	35.6% (31)	29.9% (26)	
Desempleada	28.7% (25)	31.0% (27)	

Tabla 13

Características demográficas de adolescentes mujeres que han tenido y no han tenido relaciones sexuales.

Característica	Si han tenido relaciones sexuales	No han tenido relaciones sexuales	x
Edad	14.50	14.50	NS
Promedio	8.28	8.24	NS
Vive con ambos padres	66.0% (33)	70.0% (35)	NS
Educación padre			
Básica	44.7% (21)	50.0% (25)	NS
Media	38.3% (18)	30.0% (15)	
Superior	17.0% (8)	20.0% (10)	
Educación madre			6.7*
Básica	24.5% (12)	42.9% (21)	
Media	46.9% (23)	46.9% (23)	
Superior	28.6% (14)	28.6% (14)	
Ocupación padre			
Tiempo completo	62.5% (30)	60.0% (24)	NS
Medio tiempo	28.3% (13)	35.0% (14)	
Desempleado	6.5% (3)	5.0% (2)	
Ocupación madre			
Tiempo completo	29.2% (14)	36.2% (17)	NS
Medio tiempo	41.7% (20)	29.8% (14)	
Desempleada	29.2% (14)	34.0% (16)	

Para comprobar si existían diferencias en las fortalezas en los grupos igualados se realizó un ANAOVA (Tabla 14 y 15).

A diferencia de la muestra inicial (988 sujetos) cuando se realizan los análisis en los grupos igualados (290 sujetos), la fortaleza de resistencia a la presión de pares, sí obtuvo una diferencia significativa.

Tabla 14

Puntaje promedio en fortalezas externas por sexo y si han tenido o no relaciones sexuales (N=290).

Fortalezas Externas	Han tenido relaciones sexuales		No han tenido relaciones sexuales		F
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Comunicación y supervisión del padre	3.141	2.832	3.435	3.096	.005
Apoyo de la madre	3.563	3.462	3.751	3.703	.025
Supervisión de la madre	3.625	3.907	4.052	4.284	.028
Reglas en casa	3.192	3.173	3.530	3.677	.321
Amigos sin conductas de riesgo	3.115	2.605	4.145	3.791	.327
Amigos saludables	2.888	2.861	3.048	2.881	.459

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

Tabla 15

Puntaje promedio en fortalezas internas por sexo y si han tenido o no relaciones sexuales (N=200).

Fortalezas Internas	Han tenido relaciones sexuales		No han tenido relaciones sexuales		F
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Responsabilidad	3.703	3.868	4.050	3.879	2.240
Importancia de la salud	4.132	3.982	4.261	4.023	.163
Evitación de conductas de riesgo	3.561	3.570	4.226	3.972	.519
Toma de decisiones	3.522	3.889	3.588	3.744	.557
Resistencia a la presión de pares	4.106	4.394	4.788	4.777	1.697
Religión	2.718	2.721	3.100	3.794	.744

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

Los resultados por sexo en los grupos igualados, se observa en las tablas 16 y 17. Hubo puntajes significativos en comunicación y supervisión del padre, importancia de la salud y resistencia a la presión de pares, a diferencia de la muestra inicial (988 sujetos).

Tabla 16

Puntaje promedio en fortalezas externas por sexo (N=290)

Fortalezas Externas	Hombre	Mujer	F
Comunicación y supervisión del padre	3.312	2.960	3.524
Apoyo de la madre	3.671	3.579	.194
Supervisión de la madre	3.869	4.091	2.994

Reglas en casa	3.385	3.418	.191
Amigos sin conductas de riesgo	3.704	3.182	10.019**
Amigos saludables	2.980	2.871	.884

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Tabla 17

Puntaje promedio en fortalezas internas por sexo (N=290)

Fortalezas Internas	Hombre	Mujer	F
Responsabilidad	3.902	3.873	.001
Importancia de la salud	4.206	4.002	3.178
Evitación de conductas de riesgo	3.941	3.765	.455
Toma de decisiones	3.560	3.818	3.397
Resistencia a la presión de pares	4.496	4.581	1.469
Religión	2.936	2.756	.720

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Los resultados por si tuvieron o no relaciones sexuales en los grupos igualados, se observa en las tablas 18 y 19. Hubo puntajes significativos en comunicación y supervisión del padre y apoyo de la madre, a diferencia de la muestra inicial (988 sujetos).

Tabla 18

Puntaje promedio en fortalezas externas en jóvenes que han tenido o no relaciones sexuales (N=290)

Fortalezas Externas	Han tenido relaciones sexuales	No han tenido relaciones sexuales	F
Comunicación y supervisión del padre	3.017	3.322	2.495
Apoyo de la madre	3.521	3.765	1.594

Supervisión de la madre	3.741	4.129	7.280**
Reglas en casa	3.184	3.579	8.246**
Amigos sin conductas de riesgo	2.904	4.027	65.840***
Amigos saludables	2.877	2.993	.762

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

Tabla19

Puntajes promedio en fortalezas internas en jóvenes que han tenido o no relaciones sexuales(N=290)

Fortalezas Internas	Han tenido relaciones sexuales	No han tenido relaciones sexuales	F
Responsabilidad	3.771	3.993	2.548
Importancia de la salud	4.070	4.182	.605
Evitación de conductas de riesgo	3.565	4.142	8.545**
Toma de decisiones	3.673	3.640	.076
Resistencia a la presión de pares	4.225	4.784	21.572***
Religión	2.719	3.998	1.622

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

6. Discusión

La primer pregunta de investigación que se buscó responder fue si los adolescentes que no han iniciado su vida sexual de forma temprana obtienen puntajes significativamente más altos en fortalezas internas y externas que aquellos que ya iniciaron su vida sexual, la cual tuvo como resultado que si existían diferencias significativas entre ambos grupos.

El patrón de conducta sexual en los adolescentes de esta muestra, indica que la edad promedio de inicio de la vida sexual es a los 13 años, este dato muestra diferencia con lo obtenido por la ENSANUT en el 2014, donde la edad promedio de inicio en población mexicana era de 17 años. Respecto a poblaciones de otros países en los últimos años, se encuentra un rango de diferencia de 1 o 2 años, esto indica, al menos en México, conforme pasan los años la población adolescente inicia su vida sexual de forma más precoz, por lo que el riesgo de tener un embarazo no deseado o una enfermedad de transmisión sexual aumenta, y las conductas sexuales de riesgo se ven como algo normal.

En las fortalezas externas comunicación y supervisión del padre, apoyo y supervisión de la madre y reglas en casa, los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales obtuvieron los de puntajes más altos, esto coincide con los resultados de otros autores (Oliva, 2006; Ruíz et al., 2012; Domínguez, 2011) y apoya la importancia de la relación con los padres para el desarrollo del adolescente. Es decir, si el adolescente percibe comunicación y apoyo de parte de la familia, esto puede contribuir a que tenga una vida sexual saludable.

Otro aspecto familiar que resultó importante fue la supervisión de los padres, la cual se refiere a qué tanto los padres están al pendiente de lo que sus hijos hacen, pero como señalan Lavielle et al. (2014) esta supervisión debe ser moderada de tal manera que no impida el desarrollo

de la autonomía del joven, pero tampoco se debe descuidar, ya que esto puede provocar que el adolescente se involucre en conductas de riesgo.

Adolescentes de la muestra que han tenido relaciones sexuales obtuvieron puntajes significativamente bajos en las fortalezas relacionadas con la familia, esto puede deberse a la actual situación en la que ambos padres trabajan y por lo tanto pasan menos tiempo de calidad con sus hijos, lo que coincide con lo expuesto por Luisi (2013) donde relaciona esta ausencia parental con el probable aumento de conductas de riesgo.

Oliva (2006) menciona que el control inductivo y justificado puede funcionar como una estrategia socializadora para los adolescentes, pues esto les brinda una guía de comportamiento, así cuando éste presente conductas de riesgo será necesario tener un control más estricto. Esta idea se vio reflejada en el resultado de la fortaleza reglas en casa de esta investigación, pues los adolescentes que perciben más esta fortaleza son aquellos que no han tenido relaciones sexuales.

Los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales tienen más amigos sin conductas de riesgo que los que ya las han tenido, esto puede deberse a que los amigos sin conductas de riesgo se involucran menos en situaciones de índole sexual. La influencia de los amigos en el crecimiento del adolescente es importante ya que viven en realidades muy parecidas (Castellano, 2005). Esto coincide con la investigación de Navarro et al. (2006) donde encontró que los adolescentes viven una sexualidad similar a la de sus amigos.

Específicamente las mujeres obtuvieron puntajes significativamente más bajos en las fortalezas comunicación y supervisión del padre y amigos sin conductas de riesgo, las cuales podrían tener relación, pues como menciona Rodrigo et al. (2004), la escasa presencia de los

padres está asociado con que los adolescentes busquen relacionarse con iguales conflictivos, exponiéndose a conductas de riesgo. Así esta poca supervisión que las mujeres perciben del padre, puede provocar que no tengan amigos sin conductas de riesgo.

Los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales son los que tienen un puntaje mayor en la fortaleza amigos saludables, lo cual hace sentido con Castellano (2005) quien menciona que los amigos son parte importante del desarrollo psicosocial del adolescente, por lo que los amigos saludables pueden influir en que no se tengan conductas de riesgo.

Los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales mostraron puntajes más altos en todas las fortalezas internas. Los puntajes altos en responsabilidad y toma de decisiones, pueden deberse a que estos adolescentes son más asertivos al momento de decidir el inicio de su vida sexual, pues como mencionan Vargas, Henao y González (2007) toman en cuenta sus intereses, creencias, actitudes, valores y metas, y si se perciben responsables analizarán las consecuencias de sus acciones y por lo tanto no asumirán conductas de riesgo.

El puntaje obtenido por los adolescentes que no han tenido relaciones en la fortaleza evitación de conductas de riesgo, coincide con la investigación de Palacios, Bravo y Andrade (2007), donde se encontró que los adolescentes que consumen alcohol son más propensos a tener relaciones sexuales de riesgo en edades tempranas. También coincide con lo planteado por Lomba et al. (2009), quienes señalan que los jóvenes que consumen alcohol y otras drogas son sexualmente más activos y propensos a tener conductas sexuales de riesgo.

Los adolescentes con mayores puntajes en resistencia a la presión de pares son aquellos que no han tenido relaciones sexuales, esto quiere decir que presentan una mayor capacidad de enfrentarse a la presión social. La baja puntuación de los adolescentes que tuvieron relaciones

sexuales en esta fortaleza coincide con la idea de Rice (1999) de que los jóvenes adoptan actitudes y comportamientos de su grupo de amigos a causa de la presión ejercida sobre ellos, lo cual genera una influencia social negativa.

Específicamente los hombres de esta muestra obtuvieron un puntaje más bajo que las mujeres en la fortaleza resistencia a la presión de pares, esto puede deberse a las altas expectativas que se tiene del hombre con respecto a su virilidad, pues como menciona Goncalves, Castellá y Carlotto (2007) la presión social hacia los hombres se encamina a que deban tener múltiples parejas sexuales. Así sometidos a cumplir los papeles determinados por la sociedad, se terminan involucrando en conductas sexuales de riesgo.

En la fortaleza interna religión, nuevamente son los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales los que presentan puntuaciones significativamente más altas, lo que indica que quizá la importancia que los jóvenes le den a sus creencias en alguien superior puede ser un factor protector. Esto concuerda de alguna manera con la investigación de Ruíz (2015), en donde sus resultados indicaban que un mayor apego a la religión se asociaba con la evitación del inicio de la vida sexual, sin embargo en esta investigación no se midió el grado de apego a una religión sino únicamente a la importancia que se le da a las creencias en un ser superior, por lo tanto este aspecto requiere de mayor profundidad y quizás medir más bien espiritualidad en vez de apego a la religión.

A pesar de la falta de información de la importancia que el adolescente le da a su salud, en este estudio se encontró que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales le dan mayor importancia a su salud, pues obtienen puntajes significativamente más altos en esta fortaleza que los que sí. Este resultado debería tomarse en cuenta para crear conciencia en

los jóvenes de los posibles riesgos que tienen al iniciar su vida sexual, sobre todo si lo hacen sin protección, ya que se pueden tener consecuencias en la salud, como son las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

La segunda pregunta de investigación se refería al uso del condón en los adolescentes y planteaba que aquellos que lo usaran obtendrían puntajes significativamente más altos, lo cual sucedió.

Se encontraron diferencias entre las todas las fortalezas, pero sólo la de amigos sin conductas de riesgo fue significativa, siendo ésta mayor en los que usaron condón, tanto en la primer relación sexual como actualmente. Esto coincide con la investigación de Sánchez y Muñoz (2005) donde se encontró que la actitud en los adolescentes hacia el uso del condón depende en gran medida de la opinión de su grupo de pares. También se relaciona con los resultados de Alvarado (2013), quien encontró que los adolescentes tienen como principal fuente de información de temas sexuales y métodos anticonceptivos a sus amigos.

Lo encontrado en los resultados de esta investigación no coinciden con Rengifo, Córdoba y Serrano (2012) pues en su investigación, estos autores plantean la idea de que es la familia es la que tiene mayor influencia en la toma de decisiones sobre la vida sexual de los adolescentes.

El 25.5% de la muestra informó que no utilizó condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales. Si se retoma la encuesta realizada por CONAPO (2014), se podría suponer que estos adolescentes comenzarán a protegerse hasta dentro de 3 o 4 años posteriores a su inicio, lo que indica que entre estos años tendrán un mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. El que no usen condón puede explicarse por

Castillo y Benavides (2012), quienes plantean que en la adolescencia se ve la vida de manera fantasiosa, por lo que pueden creer que no habrá consecuencias de sus actos, por el simple hecho de ser adolescentes.

El porcentaje de adolescentes que usaron condón en su primer relación sexual es muy similar al porcentaje de los que lo usaron en sus relaciones sexuales posteriores, lo cual indica que si lo usan la primera vez, es muy probable que lo sigan usando en las relaciones sexuales posteriores, datos que coinciden con lo encontrado por Lavielle et al. (2014).

La mayoría de los puntajes que fueron significativamente más altos coinciden con la literatura acerca del desarrollo positivo, por lo que se puede concluir que existen fortalezas tanto internas como externas que juegan un papel determinante en la conducta sexual del adolescente.

7. Conclusiones y sugerencias

Por todo lo encontrado en esta investigación, se puede concluir la importancia de que las escuelas secundarias implementen un curso de sexualidad o talleres que les permitan a los adolescentes conocer su sexualidad de una forma integral, pues como menciona Pasqualini y Llorens (2010) la sexualidad no se limita al funcionamiento genital o el acto sexual, sino que engloba también aspectos como el afecto, el interés por la otra persona, crecimiento mutuo, comunicación y preocupación por las necesidades del otro. Se justifica la impartición de esto en las escuelas, ya que es el ambiente donde normalmente los adolescentes hacen amigos, y en esta investigación se reafirmó la importancia de éstos sobre las decisiones del adolescente en temas sexuales.

Se recomienda que los resultados de esta investigación se tomen en cuenta para el diseño de un programa de intervención en donde se incluyan aspectos como la importancia de la salud, la resistencia a la presión de pares y toma de decisiones, para que el adolescente comprenda que está dentro de sus posibilidades tener la responsabilidad de su vida sexual. Además, dada la edad de los jóvenes y la importancia que la familia y los amigos tienen, sería recomendable incluirlos en las intervenciones.

Se concluye también la importancia de la familia para el adolescente, pues el apoyo y el cariño que se tenga en el núcleo familiar contribuyen a la evitación de conductas de riesgo del adolescente. Aunque los programas de prevención tengan un efecto positivo en el adolescente, si los padres no dan seguimiento a las actividades que realiza su hijo, o a las amistades que llegue a tener, es muy probable que el adolescente se involucre en conductas de riesgo.

Como sugerencia a futuras investigaciones, es importante que se tome en cuenta el aspecto emocional del adolescente, por lo que se requeriría una investigación más profunda que pueda abarcar el aspecto cualitativo, a través de entrevistas individuales que permitan conocer mejor las condiciones familiares y sociales en las que se desenvuelve el adolescente.

Sería necesario también profundizar en los conocimientos y creencias que los adolescentes tienen acerca del uso del condón, ya que así es posible realizar programas de prevención con base en lo que éstos necesitan para poder protegerse de una ETS o de un embarazo no deseado.

Referencias

- Aguirre, A. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. Colombia: Alfaomega.
- Aláez, M., Madrid, J., & Antona, A. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 45-53.
- Alvarado, T. J. (2013). Educación sexual preventiva en adolescentes. *Contextos*, 29, 25-42.
- Andrade, P. P. (2014). Desarrollo positivo del adolescente como protector de conductas de riesgo. Reporte Final del Proyecto PAPIIT IN301912.
- Andrade, P.P., Morales, D. N., Sánchez, X. C., & González, G. A. (2013). Fortalezas de los jóvenes que no presentan conductas de riesgo. *El Psicólogo Anahuac*, 16, 17-23.
- Baeza, W. B., Póo, F. A., Vásquez, P. O., Muñoz, N. S., & Vallejos, V. C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72(2), 76-81.
- Beadnell, B., Morrison, D. M., Wildson, A., Wells, E. A., Murowchick, E., Hoppe, M., Rogers, G. M., & Nahom, D. (2005). Condom use, frequency of sex, and number of partners: multidimensional characterization of adolescent sexual risk-taking. *Journal of Sex Research*, 42(3), 192- 202.
- Benson, P. L., Leffert, N., Scales, P. C., & Blyth, D. A. (1998). Beyond the “village” rhetoric: creating healthy communities for children and adolescents. *Applied Developmental Science*, 2(3), 138-159.

- Benson, P. L. (2007). *Developmental assets: an overview of theory, research and practice. Approaches to positive youth development*. Gran Bretaña: Tj International Ltd, Padstow, Cornwall.
- Betancourt, O. D., Andrade, P. P., González, G. A., & Sánchez, X. O. (En prensa). *Fortalezas internas y externas en adolescentes (FIE-A)*.
- Campero, L., Atiezo, E., Suárez, L., Hernández, B., & Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva del adolescente en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México, 149*, 299-307.
- Caña, M. L., Michelini, Y., Acuña, I., & Godoy, J. (2015). Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. *Salud y Drogas, 15*(1), 55-65.
- Capaldi, D. M., Stoolmiller, M., Clark, S. & Owen, D. (2002). Heterosexual risk behavior in at-risk young men from early adolescence to young adulthood: prevalence, prediction, and association with STD contraction. *Developmental Psychology, 38*, 394-406.
- Castellano, B. G. (2005). El adolescente y su entorno: sociedad, familia y amigos. *Pediatría Integral, 9*(1), 41-46.
- Castillo, A. L., & Benavides, T. R. (2012). Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría del rango medio. *AQUICHAN, 12*(2), 169-189.
- CONAPO. (2014). *Indicadores de salud sexual y reproductiva. Entidades Federativas 2014*. Ciudad de México, México. Recuperado de:

[http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva Entidades Federativas 2014](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_de_Salud_Sexual_y_Reproductiva_Entidades_Federativas_2014)

- Corona, H. F., & Funes, D. F. (2015). *Abordaje de la sexualidad en la adolescencia*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 74-80.
- Dávila, E. M., Tagliaferro, Z. A., Bullones, X., & Daza, D. (2008). Nivel de conocimiento de adolescentes sobre VIH/SIDA. *Salud Pública*, 10(5), 716-722.
- Domínguez, D. I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(3), 387-398.
- ENSANUT. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Ciudad de México, México. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/>
- Fehring, R., Cheever, K., German, K., & Philpot, C. (1998). Religiosity and sexual activity among older adolescents. *Journal of Religion and Health*, 37, 229–247.
- Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Medina, M. M., Alcántar, M. E., Navarro, G. C., & Blanco, J. J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 22(4), 14-19.
- García, P. M. (2014). Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. *Revista de SEAPA*, 2(2), 38-61.
- García, V. E., Menéndez, R. E., García, F. P., & Rico, F. R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psycothema*, 22(4), 606-612.

- Giménez, M., Vázquez, C., & Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: más allá de los modelos vulnerables. *Psychology, Society & Education*, 2(2), 97-116.
- Gobierno de la República Mexicana. (2014). *Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes*. Ciudad de México, México. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25687/ENAPEA_0215.pdf
- Goncalvez, C. S., Castellá, S. J., & Carlotto, M. S. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166.
- González, A. N., Valdez, M. J., & Zavala, B. Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 41-52.
- González, G. C., Rojas, M. R., Hernández, S. M., & Olaiz, F. G. (2004). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 47(3), 209-218.
- González, J.A., & Pérez, M. G. (2010). Cultura, sexualidad y juventud: experiencias de nuestros jóvenes en Londres. *Revista Fuentes*, 10, 154-172.
- Heck, K.E., & Subramaniam, A. (2009). *Youth development frameworks*. [Monograph]. Davis, CA: 4-H Center for Youth Development, University of California.
- Higashida, H. B. (2005). *Ciencias de la salud*. México: Mc Graw Hill.
- Holli, M. S. (2015). *Predicting condom use behavior in sexually active adolescents: application of the health belief model and developmental assets framework* (Tesis doctoral). The University of Texas at Arlington, Texas, Estados Unidos.

- Horrocks, J. (2001). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Jiménez, H. Y., Pintado, M. Y., Monzón, R. A., & Valdés, G.O. (2009). La sexualidad temprana en la adolescencia. Un problema actual. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente*, 8(2), 1-13.
- Kaestle, C. E., & Halpern, C. T. (2005). Sexual activity among adolescents in romantic relationships with friends, acquaintances, or strangers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(9), 849-853.
- Kimmel, D., & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. España: Ariel, S. A.
- Larson, R. W. (2000). Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist*, 55(1), 170-183.
- Larson, R. W., & Tran, P. S. (2014). Invited commentary: positive youth development and human complexity. *Journal of Youth and Adolescence*, 43, 1012-1017.
- Lavielle, S. P., Jiménez, V. F., Vázquez, R.A., Aguirre, G. M., Castillo, T. M., & Vega, M. S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38-43.
- Lerner, R. M., Fisher, C. B., & Weinberg, R. A. (2000). Toward a science for and of the people: promoting civil society through the application of developmental science. *Child Development*, 71, 11-20.

- Lomba, L., Apóstolo, J., & Méndes, F. (2009). Consumo de drogas, alcohol y conductas sexuales en los ambientes recreativos nocturnos de Portugal. *Adicciones*, 21(4), 309-326.
- López, J. N. (2001). *Influencia del amigo en el adolescente* (Tesis de maestría en Enfermería). Universidad Autónoma de Nuevo León: México.
- Luisi, F. V. (2013). Educación de la sexualidad en el contexto familiar y escolar. *Educere*, 17(58), 429-435.
- Marina, J.A., Rodríguez, M. T., & Lorente M. (2015). *El nuevo paradigma en la adolescencia*. España: Centro Reina Sofía.
- Martín, A. L., & Reyes, D. Z. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(2), 183-187.
- Martínez, G. M. L. (2007). Mirando al futuro: desafíos y oportunidades para el desarrollo de los adolescentes en Chile. *Psykhe*, 16(1), 3-14.
- Moldenhauer, N., & Ortega, M. (2004). *Adolescencia y sexualidad*. Chile: Universidad Austral de Chile.
- Molina, C. G., & Toledo, N.R. (2014). *Las redes sociales y su influencia en el comportamiento adolescente* (Tesis de Pregrado en Psicología Clínica). Universidad del Azuay, Ecuador.

- Navarro, P. E., Reig, F. A., Barberá, H. E., & Ferrer, C. R. (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescentes: diferencias de género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 79-96.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2012). *Encuesta mundial de salud a escolares (GSHS)*. Recuperado de: <http://www.who.int/chp/gshs/es/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2016). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Oliva, D. A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209-223.
- Oliva, D. A. (2015). Los activos para la promoción del desarrollo positivo adolescente. *Metamorfosis*, 3, 32-47.
- Oliva, D. A., Antolín, S. L., Stévez, C. R., & Pascual, G. D. (2012). Activos del barrio y ajuste adolescente. *Psychosocial Intervention*, 21(1), 17-27.
- Oliva, D. A., Hernando, G. A., Parra, J. A., Pertegal, V. M., Ríos, B. M., & Antolín, S. L. (2008). *La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención*. España: Junta de Andalucía.
- Oliva, D. A., Pertegal, M., Antolín, L., Reina, M., Ríos, M., Hernand, A.,... Estévez, M. (2011). *Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. España: Junta de Andalucía.
- Palacios, D. J., Bravo, F. M., & Andrade, P. P. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology International*, 18(4), 1-13.

- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Parra, V. J., & Pérez, V. R. (2010). Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24(1), 7-19.
- Pasqualini, D., & Llorens, A. (2010). *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud.
- Polo, C. (2009). *Resiliencia: factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años* (Tesis de pregrado). Universidad del Aconcagua, Chile.
- Rengifo, R. H., Córdoba, E. A., & Serrano, R. M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista Salud Pública*, 14(4), 558-569.
- Rice, F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. España: Prentise Hall.
- Rodrigo, M., Máiquez, L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., & Martín, J. (2004) Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210.
- Rodríguez, C. A., Sanabria, R. G., & Contreras, P. M. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174.
- Rodríguez, G. Y., Oliva, D.J., & Gil, H.A. (2007). La sexualidad en los adolescentes: algunas consideraciones. *Archivo Médico de Camagüey*, 11(1), 1-9.

- Ruíz, C. M., López, D. C., Carlos, C., Calatrava, M., Osorio, A., & De Irala, J. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista Panamericana Salud Pública*, 31(1), 54-61.
- Salvo, G. L., & Castro, S. A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en Adolescentes. *Children Neuro-Psiquiatric*, 51(4), 245-254.
- Sánchez, G. M., & Muñoz, S. A. (2005). Influencia de padres y amigos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de prevención en la adolescencia. Un análisis en función del género. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 71-79.
- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en el adolescente*. España: Mc Graw Hill.
- Secretaría de Educación Pública (SEP). (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven*. México: El Dragón Rojo.
- Thornton, A., & Camburn, D. (1989). Religious Participation and Adolescent Sexual Behavior and Attitudes. *Journal of Marriage and Family*, 51(3), 641-53.
- UNICEF. (2011). *La adolescencia: una época de oportunidad*. Estados Unidos: UNICEF.
- Uribe, A. I., Aguilar, V. J., Zacarías, S. X., & Aguilar, C. A. (2015). Modelos explicativos del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1904-1915.
- Vaillant, C. M., Dandicourt, C. T., & Mackensie, S. Y. (2012). Prevención del embarazo en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 28(2), 125-135.

- Vargas, T. E., Henao, J., & González, J. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología, 10*(1), 49-63.
- Villagrán, V. G., Alfaro, M. L., & Torres, M. K. (2004). Asociación alcohol- sexo y autoconcepto en HSH. *La Psicología Social en México, 10*, 453- 460.
- Villalobos, H. A., Campero, L., Suárez, L. L., Atienzo, E. E., Estrada, F., & De La Vara, S. E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México, 57*(2), 135-143.
- Walti, C. C. (2005). Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles de POBLACIÓN, 45*, 143-176.