



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“Empoderamiento y salud sexual en estudiantes de primer
año de carreras médico-biológicas”**

TESIS EMPÍRICA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Juan Antonio Gallardo Fraga

Directora: Dra. Nélida Padilla Gámez

Dictaminadores: Dra. Yuma Yoaly Pérez Bautista

Dra. Carolina Santillán Torres Torija



Los Reyes Iztacala, Estado de México
2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1.1. Concepto de salud.....	4
1.2. Antecedentes de la Salud Sexual y Reproductiva.....	5
1.3. Conceptos clave para entender la salud sexual y reproductiva	6
1.4. Panorama de la salud sexual y reproductiva en México y América Latina.....	12
1.5. Prevención e intervención.....	15
1.5.1. Conocimientos sobre ITS/VIH-SIDA.....	16
1.5.2. Conductas sexuales de riesgo	19

2. MODELOS TEÓRICOS EN SALUD SEXUAL

2.1. Modelo de creencias de salud	20
2.2. Modelo de la acción razonada	22
2.3. Modelo de la conducta planificada	22
2.4. Modelo de información motivación-habilidades conductuales.....	23
2.5. Habilidades conductuales y conducta de salud	24

3. EMPODERAMIENTO

3.1. Consideraciones generales del empoderamiento.....	26
3.2. Empoderamiento sexual	29

4. MÉTODO

4.1. Justificación.....	33
4.2. Delimitación del objeto de estudio	34
4.3. Pregunta de investigación	35
4.4. Objetivos	35
4.4.1. Objetivo general	35
4.4.2. Objetivos específicos	35
4.5. Hipótesis	35
4.5.1. Hipótesis de trabajo.....	35
4.5.2. Hipótesis estadísticas.....	36
4.6. Variables.....	36

4.6.1. Variables independientes.....	36
4.6.2. Variables dependientes.....	36
4.6.3. Definición conceptual de las variables.....	37
4.7. Tipo de estudio.....	40
4.8. Participantes.....	41
4.9. Instrumentos.....	41
4.10. Procedimiento.....	42
5. RESULTADOS	
5.1. Análisis descriptivo.....	44
5.1.1. Datos sociodemográficos de los participantes.....	44
5.1.2. Comportamiento sexual.....	45
5.2. Análisis Inferencial.....	51
5.2.1. Prueba T de Student	51
5.2.2. Estudio correlacional	55
6. DISCUSIÓN	
6.1. Alcances y limitaciones	65

REFERENCIAS

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es conocer si existe relación entre el nivel de empoderamiento y la salud sexual en estudiantes universitarios de primer año de las carreras médico biológicas. Participaron 596 estudiantes de primer año las 6 diferentes carreras que se imparten en la FES Iztacala, de los cuales el 64 % fueron mujeres y el 36% restante, varones, la edad promedio rondó los 18 años y la preferencia sexual predominante fue la heterosexual. Se concluye que la población del estudio se encuentra susceptible a contraer alguna ITS o vivir un embarazo no planeado, debido a su alta incidencia de conductas sexuales de riesgo.

Palabras clave: empoderamiento, salud sexual, conductas sexuales de riesgo.

ABSTRACT

The objective of this research was to find out if there is a relationship between the level of empowerment and sexual health in first-year university students of medical biological programs. 596 first-year students participated, from the 6 different careers at the FES Iztacala. 64% were women and the remaining 36% men, the average age was around 18 years and the predominant sexual preference was heterosexual. It is concluded that the study population is susceptible to contracting an STI or experiencing an unplanned pregnancy, due to a high incidence of risky sexual behaviors.

Keywords: empowerment, sexual health, risky sexual behaviors.

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud fue definido por primera vez en la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Organización Mundial de la Salud, 1946). Entendida así, la salud es un derecho fundamental, y como tal es una dimensión obligada en la conceptualización y medición del bienestar, así como de la calidad de vida de la población. Es además un requisito para un desarrollo económico y social.

La salud sexual y reproductiva (SSR) se reconoce como un componente integral de la salud general. Está “limitada a los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones y procesos” (Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994: párrafo 7.2). Incorpora el derecho a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, la privacidad, la igualdad, el amor, la expresión, el derecho a elegir, y a la educación. La SSR no atañe solo al periodo reproductivo, sino que enfatiza la salud a lo largo del ciclo de la vida de los individuos (Bernstein, 2006). Contribuye a determinar los niveles del bienestar a lo largo del curso de vida de las personas: niñez, adolescencia, periodo reproductivo, menopausia y vejez de hombres y mujeres.

Así mismo, la población joven (15-24 años de edad) es un grupo de edad importante, pues comprende el 30% de la población en América Latina y el Caribe (Pan American Health Organization, 2016). Actualmente, en esta población se presenta una seria problemática de salud pública que tiene estrecha relación con la salud sexual. Este sector, se encuentra expuesto a múltiples factores de riesgo, viéndose particularmente afectado por el VIH/SIDA, siendo el SIDA una de las cinco principales causas de muerte de los jóvenes en América Latina. Además de esto, el embarazo no planeado sigue siendo un problema en esta región, ya que el 25% de las mujeres jóvenes son madres antes de los 20 años de edad, y el 45% de estos embarazos son el resultado del mal uso de anticonceptivos (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2016).

A través del tiempo, se han desarrollado múltiples modelos teóricos para estudiar la salud sexual, la mayoría de los cuales, han centrado su atención específicamente en el individuo, restando importancia a las variables relacionales propias del contexto social en donde se desenvuelve la persona, lo cual implica encontrar diversas limitantes subyacentes. Es por lo anterior, que resulta importante retomar una postura teórica con mayor amplitud que, a diferencia de las anteriores, pondere las variables socio-culturales y relacionales.

Es por lo anterior que resulta de gran relevancia estudiar los efectos del empoderamiento y su relación con la salud sexual. Este modelo teórico pone especial énfasis en aspectos contextuales y se centra en la interacción del individuo con dichos elementos. De esta manera se concibe al empoderamiento como un proceso dinámico en constante cambio, sin un punto de llegada definitivo y multidimensional que comprende diversas esferas o áreas de la vida, por lo que se dice: “en cualquier momento un individuo puede experimentar empoderamiento en varios niveles o áreas y des-empoderamiento en otros” (Peterson, 2010).

Esta investigación tuvo por objetivo conocer si existe relación entre el nivel de empoderamiento y la salud sexual en estudiantes universitarios de primer año de las carreras médico biológicas. Participaron 596 estudiantes de primer año las 6 diferentes carreras que se imparten en la FES Iztacala, de los cuales el 64 % fueron mujeres y el 36% restante, varones, la edad promedio rondó los 18 años y la preferencia sexual predominante fue la heterosexual. Se encontró que el 69% de los participantes son sexualmente activos, el promedio de edad del debut sexual fue de 16.42 años y en promedio estuvieron con 3 parejas sexuales al momento de la aplicación. La actividad sexual más recurrente es la penetración vaginal, y tan sólo el 37% de los jóvenes utilizan condón recurrentemente al realizar esta práctica, además, los varones del estudio se exponen más que las mujeres a conductas sexuales de riesgo. Es por lo anterior que se concluye que la población del estudio se encuentra susceptible a contraer alguna ITS o vivir un embarazo no planeado, debido a su alta incidencia de conductas sexuales de riesgo.

Por tanto, en el capítulo 1 se describen los conceptos generales de salud, salud sexual y reproductiva, el panorama en México y América Latina respecto a este tema y una revisión

de propuestas de prevención e intervención. En el capítulo 2 se hace referencia a los modelos teóricos explicativos de la salud sexual y reproductiva que históricamente se han desarrollado. Dentro del capítulo 3 será posible encontrar las consideraciones generales del empoderamiento, hasta llegar a las especificidades del empoderamiento sexual, para llegar a la justificación, objetivos, hipótesis y definición de variables en el capítulo 4. Posteriormente se describe la metodología y se exponen los resultados en los capítulos subsecuentes.

Finalmente se exponen en el capítulo 6 la discusión y conclusiones, que en síntesis, hace referencia a que los estudiantes universitarios que conformaron la población de estudio se encuentran susceptibles a contraer alguna ITS o tener un embarazo no planeado, debido a sus altos índices de incidencia en cuanto a conductas sexuales se refiere.

1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. 1. Concepto de salud

La definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a la salud, sin lugar a dudas, es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), plasmada en el preámbulo de su Constitución: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). A pesar de que fue oficializada hace unos 70 años, esta definición es relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, que es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocida en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia.

Así pues, el constructo de salud, implica la interacción dinámica de múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales, políticos, económicos, culturales, etc. Todos los procesos anteriores no están aislados ni son independientes, sino que se imbrican unos con otros, por lo que la salud depende en último término de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el biológico, el económico y social (Cumbre de Río de Janeiro, 1992). Es por ello que se considera a la salud como un fenómeno social altamente complejo, debido a la elevada cantidad de variables involucradas y su fuerte interacción entre ellas.

Estudiar la salud supone un gran reto por su compleja naturaleza sistémica, se ha optado por analizarla a través de la multidisciplinariedad, así pues, emergen diversas dimensiones de salud (salud física, mental, ambiental, sexual y reproductiva, etc.) que permiten profundizar en el estudio de las diversas problemáticas de salud y sus posibles vías de acción, siempre tomando en cuenta que interactúan en todo momento y sólo se segmentan con fines de análisis (Briceño, 1999).

Tomando en cuenta lo anterior, para este estudio es necesario profundizar en el constructo de salud sexual y reproductiva, pues es el tema que nos atañe.

1.2. Antecedentes de la Salud Sexual y Reproductiva

La noción de salud sexual y reproductiva, ha ido evolucionando con el tiempo en todo el mundo. La labor de la OMS en la esfera de la salud sexual se remonta por lo menos a 1974, cuando, tras ser convocados a Ginebra por la Organización, un grupo de expertos en sexualidad humana elaboró un informe técnico sobre la formación de los profesionales sanitarios en materia de educación y tratamiento en esta esfera (World Health Organization, 1975).

En el informe, la salud sexual y reproductiva se definió como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Además, se indica que la atención al placer y al derecho a la información sexual son fundamentales en esta definición. Veinte años más tarde, en 1994, la salud sexual se incluyó en la definición declarada de salud reproductiva del informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD): “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (Naciones Unidas, 1994).

En esta definición estaba implícita la capacidad de las personas “de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos”, así como la capacidad y libertad para decidir procrear, el momento y la frecuencia para hacerlo. En el informe se definió también la salud sexual y se estableció que su objetivo declarado es “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (Ibíd).

En el decenio posterior, se avanzó considerablemente en la comprensión de la sexualidad en el mundo y se reconoció la enorme carga mundial para la salud, así como la elevada mortalidad causada por una amplia gama de afecciones de la salud sexual y reproductiva, entre ellas la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual

(ITS), los embarazos no deseados, los abortos practicados en condiciones de riesgo, la esterilidad, las afecciones maternas y genitourinarias, la violencia de género, y las disfunciones sexuales. Además, aumentó la concienciación sobre los efectos del estigma, la discriminación y la calidad insuficiente de la atención en la salud sexual y reproductiva de las personas.

Por otra parte, en la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo, adoptada por la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2004, la OMS estableció cinco aspectos fundamentales de la salud sexual y reproductiva, en uno de los cuales se mencionaba explícitamente el objetivo de *promover la salud sexual*, (OMS, 2004). La OMS, reconociendo la necesidad de establecer una definición más clara, convocó a un grupo de expertos mundiales para que asumiera esta tarea en 2002, y en 2006 publicó la definición de trabajo de “salud sexual” resultante, así como los conceptos conexos de “sexo”, “sexualidad” y “derechos sexuales”.

Además, en 2010 se publicó un marco para el diseño de programas de salud sexual (World Health Organization, 2010), en el que se definieron y contextualizaron los cinco factores multisectoriales que influyen en la salud sexual: 1) la legislación, las políticas y los derechos humanos; 2) la educación; 3) la sociedad y la cultura; 4) la economía; y 5) los sistemas de salud. Más recientemente, la OMS publicó un informe sobre la salud sexual, los derechos humanos y la legislación (2015) para ayudar a los gobiernos y a las instancias normativas a mejorar la salud sexual mediante la armonización de las leyes y políticas pertinentes con las obligaciones nacionales e internacionales en materia de salud y derechos humanos (World Health Organization, 2015).

1.3. Conceptos clave para entender a la salud sexual y reproductiva

Es indispensable comenzar por definir algunos conceptos clave. En principio, resulta importante puntualizar la diferencia entre sexo y sexualidad. El primer término hace referencia a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o

mujer, sin embargo, no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos. Adicionalmente, en el uso general de muchos idiomas, el término «sexo» se utiliza a menudo en el sentido de «actividad sexual», aunque para usos técnicos en el contexto de la sexualidad y los debates sobre salud sexual se prefiere la definición anterior (WHO, 2010).

Por otro lado, la sexualidad es un término más amplio y se define como un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Ibíd).

Tomando en cuenta la naturaleza multidimensional del concepto *sexualidad*, la definición de salud sexual y reproductiva, por ende, es bastante amplia y por supuesto abarca múltiples elementos. Se define como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales (WHO, 2010).

La satisfacción de la salud sexual está ligada al respeto, protección y cumplimiento de los derechos sexuales, los cuales, constituyen la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación (WHO, 2010). A continuación, se enlistan los derechos sexuales promulgados por la CONAPO.

1. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad de acuerdo con nuestras facultades en evolución. La libertad y la autonomía son derechos esenciales reconocidos constitucionalmente como fundamentales y que hacen referencia a las condiciones indispensables de toda persona. En estos se encuentra el derecho a la vida, a la integridad personal y a la libertad de ideas, religión y circulación; a la seguridad; al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen; al matrimonio consensuado y la inviolabilidad de domicilio y de las comunicaciones. Estos derechos son sustantivos para el ejercicio de una sexualidad libre, autónoma e informada, sin injerencias arbitrarias por parte de terceros; por ello, el Estado debe propiciar ambientes que garanticen el respeto a la autodeterminación de adolescentes y jóvenes para decidir en libertad.

2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente nuestra sexualidad. Así como vivir cualquier experiencia, expresión sexual, erótica o de género queelijamos, siempre que sea con pleno respeto a los derechos de las personas involucradas y acorde con nuestras facultades en evolución, como práctica de una vida emocional y sexual plena, protegida y placentera. El Estado debe garantizar que el ejercicio de este derecho sea libre de presiones, discriminación, inducción al remordimiento o castigo por ejercer o no actividades relacionadas con el conocimiento, exploración y disfrute de nuestro cuerpo y de nuestra sexualidad.

3. Derecho a manifestar públicamente nuestros afectos y a ejercer nuestra libertad individual de expresión, manifestación, reunión, identidad sexual, de género y cultural sin prejuicios, discriminación ni violencia. Las expresiones públicas de afecto contribuyen a la promoción de una cultura armónica, afectiva, libre de violencia y de respeto a la diversidad sexual. El Estado debe garantizar que tengamos la posibilidad de expresar libremente nuestras ideas y afectos, con pleno respeto a los derechos de las demás personas, sin que por ello se nos discrimine, limite, cuestione, extorsione, lastime, amenace y/o agreda verbal, física, sexual o psicológicamente.

4. Derecho a decidir libremente con quién o quiénes relacionarnos afectiva, erótica y socialmente; así como a decidir y ejercer nuestras prácticas sexuales, elegir las diversas formas de relacionarnos, elegir con quién compartir nuestra vida, sexualidad, emociones, deseos, placeres y/o afectos, de manera libre y autónoma. El Estado debe preservar y garantizar este derecho y tomar medidas contra toda forma de coacción como los

matrimonios forzados o la trata de adolescentes y jóvenes con fines de explotación, incluyendo la sexual.

5. Derecho a que se respete nuestra privacidad e intimidad y a que se resguarde confidencialmente nuestra información personal en todos los ámbitos de nuestra vida, incluyendo el sexual, sin importar la edad, con énfasis en adolescentes. El cuerpo, sexualidad, espacios, pertenencias y la forma de relacionarnos con las demás personas, son parte de nuestra identidad y privacidad, que debe respetarse por igual en los espacios escolares, familiares, sociales, digitales, laborales y los servicios de salud, entre otros. El Estado tiene la obligación de resguardar la información personal de forma confidencial, por lo que, en el ámbito escolar, de salud, digital y laboral debe estar protegida y cualquier persona que tenga acceso a ella está obligada a no difundirla sin nuestra autorización.

6. Derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual, a vivir libres de violencia y a que no se nos someta a ningún tipo de tortura ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Ninguna persona o autoridad, en el ámbito familiar, laboral, escolar y de salud, comunitario e institucional, puede ejercer ningún tipo de violencia, incluyendo la sexual, física, psicológica, patrimonial, económica, ni ninguna acción que tenga como finalidad lesionar o dañar nuestra vida, dignidad, integridad y/o libertad. Ante la violencia sexual, es obligación del Estado proveer asesoría legal e información y atención médica y psicológica oportuna que incluya tratamiento y profilaxis post exposición para VIH y otras ITS, anticoncepción de emergencia y aborto legal y seguro, así como acceso a la justicia y reparación del daño. El Estado debe garantizar espacios y servicios públicos, incluyendo los escolares y los de salud, libres de todos los tipos de violencia.

7. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva, si deseamos o no tener hijas(os), cuántas(os), cada cuándo y con quién, sin que nuestra orientación sexual, estado de salud, identidad de género, edad, estado civil o cualquier otra condición o característica personal sea un impedimento para ello, teniendo en cuenta la evolución de nuestras facultades, así como nuestras necesidades. Las decisiones relacionadas con la reproducción son determinantes para la vida presente y futura, por lo que se deben tomar de manera libre, informada y con autonomía en un contexto de apoyo y seguridad jurídica y de salud. El Estado debe garantizar y promover el acceso a la información y a los servicios de salud con pertinencia cultural, garantizando nuestro derecho a la

confidencialidad, incluyendo el acceso a todos los métodos anticonceptivos, la atención de un embarazo saludable y los servicios de aborto legal y seguro.

8. Derecho a la igualdad, a vivir libres de prejuicios y estereotipos de género que limiten nuestras capacidades, prácticas y ejercicio pleno de los derechos. Tenemos una diversidad de características y necesidades específicas, pero somos iguales en derechos ante la Ley, la que nos garantiza la posibilidad de ejercer todos nuestros derechos sin discriminación, con igualdad de oportunidades y trato digno y equitativo. El Estado debe garantizar que las políticas públicas respondan a nuestras características y necesidades, y tomar las medidas apropiadas para modificar los estereotipos de género que refuerzan y promueven imaginarios, prácticas y comportamientos que afectan la salud, la justicia, la igualdad y la equidad en todos los ámbitos de la vida.

9. Derecho a vivir libres de discriminación. Tenemos diferentes formas de expresar nuestras identidades sexuales y culturales, y diferentes formas de vivir y ejercer la sexualidad, sin que se nos discrimine por nuestra edad, el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, las discapacidades, la condición social, económica, de salud (incluyendo embarazo, ITS o VIH) o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo. Cualquier acto discriminatorio atenta contra nuestra dignidad humana. El Estado debe garantizar la protección contra cualquier forma de discriminación y tomar las medidas adecuadas para prevenir, atender y sancionar las conductas discriminatorias.

10. Derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad para tomar decisiones libres sobre nuestra vida. Los temas relativos a la sexualidad deben incluir todos los componentes de ésta: el género, el erotismo, los vínculos afectivos, la reproducción, el placer y la diversidad. Esta información deberá estar libre de estereotipos, prejuicios, mitos o culpa, deberá ser laica y estar basada en evidencia científica. El Estado debe garantizar el acceso a la información de manera continua y con pertinencia intercultural a través de los sectores e instituciones competentes, especialmente en los servicios de salud y educativos. Tal información debe impartirse de acuerdo con nuestras necesidades particulares y atendiendo a la evolución de nuestras facultades.

11. Derecho a la educación integral en sexualidad que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad. La educación integral en sexualidad es necesaria para el bienestar físico, mental y social, y para el desarrollo humano en general. Sus contenidos deberán estar actualizados, ser laicos, estar basados en evidencia científica, desde un marco de derechos humanos, con perspectiva de género, pertinencia cultural y estar libres de estereotipos, prejuicios, estigmas, mitos y culpa, teniendo en cuenta la evolución de nuestras facultades. El Estado debe implementar, fortalecer y actualizar los programas y estrategias de Educación Integral en Sexualidad involucrando a distintas instancias, sobre todo las educativas y de salud, incluyendo la formación de personal de educación y salud en todos los niveles.

12. Derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva que sean amigables para adolescentes y jóvenes, confidenciales, de calidad, gratuitos, oportunos y con pertinencia cultural. Considerando la evolución de nuestras facultades, tenemos derecho a recibir atención y a que no se nos niegue el acceso a los servicios por ausencia de padre, madre o tutor legal. Estos servicios deben incluir consejería con información, orientación y apoyo educativo, provisión de métodos anticonceptivos, aborto legal y seguro y atención durante el embarazo, parto y puerperio, detección oportuna y atención de ITS incluyendo el VIH, detección y atención de la violencia, entre otros. Los servicios de atención sexual y reproductiva deben estar libres de todo tipo de violencia, estigma y discriminación. Es obligación del Estado garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva que promuevan la toma de decisiones de forma libre, informada y autónoma, así como la capacitación y sensibilización permanente del personal de los servicios de salud para atender a adolescentes y jóvenes en toda nuestra diversidad.

13. Derecho a la identidad sexual, a construir, decidir y expresar nuestra identidad de género, orientación sexual e identidad política. Contar con una identidad jurídica que corresponda con nuestra identidad sexual, nos posibilita el pleno acceso a todos los Derechos Humanos, la participación social y la inclusión en la vida económica, política y cultural del país. El Estado debe garantizar que nuestra identidad sea reconocida en los documentos legales como elemento fundamental para contribuir activamente a la comunidad y construir ciudadanía.

14. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción, en su diseño, implementación, evaluación y seguimiento. Es nuestro derecho incidir en cualquier iniciativa de ley, plan o programa público que involucre los Derechos Sexuales, así como en la asignación y ejecución del presupuesto público. Tenemos derecho a expresarnos, manifestarnos y asociarnos con otras personas adolescentes y/o jóvenes para dialogar, crear y proponer acciones positivas que contribuyan a nuestra salud y bienestar. El Estado tiene la obligación de garantizar espacios y mecanismos para la participación juvenil, en condiciones de igualdad, así como para la transparencia y la rendición de cuentas (CONAPO, 2016).

1.4. Panorama de la salud sexual y reproductiva en México y América Latina

La población joven (15-24 años de edad) es un grupo de edad importante que comprende el 30% de la población en América Latina y el Caribe (Pan American Health Organization, 2016). Se considera un sector de población relativamente saludable y, por ello, a menudo se pasan por alto sus necesidades en salud. No obstante, dicho sector, se encuentra expuesto a múltiples factores de riesgo, por ejemplo, en algunos países de Centroamérica, el promedio de edad del debut sexual es de 15.9 años y al menos el 50% de las mujeres jóvenes han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años, consecuencia de ello, cada año nacen dos millones de niños de madres que tienen entre 15 y 19 años en América Latina y el Caribe.

La región tiene la segunda mayor tasa de embarazo adolescente del mundo, con 66,5 nacimientos por cada mil jóvenes (período 2013-2016). Se trata no únicamente de un problema de salud pública, sino también de desarrollo, derechos humanos e inequidad. El 15% de todos los embarazos de la región se producen entre menores de 20 años, (Pan American Health Organization, 2016) y el 45% de estos embarazos son el resultado del mal uso o la falta de anticonceptivos (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2016). En 2015 un estudio demostró que esto podría atribuirse a la falta de políticas relacionadas con la educación en salud sexual y reproductiva que respondan eficientemente al aumento de las primeras relaciones sexuales a edades más tempranas, (Pan American Health Organization, 2016).

Asimismo, el embarazo adolescente comúnmente supone una condición adversa para las madres y padres jóvenes, asociada con distintos aspectos: falta de preparación educativa en el tema de salud sexual y reproductiva, la probable deserción escolar por parte de los jóvenes, la adopción de papeles de género tradicionales, una elevada probabilidad de muerte materno-infantil, y/o aborto, así como a la reducción de vivencias que se generan en la población en este periodo del desarrollo humano. Además, las madres adolescentes son frecuentemente estigmatizadas y sufren discriminación de género, desaprobación y rechazo social en las escuelas, en sectores de salud, en las comunidades, en ámbitos religiosos, etc. (Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente ENAPEA, 2014).

Otra problemática prevalente en dicha región es la pandemia del VIH/SIDA, siendo el SIDA una de las cinco principales causas de muerte de los jóvenes en el Caribe, con aproximadamente 1,6% de la población de 15-24 años infectada por el VIH. En América Latina, la prevalencia de esta condición es del 0,3% del total de la población. Además, uno de cada 20 jóvenes en la región está infectado con una ITS, por lo anterior, la salud sexual y reproductiva de los jóvenes merece especial atención (Pan American Health Organization, 2016).

A pesar de lo planteado, casi el 90% de los jóvenes en América Latina y el Caribe están familiarizados con al menos un método de anticoncepción, sin embargo, entre el 48 y el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca los utiliza. Entre los que han usado un método anticonceptivo, aproximadamente el 80% no lo hace regularmente (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2016).

Las normas culturales, sociales y de género restringen muchas veces el acceso de las mujeres jóvenes a información y conocimiento básico, y prescriben un rol desigual y más pasivo en la toma de decisiones en relación a su sexualidad. Esto disminuye su autonomía y expone a muchas de ellas a la coerción sexual y las relaciones abusivas; por ejemplo, la violencia contra las mujeres jóvenes o la amenaza de violencia aumenta su vulnerabilidad. Asimismo, las expectativas tradicionales relacionadas con la masculinidad están asociadas con comportamientos que aumentan el riesgo de infecciones de VIH/ITS entre los jóvenes varones.

En México, el panorama no difiere mucho de lo ocurrido en el resto de América Latina y el Caribe. Las principales problemáticas relacionadas con salud sexual que ocurren con mayor frecuencia en los jóvenes de entre 15 y 24 años son las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2015). Centrarse en las investigaciones en este grupo de edad tiene sentido debido a que la encuesta intercensal realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2015, estima que la población total de México ronda los 119.9 millones de habitantes, de los cuales, el 9% corresponde a jóvenes de entre 15 y 19 años, mientras que, cerca del 10% a jóvenes de entre 20 y 24 años de edad.

Así pues, los reportes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, arrojaron que la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2015. Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6% a 20.7% entre 2003 y 2015, (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Villalpando, Franco, Cuevas, Romero y Hernández, 2015).

En otra línea argumental y de acuerdo con Gayet, (2015) las ITS con mayor prevalencia en México son: el virus del papiloma humano o VPH (múltiples genotipos), gonorrea (*neisseria gonorrhoeae*), sífilis (*treponema pallidum*), chancro (*haemophilus ducreyi*), herpes genital (virus del herpes simple o VHS), clamidiasis, tricomoniasis (producida por un protozoario), sífilis congénita en el recién nacido (transmitida por la madre durante el parto) y granuloma inguinal o donovanosis (*calymmatobacterium granulomatis*). Es importante también, puntualizar que la incidencia anual acumulada de ITS en jóvenes de 15-24 años, representa niveles superiores a los registrados en el resto de la población (Consejo Nacional de Población, CONAPO, 2018).

Por otro lado, cabe destacar que el contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) representa un serio problema de salud pública en nuestro país. De acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA, 2018), en México se tiene registro de 203,312 casos acumulados de VIH/SIDA (1983-2018), de los cuales, 61,980 (30.4%), corresponden a jóvenes de entre 15-29 años.

1.5. Prevención e intervención

Es evidente que son necesarios avances significativos desde la equidad de género para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, aumentar el empoderamiento de las jóvenes y la sensibilización de los varones (Pan American Health Organization, 2016). Pero, ¿qué esfuerzos se han realizado para modificar este escenario adverso? En 2008, dentro del marco de la XVII Conferencia Internacional del SIDA, en Ciudad de México, se reunieron los ministros de salud y educación de América Latina y el Caribe, con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia del VIH en el contexto educativo formal y no formal. En esta reunión, se redactó la Declaración Ministerial: Prevenir con Educación, en ella se asumió la interdependencia de los sectores salud y educación para la prevención del VIH/SIDA y otras ITS. Se asumió también, que la salud y la educación se refuerzan mutuamente, permitiendo el desarrollo integral de las personas y finalmente, la importancia de la familia en el óptimo desarrollo biopsicosocial de los individuos (OREALC/UNESCO, 2010).

Asimismo, se reconoció que el VIH es una pandemia, cuyo origen es multifactorial, por lo que se destacan algunos elementos que se han identificado como piezas claves en su génesis y desarrollo: Las relaciones desiguales de género, diferencias socioculturales, las orientaciones e identidades sexuales individuales, al asociarse con factores de riesgo, propician situaciones que incrementan la vulnerabilidad a la infección por VIH/ITS y el inicio a edades tempranas de relaciones sexuales sin protección (Ibíd).

Por otra parte, la educación integral en sexualidad desde la infancia, favorece la adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva. Asimismo, fomenta el autocuidado, promueve la autonomía individual, el empoderamiento y por tanto la capacidad de los jóvenes para decidir acertadamente sobre su actividad sexual (Ibíd).

Con base en lo anterior, los ministros de salud y educación, acordaron implementar y fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluyen la prevención del VIH/ITS (Fondo de Población de las Naciones Unidas en México, 2008).

Las soluciones propuestas, y aparentemente obvias, se pronunciaron fundamentalmente en dirección de la expansión del conocimiento y uso de anticonceptivos entre los adolescentes, con particular énfasis en el uso del condón. Así pues, la salud sexual y reproductiva contempla el estudio de la prevención como elemento fundamental en su ruta crítica de acción. Es por ello que resulta importante considerar a los conocimientos sobre el VIH/SIDA e ITS, el uso correcto del condón y prácticas sexuales saludables como elementos centrales de una óptima salud sexual. En los siguientes apartados se describen a mayor detalle estos aspectos.

1.5.1. Conocimientos sobre ITS/VIH-SIDA

Con el objetivo de alcanzar una óptima salud sexual y reproductiva es necesario conocer los aspectos psicosociales relacionados con las conductas sexuales. En esta línea, la implicación parental y el conocimiento sobre el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen factores esenciales en la reducción de conductas sexuales de riesgo en adolescentes, (Lee, Cintron & Kocher, 2014). Así, un mayor conocimiento sobre las ITS/VIH, una actitud positiva hacia el uso del preservativo y la existencia de comunicación entre los padres y sus hijos sobre sexualidad actuarían como factores protectores previniendo que los adolescentes se impliquen en conductas sexuales de riesgo (Castro, Bermúdez, & Buela-Casal, 2009). Tanto la falta de conocimientos adecuados sobre las ITS/VIH como las concepciones erróneas serían obstáculos en la adopción de conductas saludables (DiClemente, Crosby, & Wingood, 2002). Las encuestas realizadas a jóvenes de entre 15 y 19 años de diversos países latinoamericanos indican que la mayoría de ellos ha escuchado acerca del VIH, pero al mismo tiempo no posee conocimientos consolidados sobre cómo protegerse frente al virus. Otros resultados muestran que, a pesar de tener conocimientos adecuados, continúan persistiendo las ideas erróneas (DeMaría, Galárraga, Campero, & Walker, 2009).

Es importante puntualizar que las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) pueden ser provocadas por virus, bacterias, hongos y protozoarios. Las provocadas por virus no tienen cura, pueden controlarse con medicamentos, pero una vez que el virus entra en el organismo,

ya no es posible eliminarlo; ejemplo de ellas son la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el herpes genital y el Virus del Papiloma Humano (VPH). El Virus de la Inmunodeficiencia Humana es el agente causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), puede transmitirse por vía sexual, sanguínea y perinatal, siendo la sexual la vía más importante en hombres y mujeres de 15 a 29 años de edad, con el 95.9% y el 93.3%, respectivamente (CENSIDA, 2010a).

La transmisión del VIH por vía sexual ocurre cuando hay un intercambio de fluidos genitales, de tal forma que tener relaciones sexuales con penetración (sea vaginal o anal) con una persona que está infectada, hará más probable que el virus se transmita si no se usa una barrera que impida dicho intercambio de fluidos. El condón masculino ha mostrado ser efectivo para impedir la transmisión del VIH, siempre y cuando se use en forma correcta y en cada una de las relaciones sexuales.

Uno de los aspectos que resulta muy conveniente que los jóvenes conozcan es que una vez que el VIH entra a un organismo, la persona infectada puede tardar entre ocho y 10 años en manifestar síntomas de su presencia, es decir, hay un periodo de latencia del virus en el que los individuos se distinguen por ser asintomáticos y pueden ser portadores del virus sin que ellos se den cuenta de que están infectados (llamados también seropositivos). En este sentido, cabe hacer la distinción entre ser portador del VIH y tener el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En la medida en que la principal característica del VIH es su capacidad para afectar negativamente el funcionamiento del sistema inmunológico, con el tiempo el organismo infectado se va debilitando y pierde su capacidad para defenderse de otras infecciones oportunistas y es entonces que empieza el desarrollo del SIDA. El tratamiento con medicamentos antirretrovirales (ARV) permite controlar el proceso de afectación del VIH al sistema inmunológico (CENSIDA, 2004).

La investigación desarrollada en el contexto de la prevención de la infección por el VIH/SIDA, ha demostrado que poseer información sobre las características de las ITS, sobre

las formas específicas en que pueden transmitirse y prevenirse, así como conocer las consecuencias a corto y largo plazo que pueden derivarse de la práctica de conductas sexuales no protegidas, no asegura que los jóvenes se comporten preventivamente (Robles et al., 2007).

Asimismo, el trabajo de Robles et al. (En revisión) con una muestra de adolescentes, a quienes se les aplicó un instrumento para medir sus conocimientos en torno a ITS/VIH y uso correcto del condón, sugiere que existe una asociación entre el porcentaje de aciertos en dicha prueba y la frecuencia con la que los participantes se comunicaron con sus padres y sus parejas sobre distintos temas de sexualidad, y con el estilo de colaboración-equidad que utilizaron para negociar el uso del condón con su pareja.

Estos hallazgos sugieren que poseer información respecto a la prevención y transmisión del VIH/SIDA por un lado propicia la comunicación con los padres y pareja sobre temas vinculados con la sexualidad y, por el otro, permite expresar argumentos que convengan a la pareja para usar condón. De ahí la importancia de evaluar el nivel de información que se tiene sobre sintomatología, transmisión y prevención de ITS en estudios cuyo interés está encaminado a prevenir problemas que afectan la salud sexual de los jóvenes.

1.5.2. Conductas sexuales de riesgo

Las conductas sexuales de riesgo suelen ser muy frecuente en los jóvenes. Es una problemática que favorece la presencia de una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social. El adelanto en la edad de inicio de las relaciones sexuales, generalmente sin protección, favorece el hecho de que ésta sea una etapa vulnerable para la aparición de las conductas de riesgo (Olivera y Bestard, 2016).

Las tendencias globales señalan que las poblaciones más jóvenes se inician en sus relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas, reportando un descenso en la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes. El comportamiento sexual en esta etapa muchas veces se caracteriza por una sexualidad de iniciación, estructuralmente promiscua, débilmente premeditada, condicionada en muchos casos desde reglas marcadas por su grupo de amigos y bastante poco permeable al control y supervisión de adultos, (Chávez, 2016). En los estudios realizados sobre la temática es común encontrar que los adolescentes inician sus relaciones sexuales en edades tempranas de la vida, en las que generalmente no se emplean de manera adecuada los métodos de protección o no se hace uso de ellos. Se establecen relaciones sexuales bajo el consumo de alcohol y otras drogas, las que tienden a ser generalmente promiscuas por el cambio frecuente de pareja en esta etapa, (Mendoza y Claros, 2016).

Las estadísticas muestran lo que acontece en la actualidad, realidad que cada vez se torna más compleja. Sin dudas el peligro que entraña este fenómeno para las actuales y futuras generaciones nos coloca ante el desafío de estar preparados para disminuir la incidencia del aborto, del embarazo, de las ITS, perfeccionar la educación sexual en relación con la planificación familiar, y la prevención de enfermedades transmisibles (Chávez, 2016).

2.. MODELOS TEÓRICOS EN SALUD SEXUAL

La tasa de prevalencia de adolescentes y jóvenes que tienen prácticas sexuales de riesgo en nuestro país es muy elevada, por ende, se han desarrollado múltiples modelos y teorías cuya finalidad es comprender los factores determinantes de las conductas de salud sexual y llegar a predecir e intervenir en tales conductas, así como explicar cuáles son los elementos relacionados con tales comportamientos.

Entre los modelos psicológicos que han generado mayor investigación en el campo de la salud sexual, destacan el modelo de creencias en salud, modelo de la acción razonada, el modelo de la conducta planificada, modelo de la información, motivación-habilidades conductuales y el de habilidades y conducta de salud. A continuación, se hará una breve síntesis de las características más importantes de cada uno.

2.1. Modelo de creencias de salud

Uno de los primeros enfoques conceptuales que se desarrollaron para explicar por qué las personas se involucran o no en ciertas conductas relacionadas con la salud es el llamado Modelo de Creencias de Salud. Dicho modelo surgió en los años 60's como un intento para explicar por qué las personas a menudo no utilizan los programas y servicios de salud disponibles, y ha experimentado diversas ampliaciones a través del tiempo (Bernard & Krupat, 1994). Al igual que muchos otros modelos psicológicos, se basa en el principio de expectativa-valor: las personas adoptarán una conducta cuando creen que tal conducta producirá un resultado, y cuando ellas conceden valor a tal resultado.

Los elementos esenciales del modelo involucran creencias acerca de la amenaza a la salud, acerca de la naturaleza de la conducta a ser llevada a cabo, y acerca de las propias habilidades para llevar a cabo las acciones requeridas. El modelo original postula que la motivación de una persona para llevar a cabo conductas relacionadas con la salud (consultar precozmente, vacunarse, etc.) depende de la interacción de los siguientes factores:

- a) La amenaza percibida, determinada por la *susceptibilidad percibida* a una enfermedad (el grado en que la persona se siente vulnerable a un

determinado problema de salud) y por la *severidad percibida* de la enfermedad (qué consecuencias tendrá la enfermedad y cómo podrá afectar el estilo de vida del individuo).

- b) La estimación de la eficacia de la conducta de salud, consideración que involucra el análisis de dos elementos, beneficios percibidos y costos percibidos. Será mayor la probabilidad de adoptar una conducta cuando la persona cree que será efectiva y que los beneficios serán mayores a los costos.

- c) Una clave de la acción de salud, algo que haga al individuo tomar conciencia del peligro o de las consecuencias potenciales (Mattson, 1999). Estas claves, las cuales pueden ser internas (una molestia o dolor) o externas (una campaña sanitaria o una indicación de un familiar o amigo), serían necesarias para motivar la conducta de salud y para involucrarse en el análisis de la amenaza, los beneficios y costos, etc. Más adelante, en algunas versiones del modelo se le ha agregado un componente adicional de auto-eficacia, es decir, la creencia del individuo en su capacidad para llevar a cabo la conducta (Bandura, 1982).

Una alta auto-eficacia percibida hace más probable iniciar y mantener una conducta, especialmente cuando se trata de acciones a largo plazo o de conductas que involucran cambios importantes en el estilo de vida. Por esta razón, un sentido de auto-eficacia parece ser una condición mínima para trasladar una preocupación respecto a la salud, ya sea intensa o leve, en acción efectiva (Schwarzer & Renner, 2000).

2.2. Modelo de la acción razonada

Planteado por primera vez en 1967 por Fishbein y Ajzen, este modelo se focaliza en la relación entre creencias, actitudes, intenciones y conducta. El modelo se basa en el supuesto que los seres humanos son seres racionales que utilizan o procesan sistemáticamente la información disponible, y plantea que la conducta es determinada, en último término, por las creencias subyacentes del individuo (Fishbein, 2000). Se plantea que el determinante psicológico inmediato de la conducta no es la actitud hacia un objeto, sino la intención de realizar esa conducta, y la actitud es sólo un antecedente, y no el único de la intención. Por lo tanto, dentro de ciertos límites, podemos predecir lo que una persona hará si conocemos sus intenciones hacia esa acción.

La intención de la persona sería entonces función de dos determinantes básicos, uno de tipo personal (actitud hacia la conducta) y otro que refleja la influencia social (norma subjetiva), y, en términos generales, las personas intentarán realizar una conducta cuando tengan una actitud positiva hacia ella y cuando crean que las personas significativas para ellas piensan que la deberían realizar. Una de las aplicaciones más amplias de este modelo se encuentra en la predicción de las intenciones y conductas de usar medidas de protección durante las relaciones sexuales (Albarracín, et al. 2001).

2.3. Modelo de la conducta planificada

El Modelo de la Conducta Planificada (Ajzen, 1991) constituye una variante del Modelo de la acción Razonada. Considerando que pueden existir limitaciones reales o percibidas para realizar una determinada conducta, lo que hace básicamente esta teoría es agregar un tercer elemento a la determinación de la intención conductual. Este elemento, llamado *control conductual percibido*, refleja las creencias personales acerca del grado de dificultad que tendría el realizar la conducta, y puede referirse tanto a factores externos (ej. Disponibilidad de tiempo o dinero, apoyo social, etc.), como internos (ej. información, habilidades, competencias, etc.).

Por lo tanto, para este modelo, la intención de realizar una conducta está en función de la *actitud* hacia la conducta, la *norma subjetiva* respecto a esa conducta, y el *control* que el individuo percibe sobre la ejecución de la conducta. Este tercer elemento se refiere a la creencia de que algunas conductas son en general más controlables que otras, y más específicamente a la creencia en la posibilidad individual de control sobre una conducta determinada. Así, el concepto de control conductual percibido incluiría dos variables: la estimación que hace el individuo del grado de control que tendría sobre la ejecución de la conducta, y la evaluación que hace de su habilidad real para ejecutarla.

El Modelo de la Conducta Planificada ha sido y continúa siendo objeto de mucha investigación, existiendo acuerdo en su validez y utilidad para predecir un amplio rango de conductas relacionadas con la salud sexual (Albarracín et al. 1991).

2.4. Modelo de información motivación-habilidades conductuales

Este modelo planteado por (Fisher & Fisher, 1998), se originó en un intento por integrar los principales determinantes de la prevención del VIH. De acuerdo al modelo, la información de salud, la motivación para actuar según esta información, y las habilidades conductuales para actuar efectivamente, son determinantes fundamentales de la iniciación y mantención de las conductas de salud. La información y motivación del individuo afectan su conducta de salud mediante sus habilidades conductuales. Es decir, estimulan el desarrollo y aplicación de habilidades conductuales de salud, las que se usan para iniciar y mantener conductas de promoción de salud en el tiempo. En aquellos casos en que no se requieren habilidades conductuales nuevas o complejas para la ejecución de determinadas conductas de salud, puede haber conexiones directas entre la información o motivación y la ejecución de tales conductas.

Asimismo, la información que es relevante para la práctica de una conducta de salud es un prerequisite crítico para el inicio y la mantención de tal conducta. Sin embargo, la investigación revela que, respecto a diversas conductas de salud y en distintas poblaciones de riesgo, es común la ignorancia, la mala información y las estrategias de procesamiento

cognitivo que obstruyen la conducta preventiva. Por esto, las intervenciones destinadas a la promoción de conductas de salud deben transmitir información de tipo muy específico. Entre las características que debe tener tal información estarían: el que sea fácilmente comprensible por los individuos destinatarios, que sea fácilmente traducible en conductas concretas de los destinatarios, que no provoque un alto nivel de temor, que contenga recomendaciones específicas fáciles de implementar, y que no promueva inadvertidamente conductas de riesgo.

Aunque los factores incluidos en el modelo se consideran determinantes generales de las conductas de salud, estos factores podrán tener contenidos específicos que sean relevantes para determinadas conductas de salud sexual (por ejemplo, uso de condón, negociación/comunicación con la pareja sexual, etc.), Por lo tanto, la adecuada utilización del modelo implicará la identificación de los contenidos específicos de información, motivación y habilidades conductuales relevantes para una conducta de salud específica en una población específica, y la identificación de los factores que tienen mayor influencia en la práctica de esa conducta en esa población.

2.5. Habilidades conductuales y conducta de salud

Este modelo plantea que las habilidades conductuales para realizar una secuencia de actos de promoción de salud determinarán si el individuo será capaz de involucrarse en conductas de salud efectivamente, específicamente de salud sexual. Las habilidades conductuales consisten en habilidades objetivas para la ejecución de actos de promoción de salud y en la auto-eficacia para llevar a cabo tales conductas, estando ambas habilidades altamente correlacionadas. Además del gran apoyo empírico que ha logrado este modelo en el campo de la conducta preventiva del VIH en distintas poblaciones de riesgo (Fisher et al., 1998).

Por otra parte, Fishbein (2000), ha propuesto integrar algunos modelos mencionados anteriormente en uno solo, el Modelo Integral, el cual tiene la virtud de dos elementos que pueden cambiar el valor predictivo de las intenciones: Habilidades conductuales, este punto hace referencia a las habilidades de comunicación sexual con la pareja, de negociación del

uso del condón y la habilidad para saber usar correctamente un condón, etc.; Límites ambientales: considera el tipo de persona que está bajo estudio (adolescentes, jóvenes universitarios, personas que viven con VIH, hombres que tienen sexo con hombres, entre otros), el tipo de persona con la cual se relaciona un individuo (pareja regular, pareja ocasional, amigos, padres, etcétera) y el tipo de práctica sexual que se esté considerando para evaluar el uso del preservativo (sexo vaginal, sexo anal, sexo oral, masturbación).

Todos los modelos mencionados anteriormente, han resultado efectivos en cierto momento, sin embargo, existe una arista a la cual no se le da el peso correspondiente, o en su defecto, se omite. Esta variable corresponde al aspecto relacional, al contexto social en donde se desenvuelve el individuo, pues son modelos teóricos centrados en el individuo. Es por lo anterior, que resulta importante retomar una postura teórica con mayor amplitud que, a diferencia de las anteriores, considera aspectos socio-culturales y relacionales de las personas.

3. EMPODERAMIENTO

3.1. Consideraciones generales del empoderamiento

Si bien es claro que no hay una única definición de empoderamiento, el concepto supone, necesariamente, el acceso al poder, la participación y el control en las decisiones que afectan la vida propia (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2006). En un sentido amplio el empoderamiento es entendido como un proceso a través del cual las personas adquieren control sobre sus propias vidas (Rappaport, 1984) o, expresado de otra manera, como una expansión en la capacidad de las personas para tomar decisiones estratégicas para su vida en un contexto en el cual esta habilidad les era anteriormente negada (Kabeer, 2001).

Es posible clasificar al empoderamiento como intra-personal e interaccional (Wilke & Speer, 2011), intrínseco y extrínseco, individual y relacional, o como proceso individual y colectivo (Zimmerman, 1995). Se trata de un constructo complejo y multifactorial que involucra las capacidades físicas y mentales, la historia personal y las habilidades desarrolladas a lo largo de la vida. La dimensión individual del empoderamiento hace referencia a la capacidad de tomar decisiones respecto a eventos importantes de la vida, a tener el control de nuestras vidas, a establecer objetivos, a adquirir habilidades, a tener autoconfianza y resolver problemas en lo individual (Sayavedra & Flores, 1997). Mientras que, el aspecto interaccional del empoderamiento se vincula con la participación activa del individuo dentro de las comunidades, a tener voz en contextos sociales, a la posibilidad de convertirse en agentes sociales de cambio, generar recursos materiales (Wilke & Speer, 2011), estrategias de acción y de comunicación e interrelación con los otros en los procesos colectivos, políticos y sociales, usando los recursos de su entorno a pesar de la oposición de otras personas o instituciones (Sayavedra & Flores, 1997). Así pues, el concepto de empoderamiento en su sentido más amplio, se entiende como un hecho que trasciende al individuo y se plasma en los sujetos y en los espacios sociales (Sayavedra & Flores, 1997).

Asimismo, el componente intrapersonal del empoderamiento se describe como la manera en la cual los individuos piensan respecto de sí mismos y sus capacidades de tener éxito en el mundo, incluida la noción de control, autoeficacia y percibirse competente. (Padilla, 2018). Además, existe un vínculo entre el empoderamiento y la autonomía, también conocida como autoeficacia o agencia personal (Sayavedra & Flores, 1997).

Así pues, la agencia personal se ha definido en psicología, como una manera de explicar aspectos del funcionamiento humano autónomo (Bandura, 2005). Este concepto hace referencia a la competencia personal, enfocándose sobre todo en el individuo como un actor que se desarrolla en su contexto social. Asimismo, la agencia personal es la habilidad de definir los objetivos propios de manera autónoma y de actuar a partir de los mismos: “lo que una persona tiene libertad de hacer y lograr en búsqueda de los objetivos o valores que el individuo considere importantes” (Sen, 1985). Por tanto, este concepto incluye, además de la acción, la intención, el significado, la motivación, así como el propósito que los individuos imprimen a sus actividades.

La expresión de la agencia es en última instancia más que una conducta o decisión, ya que incorpora metas, objetivos, acuerdos, obligaciones (Sen, 1985). Implica la capacidad de predicción y control que la persona tiene sobre las elecciones, decisiones y acciones de las cuales es responsable. Es por lo anterior, que es posible argumentar que la agencia se construye con los recursos que los individuos o los grupos poseen. Así pues, las personas pueden poseer recursos materiales, tales como el capital financiero, y recursos no materiales, como las habilidades, el conocimiento, las redes sociales de apoyo y la capacidad psicológica para generar el cambio (Alsop & Heinsohn, 2005, citado en Pick et al., 2007).

Por otra parte, Bandura (2005) define agencia en tres partes: “agencia personal, agencia por delegación, en la que se depende de otros para actuar a instancias propias con la finalidad de obtener los resultados deseados, y agencia colectiva, la cual se ejerce a través de un esfuerzo socialmente coordinador e interdependiente”, y concibe la agencia como algo que ocurre en un contexto donde “las personas son productoras, además de los productos, de sistemas sociales”.

Uno de los momentos clave del empoderamiento es cuando el individuo adquiere agencia personal, es decir, cuando actúa a su favor. Esto implica una intervención significativa y útil en la construcción de algo nuevo. De tal suerte que el empoderamiento y la agencia personal no son sólo conceptos operativos, sino que también poseen un valor básico en el campo comunitario, y en consecuencia la base de un cambio cultural potencialmente revolucionario al alcance de la psicología. En este tenor, es por medio de la psicología que surge la posibilidad de cambiar la concepción que los humanos tenemos de nosotros mismos (generando nuevos modos de actuar, pensar, sentir), llevándonos a la calidad de sujetos agentes de nuestros propios objetivos (Padilla y Cruz, 2018).

Una de las escalas más utilizadas para medir el empoderamiento es el GEM (Gender Empowerment Measure) (Charmes & Wieringa, 2003; Varkey, Kureshi & Lesnick, 2010), que mide tres aspectos: 1) participación económica y toma de decisiones; 2) participación política y toma de decisiones, y 3) poder sobre los recursos económicos. Charmes y Wieringa (2003) identifican dos dimensiones respecto al empoderamiento. La primera lo describe como un campo de operación, sus dimensiones, sus interrelaciones, y sus interseccionalidades con otros campos, así como esos de raza/etnia y clase. La segunda dimensión plantea que el empoderamiento es un proceso que considera elementos como la conciencia, la elección/alternativas, los recursos, la voz, la agencia y la participación. Esta dimensión del empoderamiento está relacionada con la mejora en habilidades de toma de decisiones en las áreas fundamentales de sus vidas. Esta medida invita a contemplar varios ámbitos de interconexión entre varias esferas o temas que se relacionan con las acciones de empoderamiento. Las esferas que distingue son la física, sociocultural, religiosa, política, económica y legal, que van de lo individual a lo general.

A pesar de que esta es una escala ampliamente validada, posee una limitación angular, y es que no contempla todas las aristas de las que se compone el empoderamiento, enfocándose en medir por separado los componentes del mismo.

Partiendo de esta problemática (Padilla y Cruz, 2018) desarrollaron un inventario que contempla los factores más importantes asociados con el empoderamiento, como salud,

familia, pareja, hijos, enfermedades, toma de decisiones, comunidad, etcétera. Además, sugieren que este constructo puede ser alterado por diversas variables tales como la edad, tener o no pareja/hijos, escolaridad, entre otras. Su objetivo fue diseñar una escala válida y confiable que contemplara algunas condiciones o situaciones en las que las mujeres se identifiquen con las habilidades de agencia personal para tomar acciones o decisiones tanto en lo personal como en lo social. El análisis arrojó cuatro factores: la agencia personal, la autoconciencia, el empoderamiento en la salud y el empoderamiento social. Los análisis de diferencias por escolaridad y por edad mostraron que las mujeres jóvenes y con mayor nivel educativo tienen más habilidades de agencia personal y de empoderamiento, y en casi todos los grupos analizados se observó una tendencia a mostrar menos habilidades de empoderamiento en la salud, (Padilla y Cruz, 2018).

3.2. Empoderamiento sexual

En el ámbito de las actitudes y conductas relacionadas con la sexualidad y reproducción de los individuos, y en el caso particular de la sexualidad en los jóvenes, cobra relevancia el concepto más específico de empoderamiento sexual. Así pues, hablar de empoderamiento, resulta pertinente si se pretende el acceso de todos los jóvenes –varones y mujeres- a la salud sexual y reproductiva, en la medida en que todos, como grupo, han sido marginados por la sociedad de la posibilidad de un ejercicio informado, libre y responsable de su propia sexualidad. El empoderamiento implicaría, en este contexto fortalecer su acceso a la participación y al control de la toma de decisiones sobre la propia sexualidad y en esa medida es pertinente entonces enfocarse en el empoderamiento sexual de las y los jóvenes (OPS/OMS, 2006).

Tal y como se ha planteado previamente, el empoderamiento se concibe como una condición dinámica, un proceso en desarrollo permanente, sin un punto de llegada definitivo, y a la vez como un proceso multidimensional que comprende múltiples esferas o áreas de la vida, por lo que en cualquier momento un individuo puede experimentar empoderamiento en algunos niveles o áreas y des-empoderamiento en otros (Peterson, 2010).

Los estudios y planteamientos originales sobre el empoderamiento sexual identifican tres componentes del empoderamiento sexual: el intrapersonal (desarrollo de elementos como la agencia individual y la autoeficacia), el interpersonal (desarrollo de una conciencia crítica, conciencia de los recursos necesarios para alcanzar una meta, conocimiento de cómo experimentar placer sexual, claridad acerca de los propios deseos sexuales, capacidad para expresarlos al compañero/a y poder de decisión) y el conductual (entrar en acción para eliminar los desbalances de poder, tomar acción para cumplir con los propios deseos y valores sexuales, capacidad para rechazar experiencias sexuales que no se desean) (Zimmerman, 1995 citado por Peterson, 2009 y por Bay-Cheng, 2011).

Por otro lado, existe un debate en torno a la subjetividad u objetividad del concepto ¿se trata fundamentalmente del sentimiento subjetivo de empoderamiento que puede experimentar un joven o una mujer (Zimmerman, 1995) o del acceso real de estos individuos a los recursos? (Riger, 1993; Lamb, 2010; Lamb y Peterson, 2011). ¿Sentirse empoderado y estar empoderado son equivalentes? Esta polémica nos remite a cuáles son los elementos fundamentales del empoderamiento y los niveles en que éste ocurre: ¿se trata de un proceso individual o de un proceso social? ¿se trata de un proceso subjetivo o de un fenómeno medible? (Peterson, 2010).

Desde nuestra perspectiva el empoderamiento requiere ambos aspectos: supone tanto la capacidad objetiva de controlar el propio entorno como la convicción subjetiva de poder hacerlo (OPS/OMS, 2006). Es importante además reconocer que la definición de empoderamiento es una construcción social dependiente del contexto cultural específico (Peterson, 2009) y en esa medida no es posible identificar una conducta única de empoderamiento sexual, ya que ésta puede variar de un individuo a otro, entre distintas edades, diferentes relaciones y diferentes contextos culturales (Lamb y Peterson, 2011).

El empoderamiento en los jóvenes representa importantes beneficios para el óptimo desarrollo en diversas dimensiones de su vida, incluyendo entre ellas su sexualidad: mayor confianza, desarrollo de una conciencia crítica, auto-eficacia y autoestima, formación de relaciones íntimas, entre otros, y conduce al desarrollo de una identidad sana, propiciando la

adopción de roles más positivos, y la participación y responsabilidad social (Chinman & Linney, 1998).

En este sentido es posible identificar una ambivalencia también en el paradigma del empoderamiento de la sexualidad adolescente, que puede ser descrita como la convivencia y el difícil equilibrio de dos planteamientos fundamentales en torno a la sexualidad de los jóvenes, y en particular de las jóvenes: por una parte la visión de la sexualidad como riesgo (riesgo de embarazo, riesgo de ITS, riesgo de abuso, etc.) y por otra parte la visión de la sexualidad como una fuente de autoconocimiento, placer y bienestar de los individuos. Desde esta perspectiva, aspectos como poder de negociación, poder de decisión, participación, autonomía, ausencia de violencia y autoeficacia aparecen como elementos claves para un ejercicio empoderado de la sexualidad (Chinman & Linney, 1998).

Por otro lado, la perspectiva feminista del desarrollo plantea, además, en el caso de las jóvenes, la negociación de aprender a vivir en el cuerpo de una mujer como una tarea crítica para el empoderamiento de las mismas. Las mujeres experimentan una presión importante para comportarse de manera femenina y dos aspectos particulares de esta ideología de la femineidad tienen importantes efectos en la salud sexual de las adolescentes: la falta de autenticidad en las relaciones (silenciando sus propios deseos y necesidades como una manera de reducir el conflicto y mantener relaciones importantes para ellas) y la objetivación del cuerpo (entendiendo éste como un objeto o mercancía sexual, el cual debe ajustarse a un estrecho estándar de belleza y en consecuencia juzgándose a sí mismas sólo en base a su apariencia), (Impett, Schooler & Tolman, 2006). Por tanto, las jóvenes adolescentes son particularmente vulnerables a doblar sus propias necesidades y deseos, incluyendo el deseo de protegerse de ITS y embarazos no deseados, frente a los deseos de su pareja, a tener baja autoestima y baja asertividad.

Ejemplo de esto, es lo realizado por (Wingwood, DiClemente, Harrington & Davies, 2002), quienes realizaron un estudio con (n=522) mujeres adolescentes africanas, en el cual examinaron la relación entre la imagen corporal de dichas mujeres y su salud sexual. Para ello, las participantes completaron una encuesta que evaluó la imagen corporal usando una escala de 7 ítems (alfa = 0,71) y una entrevista cara a cara que evaluó los comportamientos

sexuales. Se encontró que las adolescentes que estaban más insatisfechas con su imagen corporal tenían más probabilidades de temer el abandono como resultado de negociar el uso del condón, más probabilidades de percibir que tenían menos opciones para encontrar una pareja sexual, menor percepción de control en sus relaciones sexuales y más probabilidades de tener relaciones sexuales vaginales sin protección.

Por su parte (Pulerwitz, Amaro, De Jong, Gortmaker, & Rudd, 2002) mostraron a través de la aplicación de la Escala de poder de las relaciones sexuales (SRPS) que implementaron con (n=388) mujeres, en su mayoría latinas, en un centro de salud de Massachusetts, que aquellas jóvenes mujeres con mayor poder de decisión en la pareja tienen una probabilidad 5 veces mayor de reportar un uso consistente del condón que las jóvenes con bajo poder de decisión. Estos resultados respaldan la hipótesis de que el empoderamiento juega un papel clave en la toma de decisiones de sexo más seguro.

La revisión bibliográfica realizada para examinar las posibles vinculaciones entre el empoderamiento de las y los jóvenes con su salud sexual y reproductiva es mucho más escasa de lo esperado. En el caso particular de México, esta vinculación no ha captado la atención que a nuestro criterio merecería, es por esta razón que esta investigación cobra su relevancia, pues busca cimbrar un marco teórico-metodológico sólido que funja como punto de partida para implementar futuros proyectos de investigación dentro de esta temática.

4. MÉTODO

4.1. Justificación

En las últimas décadas las altas tasas de fecundidad adolescente y el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) que prevalecen en la mayoría de los países de América Latina han ido al alza. La ampliación del uso de anticonceptivos por esta población, y de manera particular el uso consistente del condón (masculino), ha sido planteado como el factor clave no sólo para la prevención de embarazos adolescentes y la prevención de ITS, (Manning, Flanigan, Giordano & Longmor, 2007). Sin embargo, y a pesar de incontables esfuerzos e iniciativas, los jóvenes continúan haciendo un uso escaso e inconsistente del condón en la región.

México no es la excepción en este panorama. Las tasas de uso de anticonceptivos entre los jóvenes y adolescentes son bajas, al tiempo que se observan elevadas tasas de embarazo adolescente y, en paralelo, los jóvenes de entre 18 y 24 años de edad emergen como el grupo de población más afectado en el país por ITS (González, Rojas, Hernández y Plains, 2015).

Las soluciones propuestas, y aparentemente obvias, se han pronunciado, fundamentalmente en dirección de la expansión del conocimiento y uso de anticonceptivos entre los adolescentes, con particular énfasis en el uso del condón. No obstante, si bien el conocimiento y uso de anticonceptivos, son claramente elementos centrales para la disminución de la problemática previamente planteada entre los jóvenes, es obvio que el logro de estas metas requiere de un abordaje más integral, (Fondo de Población de las Naciones Unidas en México, 2008).

Las altas tasas de embarazo y el bajo e inconsistente uso de anticonceptivos entre los adolescentes son expresiones de una problemática sustancialmente más profunda: el débil reconocimiento, por parte de la sociedad, de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, que se refleja en múltiples obstáculos planteados desde las normas e instituciones sociales para el ejercicio sexual de los adolescentes, y que afectan

profundamente la manera en que los adolescentes entienden y viven su sexualidad. En este sentido es posible ubicar a los adolescentes como un grupo carente de poder frente a esta dimensión de sus vidas, (Casique, 2012).

La búsqueda de un nuevo escenario, en el que los jóvenes puedan mantener relaciones de igualdad, con valoración y respeto entre unos y otros, y con un conocimiento y ejercicio pleno de su sexualidad, pasa por muchas tareas –como la prevención de la violencia, la procuración de relaciones de género equitativas, y el empoderamiento sexual–, tareas que no sólo les involucran a ellos, sino a la sociedad en general, (Casique, 2012).

Se considera que el empoderamiento es una herramienta particularmente valiosa pues permite a los jóvenes entender y desarrollar sus vidas desde una perspectiva de acceso y control. La noción de empoderamiento y su relevancia en la promoción de la salud no es nueva. Desde hace ya algunos años diversas instituciones y organizaciones internacionales intentan promover la agenda de investigación y el desarrollo de programas orientados al empoderamiento de los jóvenes, teniendo entre sus principales metas la atención de problemáticas como la desentendida salud sexual y reproductiva adolescente. No obstante, prevalece una profunda dualidad en torno a la sexualidad adolescente, particularmente en torno a la sexualidad de las adolescentes, que se extiende y cruza también al tema de la salud sexual adolescente y la promoción del empoderamiento sexual de los jóvenes (Horne y Zimmer-Gembeck, 2005).

4.2. Delimitación del objeto de estudio

Dicha investigación se llevó a cabo en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, ubicada en Av. de los Barrios, no.1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, con estudiantes de primer ingreso a las carreras médico biológicas, los cuales han sido seleccionados a través de un muestreo probabilístico para participar en el estudio, que consistió en responder una batería compuesta por diversos instrumentos, entre los que destacan *Patrón de conducta sexual* elaborada por Robles y Díaz-Loving (2011); *Escala de*

agencia personal y empoderamiento en mujeres realizada por Padilla-Gómez y Cruz del Castillo (2018).

4.3. Pregunta de investigación

¿Existe relación entre el nivel de empoderamiento y la salud sexual en estudiantes universitarios de primer año de las carreras médico biológicas?

4.4. Objetivos

4.4.1. Objetivo general:

1. Conocer si existe relación entre el nivel de empoderamiento y la salud sexual en estudiantes universitarios de primer año de las carreras médico biológicas.

4.4.2. Objetivos específicos:

1. Analizar si existe relación entre el nivel de empoderamiento y los conocimientos acerca del VIH/SIDA y otras ITS.
2. Analizar si existe relación entre el nivel de empoderamiento y las prácticas sexuales de riesgo.
3. Realizar una comparación entre sexos

4.5. Hipótesis

4.5.1. Hipótesis de trabajo

El empoderamiento con sus distintos factores (agencia personal, asertividad, evitación del abuso, empoderamiento sexual y autocuidado), se relaciona positivamente con la presencia de conocimientos acerca del VIH/SIDA y otras ITS. Por otro lado, se relaciona negativamente con la incidencia de prácticas sexuales de riesgo. Por procesos de socialización, se esperan valores distintos entre hombres y mujeres.

4.5.2. Hipótesis estadísticas

Hi 1. Existe relación positiva entre el empoderamiento y la salud sexual en los estudiantes de primer año de las carreras médico biológicas.

Ho 1. No existe relación positiva entre el empoderamiento y la salud sexual en los estudiantes de primer año de las carreras médico biológicas.

Hi 2. Existe relación positiva entre el nivel de empoderamiento y los conocimientos acerca del VIH/SIDA y otras ITS.

Ho 2. No existe relación positiva entre el nivel de empoderamiento y los conocimientos acerca del VIH/SIDA y otras ITS.

Hi 3. Existe relación negativa entre el nivel de empoderamiento y la prevalencia de prácticas sexuales de riesgo.

Ho 3. No existe relación negativa entre el nivel de empoderamiento y la prevalencia de prácticas sexuales de riesgo.

3. El nivel de empoderamiento femenino será diferente que el masculino.

4.6. Variables

4.6.1. Variables independientes

Empoderamiento (evitación de abusos, agencia personal, asertividad, empoderamiento sexual, autocuidado) y sexo.

4.6.2. Variables dependientes

Conocimientos acerca del VIH/SIDA y otras ITS; edad del debut sexual; número de parejas sexuales; emparejamiento sexual; comportamiento sexual; uso del condón.

4.6.3. Definición de las variables

Empoderamiento: proceso a través del cual las personas adquieren control sobre sus propias vidas (Rappaport, 1984) o, expresado de otra manera, como una expansión en la capacidad de las personas para tomar decisiones estratégicas para su vida en un contexto en el cual esta habilidad les era anteriormente negada (Kabeer, 2001).

A continuación, se describen los 5 factores de empoderamiento que se retoman en esta investigación (Tabla 1).

Tabla 1. Definición de los factores de empoderamiento

Factores	Definición
Evitación de abusos (EVT)	Capacidad para rechazar experiencias sexuales que no se desean (Cantón y Justicia, 2008).
Agencia personal (AGP)	Incorpora metas, objetivos, acuerdos, obligaciones. Implica la capacidad de predicción y control que la persona tiene sobre las elecciones, decisiones y acciones de las cuales es responsable (Sen, 1985).
Asertividad (ASR)	Habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los intereses de terceros. Incorpora el poder de negociar y tomar acción para cumplir con los propios deseos (Gaeta y Galvanovskis, 2009).
Empoderamiento sexual (EMS)	Condición dinámica, en desarrollo permanente. Proceso multidimensional centrado en aquellos elementos relacionados con la manifestación de la sexualidad, compuesto por: el factor intrapersonal, el interpersonal y el conductual (Peterson, 2010).
Autocuidado (AUT)	Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar (Orem, 2017).

Así mismo, se describen las variables de clasificación y sus definiciones (Tabla 2).

Tabla 2. Variables de clasificación

Variable	Definición
Sexo	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer, sin embargo, no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos (WHO, 2010).
Conocimientos de ITS/VIH-SIDA	Implica el dominio de las nociones básicas sobre los riesgos de contraer una infección de transmisión sexual, los métodos de prevención, y la ruta crítica a seguir en caso de contagio (DiClemente, Crosby, & Wingood, 2002).
Edad del debut sexual	Se refiere a la edad en la que los participantes tuvieron su primer encuentro sexual con penetración (anal o vaginal).
Número de parejas sexuales	Número total de personas con la que los participantes han tenido un encuentro sexual con penetración (vaginal o anal) al momento de la aplicación del instrumento. (Peterson, 2010).
Emparejamiento sexual	Preferencias e inclinaciones en la búsqueda de determinadas características en sus parejas sexuales (Padilla, 2011).
Comportamiento sexual	Es entendido como una expresión conductual de la sexualidad personal, donde el componente erótico es el más evidente y en la mayoría de los casos está ligada a la obtención de placer. (Díaz, Arrieta y González, 2010)
Uso del condón	El uso correcto y consistentemente de este método anticonceptivo es la única forma reconocida por la OMS para prevenir el contagio de las ITS, así como los embarazos no planeados.

A continuación, se exponen los tipos de pareja que se consideran para este estudio (Tabla 3).

Tabla 3. Definición de emparejamiento sexual

Tipo de pareja	Definición
HOMO	Personas de su mismo sexo con las que ha tenido encuentros sexuales.
HETE	Personas del sexo opuesto con las que ha tenido encuentros sexuales.
DIV	Personas de la diversidad sexual con las que ha tenido encuentros sexuales (transgénero, transexual, queer, etc.).
ABIER	Relaciones abiertas (sin pacto establecido).
NO TRAD	Relaciones con acuerdo no tradicional (poliamor, swinger, etc.)

En la siguiente tabla es posible visualizar los distintos comportamientos sexuales que se consideraron para esta investigación (Tabla 4).

Tabla 4. Definición de comportamiento sexual

Comportamiento sexual	Definición
PVPR	Penetración vaginal con pareja regular en los últimos 6 meses.
PVPO	Penetración vaginal con pareja ocasional en los últimos 6 meses
PAPR	Penetración anal con pareja regular en los últimos 6 meses
PAPO	Penetración anal con pareja ocasional en los últimos 6 meses
SOPR	Sexo oral con pareja regular en los últimos 6 meses
SOPO	Sexo oral con pareja ocasional en los últimos 6 meses
MPR	Masturbación con pareja regular en los últimos 6 meses
MPO	Masturbación con pareja ocasional en los últimos 6 meses

A continuación, se presenta una tabla con las variables que se consideraron en este estudio como parte de la categoría “Uso del condón” (Tabla 5).

Tabla 5. Definición de la variable Uso del Condón

Variable	Definición
UC PVPR	Uso del condón al tener penetración vaginal con pareja regular en los últimos 6 meses.
UC PVPO	Uso del condón al tener penetración vaginal con pareja ocasional en los últimos 6 meses.
UC PAPR	Uso del condón al tener penetración anal con pareja regular en los últimos 6 meses.
UC PAPO	Uso del condón al tener penetración anal con pareja ocasional en los últimos 6 meses.
UC SOPR	Uso del condón al tener sexo oral con pareja regular en los últimos 6 meses.
UC SOPO	Uso del condón al tener sexo oral con pareja ocasional en los últimos 6 meses.
UC MPR	Uso del condón al tener masturbación con pareja regular en los últimos 6 meses.
UC MPO	Uso del condón al tener masturbación con pareja ocasional en los últimos 6 meses.

4.7. Tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo transversal, con un alcance descriptivo y correlacional. La clasificación descriptiva hace referencia a la especificación de características de personas o grupos que se sometan a análisis. Solo se busca recoger información sobre las variables del estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). En este caso, se buscará describir el nivel de empoderamiento de las y los universitarios, así como los conocimientos acerca del VIH/SIDA y sus prácticas sexuales.

Por otra parte, el estudio correlacional pretende conocer el grado de relación entre dos o más variables de una muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). En este estudio, se tiene

como finalidad conocer si existe una relación entre el nivel de empoderamiento y los conocimientos de las ITS/VIH-SIDA y sus prácticas sexuales.

4.8. Participantes

Se empleó un muestreo por conglomerados, compuesto por 596 estudiantes universitarios del primer año de las 6 distintas carreras médico-biológicas Biología; Enfermería; Medicina; Odontología; Optometría y Psicología de la FES Iztacala, de los cuales, 384 participantes pertenecen al sexo femenino y 212 al masculino. Las edades de los participantes oscilaron entre los 17-28 años, la edad con mayor frecuencia fue de 18 años con el 50.4%. La orientación erótico afectiva predominante entre los participantes es la heterosexual con el 83%, seguida por bisexual con el 7.2% y la homosexual con el 5.4% de la muestra. El 89% son solteros, y el 64% han tenido ya una pareja sexual. El porcentaje de participantes por carrera estuvo distribuido de la siguiente manera: Psicología 17.3%; Medicina 20.1%; Biología 18.6%; Optometría 9.3%; Enfermería 15.2%; Odontología 16.7%.

4.9. Instrumentos

En primer lugar, se utilizó el instrumento de datos sociodemográficos, compuesto por 13 reactivos, en los cuales se solicitaron datos como sexo, edad, carrera, orientación erótico afectiva, religión, entre otros.

Asimismo, se utilizaron sólo 14 reactivos del instrumento Patrón de conducta sexual, diseñado por Robles y Díaz-Loving (2011), con la finalidad de obtener de los participantes información acerca de: las características de su primera relación sexual (edad, planeación, lugar, tipo de pareja y uso del condón); el número y tipo de parejas sexuales (novio, amigo, familiar y desconocido) que han tenido en toda su vida; el número de relaciones sexuales que han tenido en los últimos tres meses, y el uso del condón durante dicho periodo en su última relación sexual; también se incluirán reactivos para preguntar a los participantes si alguna vez han tenido o realizado pruebas para identificar alguna ITS.

Además, se utilizaron 10 reactivos de la prueba de conocimientos diseñada y validada por Robles y Díaz Loving (2011), con escala de respuesta cierto, falso y no sé). El nivel de consistencia interna de este instrumento, estimado a través del Alfa de Cronbach es

de .78. La respuesta a cada reactivo se codificó como: correcto (1) / incorrecto (0); para todos los reactivos “no sé” fue considerada como incorrecta por indicar que la persona no posee la información requerida.

Finalmente, se empleó la escala de agencia personal y empoderamiento en mujeres construida y validada por Padilla y Cruz (2018) que consta de cuatro factores que evalúan habilidades y estrategias de: agencia personal, autoconocimiento, empoderamiento en la salud y empoderamiento social. Consta de 47 reactivos con escala de respuesta tipo Likert que va de 0 (dicha condición no aplica para la persona), a 5 (1: estoy absolutamente seguro/a que no puedo, a 5: estoy absolutamente seguro/a que sí puedo. Para esta escala se adaptaron algunos reactivos para la población objetivo). En la validación realizada por las autoras, el instrumento muestra un Alfa de Cronbach de .92, que explica el 43.36% de la varianza total. En la muestra del presente estudio se observó un alfa de .93 que explicó el 45.51% de la varianza. Para el presente estudio, esta escala fue adaptada sobre todo en su redacción para ser aplicada tanto para mujeres como para hombres.

4.10. Procedimiento

Posterior a los permisos y el apoyo institucional, se obtuvo el total de estudiantes que ingresaron al periodo 2019-1 de todas las carreras que se imparten en el campus. Una vez teniendo los grupos por turno y por carrera, se llevó a cabo un muestreo por conglomerados que permitió la representatividad de la población en general. Consecutivamente, se reprodujeron los inventarios y se organizó en conjunto con las jefaturas de las distintas carreras la aplicación de la batería de instrumentos, en los días y horarios estipulados.

Se conformó un equipo de estudiantes becarios que fue capacitado previamente para la aplicación del instrumento. Se les hizo extensiva la invitación asegurando que su participación fuera voluntaria, asimismo, se les indicó el objetivo de la investigación, reiterando que la información obtenida sería estrictamente anónima y confidencial, la cual obedece únicamente a los propósitos de la investigación.

Finalmente, al concluir la aplicación de los instrumentos de los grupos seleccionados, se procedió a la captura y análisis de datos en el paquete estadístico SPSS 21. Los análisis realizados para cumplir con los objetivos de la investigación, fueron los siguientes: Estadísticos descriptivos, frecuencias para las variables nominales y medidas de tendencia central para los datos numéricos. Asimismo, la comparación de grupos y el análisis de correlación para variables numéricas se analizaron con los estadísticos de T de Student para grupos independientes y r de Pearson, respectivamente.

5. RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en la presente investigación.

5.1. Análisis descriptivo

5.1.1. Datos sociodemográficos de los participantes

Como se mencionó previamente, la muestra es representativa de la población universitaria de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, pues se eligió a partir de un muestreo por conglomerado. Se conforma por 596 participantes, de los cuales, el 64.4% (n=384) pertenecen al sexo femenino, mientras que el 35.6% (n=212) al masculino. La orientación erótico afectiva predominante fue la heterosexual con el 86.3% (n=510), seguida por la bisexual con el 7.4% (n=44) y la homosexual con el 5.6% (n=33).

Por otro lado, el 94.6% (n=547) de los participantes son solteros, mientras que el 1.9% (n=11) se encuentran casados y el 1.6% (n=9) en unión libre. Finalmente, el porcentaje de participantes por carrera estuvo distribuido de la siguiente manera: Psicología 17.8% (n=106); Medicina 20.7% (n=123); Biología 19.2% (n=114); Optometría 9.6% (n=57); Enfermería 15.6% (n=93); Odontología 17.1% (n=102) (Tabla 6).

Tabla 6. Datos sociodemográficos de los participantes

Variable	N	%
Sexo		
Femenino	384	64.4
Masculino	212	35.6
Orientación sexual		
Heterosexual	510	86.3
Bisexual	44	7.4
Homosexual	33	5.6
Otra	4	.7
Estado civil		
Soltero	547	94.6
Casado	11	1.9
Unión libre	9	1.6
Carrera		
Psicología	106	17.8
Medicina	123	20.7
Biología	114	19.2
Optometría	57	9.6
Enfermería	93	15.6
Odontología	102	17.1

5.1.2. Comportamiento sexual

Por otra parte, el 69.3% (n=411) de los participantes había tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (sexo vaginal o anal) al momento de la aplicación del instrumento. El promedio de edad del debut sexual de los participantes es de 16.4 años. El debut sexual de los participantes fue algo planeado en el 61.4% (n=254) de los casos, mientras que el 38.6% (n=157) restante no lo planeó; se dio en gran medida con su pareja de aquel momento 82.5% (n=341), y el 82.5% (n=340) utilizó condón en su primer encuentro sexual como único método anticonceptivo. En cuanto a la doble protección, los universitarios reportaron que solo el 9.7% (n=41) utilizó simultáneamente el método de barrera y otro método anticonceptivo adicional.

Aunado a lo anterior, los datos arrojan que el 43.4% (n=249) de los participantes refirió tener pareja sexual al momento de la aplicación del instrumento. Asimismo, los universitarios habían tenido en promedio 2.73 (DE=3.89, Mo=1) parejas sexuales al momento de la recogida de datos (Tabla 7).

Tabla 7. Características de la primera relación sexual

Sexualmente activos N=411		
Variable	N	%
Relación sexual forzada		
Si	9	2.2
No	402	97.8
Primera pareja sexual		
Novio	341	82.5
Amigo	57	14.2
Familiar	1	.2
Desconocido	3	.7
Ninguna de las anteriores	9	2.4
Planeación de la primer relación sexual		
Si	254	61.4
No	157	38.6
Lugar de la primera relación sexual		
Hotel	78	18.9
Casa de mi novio (a)	166	40.3
Auto	3	.7
Mi casa	95	23.1
Casa de un amigo	43	10.4
Antro/Bar/ Disco	1	.2
Ninguna de las anteriores	26	6.3
Método anticonceptivo utilizado		
Condón masculino	340	82.5
Pastillas anticonceptivas	47	11.4
Pastilla de emergencia	23	5.5
Espermicidas	1	.6
Doble protección *		
Si	41	9.7
No	370	90.3
Método anticonceptivo además del condón		
Pastilla anticonceptiva	26	72.2
Pastilla de emergencia	8	22.2
Espermicida	1	2.8
Coito interrumpido	1	2.8

* Uso simultáneo de preservativos (condón masculino o femenino) con otros métodos anticonceptivos (hormonales, de barrera o permanentes) con el fin de aumentar la tasa de efectividad de los mismos y así evitar el embarazo y prevenir el contagio de ITS.

En cuanto a las personas con las que los participantes se relacionan sexualmente (emparejamiento sexual), es posible encontrar que el 70.0% (n=288) se habían relacionado sexualmente con personas del sexo opuesto, mientras que el 16.6% (n=17), lo había hecho con personas de su mismo sexo; el 2.9% (n=12), lo hacen con personas de ambos sexos, mientras que el 1.1% (n=4), se relacionan sexualmente con personas de orientación erótico afectiva diversa (transgénero, transexuales, queer, entre otros). Además, el 9.4% (n=37) de los participantes había tenido al menos una relación abierta en la que se permiten otras parejas sexuales, poliamorosa, swinger, o con algún acuerdo no tradicional, al momento de responder la batería (Tabla 8).

Tabla 8. Emparejamiento sexual

Sexualmente activos N=411		
Variable	N	%
Sexo opuesto	288	70
Mismo sexo	70	16.6
Ambos sexos	12	2.9
Orientación erótico afectiva diversa	4	1.1
Acuerdo no tradicional	37	9.4

A continuación, es posible visualizar la (Tabla 9), la cual muestra la frecuencia del comportamiento sexual que los participantes habían tenido durante los 6 meses previos a la aplicación del instrumento. En lo que respecta a la penetración vaginal con pareja regular (PVPR), el 27% (n=110) lo había hecho de manera muy frecuente, mientras que el 24.3% (n=97) nunca habían tenido un encuentro de éstas estas características.

También es posible visualizar el porcentaje de frecuencia con la que los participantes tuvieron penetración vaginal con pareja ocasional (PVPO). Los resultados indican que el 66.1% (n=271) nunca había tenido un encuentro sexual de esta índole, mientras que el 9.4% (n=39) la había realizado con mucha frecuencia. Así mismo, se muestra el porcentaje de frecuencia con la que los participantes tuvieron penetración anal con pareja regular (PAPR). Es posible ver que el 77.2% (n=316) de los participantes nunca la habían tenido.

Por otro lado, es posible ver los porcentajes de frecuencia con la que los participantes tuvieron penetración anal con pareja ocasional (PAPO). El 85.7% (n=349) de los participantes refieren que nunca antes habían tenido penetración anal con pareja ocasional. Aunado a lo anterior, la tabla refleja los porcentajes de frecuencia con la que los participantes tuvieron sexo oral con pareja regular (SOPR). El 18.0% (n=75) de los participantes afirmaron que es una práctica que habían tenido con frecuencia, mientras que el 20.9% (n=87) no habían tenido un encuentro sexual de esta naturaleza al momento de la aplicación.

Es posible observar también la frecuencia con la que los participantes tuvieron sexo oral con pareja ocasional (SOPO). El 64.9% (n=268) afirmó que es una práctica que nunca habían tenido, mientras que el 5.8% (n=24) reportó que muy frecuentemente participaban en

encuentros de esta índole. Además, es posible visualizar los porcentajes de frecuencia con la que los participantes tuvieron masturbación con pareja regular (MPR). El 31.2% (n=127) afirmó que es una práctica que nunca habían tenido, mientras que el 18.7% (n=78) de los participantes reportaron que muy frecuentemente realizaban esta práctica.

Finalmente, es posible observar los porcentajes de frecuencia con la que los participantes tuvieron masturbación con pareja ocasional (MPO). El 70.1% (n=290) afirmó que es una práctica que nunca habían tenido, mientras que el 4.9% (n=22) reportó que muy frecuentemente participaban en encuentros de esta índole.

Tabla 9. Frecuencia del comportamiento sexual

Sexualmente activos N=411

Variable	Frecuencia									
	Nunca		Poco frecuente		Algo frecuente		Frecuentemente		Muy frecuentemente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PVPR	97	24.3	63	14.6	71	17.3	70	16.7	110	27
PVPO	271	66.1	53	12.7	29	7.3	19	4.5	39	9.4
PAPR	316	77.2	66	15.6	21	4.1	4	1.8	4	1.3
PAPO	349	85.7	41	10.1	8	2.4	7	.6	6	1.2
SOPR	87	21.1	79	19.7	83	20.4	75	18.0	87	20.9
SOPO	268	64.9	58	14.5	37	8.7	24	6.2	24	5.8
MPR	127	31.2	78	18.9	61	15.5	67	15.7	78	18.7
MPO	290	70.1	57	14.3	26	6.1	16	4.5	22	4.9

PVPR: Penetración vaginal con pareja regular en los últimos 6 meses; PVPO: Penetración vaginal con pareja ocasional en los últimos 6 meses; PAPR: Penetración anal con pareja regular en los últimos 6 meses; PAPO: Penetración anal con pareja ocasional en los últimos 6 meses; SOPR: Sexo oral con pareja regular en los últimos 6 meses; SOPO: Sexo oral con pareja ocasional en los últimos 6 meses; MPR: Masturbación con pareja regular en los últimos 6 meses; MPO: Masturbación con pareja ocasional en los últimos 6 meses.

Así mismo, la (Tabla 10) muestra la frecuencia del uso del condón que los participantes habían tenido durante los 6 meses previos a la aplicación del instrumento. En lo que respecta al uso del condón en penetración vaginal con pareja regular (UC PVPR), el 37.5% (n=152) de ellos afirmaron que muy frecuentemente utilizaron condón, mientras que el 13.5% (n=58) refirió que usaron con poca frecuencia y finalmente, el 9.2% (n=37) reportó nunca haberlo usado.

Por otra parte, en lo referente al uso del condón en penetración vaginal con pareja ocasional (UC PVPO), el 49.4% (n=208) de los universitarios, refirió que nunca utilizó condón al tener esta práctica. Así mismo, el 75% (n=318) de los universitarios con actividad

sexual, reportó que nunca habían usado condón al tener penetración anal con pareja regular. (UC PAPR), mientras que el 10.4% (n=41) afirmó que lo había utilizado con mucha frecuencia.

En lo que respecta al uso del condón uso del condón en penetración anal con pareja ocasional (UC PAPO), el 40.9 % (n=168) afirmó que muy frecuentemente utilizó condón al realizar esta práctica, mientras que el 22.7% (n=91) reportaron que nunca habían usado condón al tener esta práctica, respectivamente. Por otra parte, el 65.2% (n=277) de los universitarios refirieron que nunca habían empleado condón al realizar sexo oral con pareja regular (UC SOPR) y el 14.8% (n=61) afirmó que lo utilizó con poca frecuencia.

De la misma manera, el 58.0% (n=238) de los universitarios que habían tenido sexo oral con pareja ocasional (UC SOPO), reportaron que nunca usaron condón, mientras que el 21.0% (n=89) afirmó que lo utilizó con poca frecuencia. A su vez, el 80.4% (n=335) de los universitarios que habían tenido masturbación con pareja regular (UC MPR), reportaron que nunca usaron condón y tan sólo el 3.1% (n=14) de los universitarios refirió haberlo usado con mucha frecuencia. Finalmente, el 89.1% (n=371) de los universitarios que habían tenido masturbación con pareja ocasional (UC MPO), reportaron que nunca usaron condón al tener esta práctica.

Tabla 10. Frecuencia del uso del condón

Sexualmente activos (n=411)

Variable	Frecuencia									
	Nunca		Poco frecuente		Algo frecuente		Frecuentemente		Muy frecuentemente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UC PVPR	37	9.2	58	13.5	66	15.7	98	24.0	152	37.5
UC PVPO	208	49.4	3	0.6	12	4.8	41	10.1	147	35.1
UC PAPR	318	75.0	24	6.6	16	4.2	12	3.8	41	10.4
UC PAPO	91	22.7	58	13.6	21	4.5	73	18.2	168	40.9
UC SOPR	277	65.2	61	14.8	36	9.4	16	4.8	21	5.8
UC SOPO	238	58.0	89	21.0	30	7.4	25	6.2	29	7.4
UC MPR	335	80.4	35	8.7	19	4.9	8	2.8	14	3.1
UC MPO	371	89.1	12	3.8	12	3.2	16	3.8	0	0

UC PVPR: Uso del condón al tener penetración vaginal con pareja regular en los últimos 6 meses; UC PVPO: Uso del condón al tener penetración vaginal con pareja ocasional en los últimos 6 meses; UC PAPR: Uso del condón al tener penetración anal con pareja regular en los últimos 6 meses; UC PAPO: Uso del condón al tener penetración anal con pareja ocasional en los últimos 6 meses; UC SOPR: Uso del condón al tener sexo oral con pareja regular en los últimos 6 meses; UC SOPO: Uso del condón al tener sexo oral con pareja ocasional en los últimos 6 meses; UC MPR: Uso del condón al tener masturbación con pareja regular en los últimos 6 meses; UC MPO: Uso del condón al tener masturbación con pareja ocasional en los últimos 6 meses.

En otra línea argumental, referente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el 16.7% (n=97) reportó haberse realizado pruebas de laboratorio para saber si tiene alguna ITS. Tan solo el 13.3% (n=78) de la muestra se había realizado la prueba rápida de detección de VIH; mientras que el 80.4% (n=471) no la había realizado y el 6.3% (n=37) reportó no saber cómo realizarla. Asimismo, el 87.4 (n=508) de los participantes reportó no tener ninguna ITS, mientras que el 10.8% (n=63) no estaba seguro de tenerla y finalmente, el 1.7% (n=10) refirió estar contagiado de alguna ITS al momento de la aplicación. La ITS con mayor frecuencia entre los participantes que refirieron tener alguna ITS, es la candidiasis con el 40.0% (n=4) de los casos (Tabla 11).

Tabla 11. Infecciones de transmisión sexual en los participantes

Nombre de la ITS	N
Candidiasis	4
VPH	3
Herpes	1
Gonorrea	1
VIH	1

Finalmente, el 94.2% (n=387) de las participantes, refirió que no han tenido un embarazo, mientras que el 4.8% (n=20) reportan haber tenido al menos un embarazo a lo largo de su vida, y finalmente, el 1% (n=4) mencionan no saber si han tenido o no un embarazo al momento de la aplicación. De los estudiantes que afirmaron haber tenido al menos un embarazo a lo largo de su vida, el 85.0% (n=17) reportó que no fue planeado, mientras que el 15.0% (n=3) restante afirmó haberlo planeado con su pareja (véase Tabla 12).

Tabla 12. Embarazos en los participantes

Variable	N	%
No lo han tenido	387	94.2
No saben si lo han tenido	4	1.0
Lo han tenido	20	4.8
<i>Embarazo planeado</i>		
No	17	85.0
Si	3	15.0

5.2. Análisis inferencial

5.2.1. Prueba T de Student

Con la finalidad de conocer si existían diferencias significativas entre sexos en cuanto al conocimiento de ITS/VIH-SIDA, el constructo de empoderamiento con sus distintos factores (evitación de abusos, agencia personal, asertividad, empoderamiento sexual y autocuidado), así como las variables debut sexual, número de parejas sexuales, emparejamiento sexual, comportamiento sexual y uso del condón, se realizó la prueba T de Student para grupos independientes, en dónde, se encontró en primera instancia, que no existe una diferencia estadísticamente significativa en cuánto a los conocimientos de ITS/VIH.SIDA entre hombres y mujeres.

Tabla 13. Comparación por sexos de los conocimientos de ITS/VIH-SIDA

Variable Analizada	t	gl	sig.	Hombres		Mujeres	
				Media	D.E.	Media	D.E.
C ITS	-.953	552	.205	57.37	17.05	58.91	18.77

CITS: Conocimientos ITS/VIH

Respecto al número de parejas sexuales, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo los hombres quienes han tenido más parejas (ME=3.7 SE=7.4), frente a las mujeres (ME=2.1 SE=2.3, $t_{(430)}= 4.2$, $p<.05$).

Tabla 14. Comparación por sexos de la edad del debut sexual y el número de parejas sexuales

Variable Analizada	t	gl	sig.	Hombres		Mujeres	
				Media	D.E.	Media	D.E.
DEB SEX	-2.38	409	.149	16.18	1.81	16.57	1.45
NPS	4.20	430	.000	3.75	5.47	2.14	2.38

DEB SEX: Edad del debut sexual; NPS: número de parejas sexuales

En lo que compete al emparejamiento sexual, la variable HETE (número de personas de su mismo sexo con las que se han relacionado sexualmente), mostró diferencias significativas, siendo los hombres quienes más lo han hecho (ME=6.3 SE=10.1), frente a las mujeres (ME=2.0 SE=1.4, $t_{(63)}= 2.6$, $p<.05$).

Tabla 15. Comparación por sexos del emparejamiento sexual

Variable Analizada	t	gl	sig.	Hombres		Mujeres	
				Media	D.E.	Media	D.E.
HOMO	2.64	63	.003	6.33	10.18	2.07	1.47
HETE	4.01	314	.000	3.80	4.08	2.36	2.26
DIV	-.655	6	.744	1.40	0.54	1.67	0.57
ABIER	.315	46	.046	1.75	1.65	1.64	0.62
NO TRAD	1.42	32	.202	2.00	1.84	1.35	0.74

HOMO: Número de personas de su mismo sexo con las que ha tenido encuentros sexuales; HETE: Número de personas del sexo opuesto con las que ha tenido encuentros sexuales; DIV: Número de personas de la diversidad sexual con las que ha tenido encuentros sexuales (transgénero, transexual, queer, etc.); ABIER Número relaciones abiertas en las que ha estado; NO TRAD: Número de relaciones con acuerdo no tradicional.

Por otro lado, la comparación por sexos del comportamiento sexual, arrojó existe una diferencia estadísticamente significativa en las variables PVPO (frecuencia con la que se ha tenido penetración vaginal con pareja ocasional en los últimos 6 meses), siendo los varones quienes más han realizado esta práctica con (ME=2.9 SE=1.4,) frente a las participantes (ME=1.5 SE=1.0, $t_{(243)}= 3.4$, $p<.05$); PAPR (frecuencia con la que se ha tenido penetración

anal con pareja regular en los últimos 6 meses): nuevamente los hombres ($ME=1.5$ $SE=0.8$) presentan una mayor incidencia en este comportamiento que las mujeres del estudio ($ME=1.2$ $SE=0.6$, $t_{(441)}= 3.8$, $p<.05$) y finalmente en SOPO (frecuencia con la que se ha tenido sexo oral con pareja ocasional en los últimos 6 meses): una vez más, son los participantes varones los que presentan una mayor tasa de frecuencia ($ME=2.0$ $SE=1.3$) que las participantes femeninas ($ME=1.4$ $SE=1.3$, $t_{(240)}= 3.4$, $p<.05$), (Tabla 17). Por ende, es posible argumentar de manera preliminar que los varones del estudio se exponen más que las mujeres a conductas sexuales de riesgo.

Tabla 16. Comparación por sexos del comportamiento sexual

Variable Analizada	t	gl	sig.	Hombres		Mujeres	
				Media	D.E.	Media	D.E.
PVPR	.478	.442	.559	3.12	1.56	3.05	1.52
PVPO	3.46	243	.000	2.09	1.47	1.52	1.09
PAPR	3.84	441	.000	1.53	0.89	1.24	0.65
PAPO	2.32	166	.000	1.32	0.80	1.10	0.33
SOPR	2.01	415	.788	3.17	1.44	2.87	1.41
SOPO	3.41	240	.001	2.01	1.31	1.49	1.03
MPR	.904	443	.535	2.80	1.48	2.67	1.51
MPO	2.47	242	0.14	1.78	1.16	1.43	1.03

PVPR: Penetración vaginal con pareja regular en los últimos 6 meses; PVPO: Penetración vaginal con pareja ocasional en los últimos 6 meses; PAPR: Penetración anal con pareja regular en los últimos 6 meses; PAPO: Penetración anal con pareja ocasional en los últimos 6 meses; SOPR: Sexo oral con pareja regular en los últimos 6 meses; SOPO: Sexo oral con pareja ocasional en los últimos 6 meses; MPR: Masturbación con pareja regular en los últimos 6 meses; MPO: Masturbación con pareja ocasional en los últimos 6 meses.

Así mismo, es posible observar que existen diferencias significativas en la variable UC PAPR (Uso del condón al tener penetración anal con pareja regular en los últimos 6 meses), siendo los hombres quién más presentan esta conducta, ($ME=1.9$ $SE=1.5$) frente a las participantes femeninas ($ME=1.4$ $SE=1.1$, $t_{(286)}= 3.0$, $p<.05$). Así también, la variable UC MPO (Uso del condón al tener masturbación con pareja ocasional en los últimos 6 meses) mostró una diferencia, siendo los participantes varones ($ME=1.3$ $SE=1.0$) los que muestran una incidencia mayor en esta conducta, frente a las participantes femeninas ($ME=1.1$ $SE=0.4$, $t_{(154)}= 1.56$, $p<.05$).

Tabla 17. Comparación por sexos del uso del condón

Variable Analizada	t	gl	sig.	Hombres		Mujeres	
				Media	D.E.	Media	D.E.
UC PVPR	.396	323	.667	3.71	1.32	3.65	1.35
UC PVPO	1.64	166	.748	3.03	1.86	2.56	1.84
UC PAPR	3.08	286	.000	1.97	1.54	1.49	1.14
UC PAPO	126	20	.181	3.44	1.78	3.33	1.50
UC SOPR	-.127	308	.899	1.70	1.21	1.72	1.15
UC SOPO	-.092	79	.333	1.83	1.32	1.86	1.11
UC MPR	1.03	284	.044	1.47	1.07	1.35	0.85
UC MPO	1.56	154	.001	1.35	1.06	1.14	0.45

UC PVPR: Uso del condón al tener penetración vaginal con pareja regular en los últimos 6 meses; UC PVPO: Uso del condón al tener penetración vaginal con pareja ocasional en los últimos 6 meses; UC PAPR: Uso del condón al tener penetración anal con pareja regular en los últimos 6 meses; UC PAPO: Uso del condón al tener penetración anal con pareja ocasional en los últimos 6 meses; UC SOPR: Uso del condón al tener sexo oral con pareja regular en los últimos 6 meses; UC SOPO: Uso del condón al tener sexo oral con pareja ocasional en los últimos 6 meses; UC MPR: Uso del condón al tener masturbación con pareja regular en los últimos 6 meses; UC MPO: Uso del condón al tener masturbación con pareja ocasional en los últimos 6 meses.

Finalmente cabe resaltar que, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación por sexos de los factores de empoderamiento.

Tabla 18. Comparación por sexos de los factores de empoderamiento

Variable Analizada	t	gl	sig.	Hombres		Mujeres	
				Media	D.E.	Media	D.E.
EVT	-.174	560	.725	4.34	1.45	4.36	1.37
AGP	1.52	560	.431	4.82	0.96	4.69	0.94
ASR	.313	560	.983	4.97	0.86	4.95	0.88
EMS	1.75	560	.204	5.30	0.80	5.16	0.90
AUT	-.706	548	.112	3.37	1.98	3.50	1.89

EVT: Evitación de abuso; AGP: Agencia Personal; ASR: Asertividad; EMS: Empoderamiento sexual; AUT: Autocuidado.

5.2.2. Estudio correlacional

El último objetivo de este estudio fue analizar la relación entre los cinco factores que en su conjunto conforman el constructo de empoderamiento: evitación de abuso (EVT), agencia personal (AGP), asertividad (ASR), empoderamiento sexual (EMS) y autocuidado (AUT) con las variables conocimientos de ITS/VIH (CITS) y comportamiento sexual. Para examinarlos, se calcularon las correlaciones de los cinco factores con los constructos previamente mencionados.

La variable conocimientos de ITS/VIH (CITS) no mostró correlación con ningún factor de empoderamiento (Tabla 19).

Tabla 19. Correlación entre empoderamiento y conocimientos de ITS/VIH-SIDA

		EVT	AGP	ASR	EMS	AUT
CITS	r	-0.018	-.034	-.041	.119	-.055
	p	.664	.416	.328	.649	.192

**p=0.01 *p=0.05

CITS: Conocimientos de ITS/VIH

EVT: Evitación de abuso; AGP: Agencia personal; ASR: Asertividad; EMS: Empoderamiento sexual; AUT: Autocuidado

La edad del debut sexual (DEB SEX) y el número de parejas sexuales (NPS) tampoco se correlacionaron con ningún factor de empoderamiento (Tabla 20).

Tabla 20. Correlación entre empoderamiento, el debut sexual y el número de parejas sexuales

		EVT	AGP	ASR	EMS	AUT
DEB SEX	r	-.014	.002	-.057	-.063	.009
	p	.789	.972	.267	.219	.856
NPS	r	-.034	.026	.033	-.061	-.048
	p	.500	.603	.505	.224	.338

**p=0.01 *p=0.05

DEB SEX: Edad del debut sexual; NPS: número de parejas sexuales;

EVT: Evitación de abuso; AGP: Agencia personal; ASR: Asertividad; EMS: Empoderamiento sexual; AUT: Autocuidado.

Por su parte, la agencia personal (AGP), se asoció negativa y significativamente con el número de personas de la diversidad sexual con las que ha tenido encuentros sexuales (DIV) ($p=-0.757$). Así mismo, el empoderamiento sexual (EMS) muestra una correlación

negativa media con el número de personas del mismo sexo con las que ha tenido encuentros sexuales (HOMO) ($p=-0.550$) (Véase Tabla 21).

Tabla 21. Correlación entre empoderamiento y emparejamiento sexual

		EVT	AGP	ASR	EMS	AUT
HOMO	r	-.248	-.132	-.250	-.550**	-.110
	p	.061	.323	.059	.000	.416
HETE	r	.024	.084	.089	.057	.012
	p	.674	.149	.124	.330	.839
DIV	r	-.609	-.757*	-.660	-.089	-.035
	p	.147	.049	.107	.850	.941
ABIER	r	.150	.107	.150	.239	.173
	p	.343	.494	.338	.123	.266
NO TRAD	r	.001	.101	-.021	.202	-.172
	p	.995	.581	.907	.266	.355

** $p=0.01$ * $p=0.05$

HOMO: Número de personas de su mismo sexo con las que ha tenido encuentros sexuales; HETE: Número de personas del sexo opuesto con las que ha tenido encuentros sexuales; DIV: Número de personas de la diversidad sexual con las que ha tenido encuentros sexuales (transgénero, transexual, queer, etc.); ABIER Número relaciones abiertas en las que ha estado; NO TRAD: Número de relaciones con acuerdo no tradicional.

EVT: Evitación de abuso; AGP: Agencia personal; ASR: Asertividad; EMS: Empoderamiento sexual; AUT: Autocuidado.

El análisis correlacional entre los factores de empoderamiento y el comportamiento sexual arrojó que, la agencia personal (AGP) muestra una correlación positiva débil con la penetración vaginal con pareja ocasional en los últimos 6 meses (PVPO) ($p=0.149$) y sexo oral con pareja regular en los últimos 6 meses (SOPR) ($p=0.136$). Por otro lado, el factor asertividad (ASR) se relacionó positiva y débilmente con penetración vaginal con pareja regular en los últimos 6 meses (PVPR) ($p=0.113$) (Véase Tabla 22).

Tabla 22. Correlación entre empoderamiento y comportamiento sexual

		EVT	AGP	ASR	EMS	AUT
PVPR	r	.134	.076	.113*	.073	-.044
	p	.493	.122	.020	.135	.376
PVPO	r	-.007	.149*	.095	.081	-.010
	p	.919	.022	.146	.218	.875
PAPR	r	.011	.040	-.038	.022	-.022
	p	.825	.412	.438	.649	.649
PAPO	r	-.049	-.043	-.032	-.031	.012
	p	.535	.590	.691	.692	.877
SOPR	r	.080	.136**	.082	.134	-.024
	p	.114	.007	.105	.508	.646
SOPO	r	-.012	.111	.074	.026	.021
	p	.853	.090	.262	.687	.756
MPR	r	.031	.082	.044	-.018	-.060
	p	.532	.092	.370	.720	.223
MPO	r	.049	.091	.074	.027	.058
	p	.453	.164	.258	.676	.382

**p=0.01 *p=0.05

PVPR: Penetración vaginal con pareja regular en los últimos 6 meses; PVPO: Penetración vaginal con pareja ocasional en los últimos 6 meses; PAPR: Penetración anal con pareja regular en los últimos 6 meses; PAPO: Penetración anal con pareja ocasional en los últimos 6 meses; SOPR: Sexo oral con pareja regular en los últimos 6 meses; SOPO: Sexo oral con pareja ocasional en los últimos 6 meses; MPR: Masturbación con pareja regular en los últimos 6 meses; MPO: Masturbación con pareja ocasional en los últimos 6 meses.

EVT: Evitación de abuso; AGP: Agencia personal; ASR: Asertividad; EMS: Empoderamiento sexual; AUT: Autocuidado.

En lo que respecta a la correlación entre el empoderamiento y el uso del condón, la agencia personal (AGP), mostró una correlación negativa media con el uso del condón al tener penetración anal con pareja ocasional en los últimos 6 meses (UC PAPO) ($p=-0.554$) (Véase Tabla 23).

Tabla 23. Correlación entre empoderamiento y uso del condón

		EVT	AGP	ASR	EMS	AUT
UC PVPR	r	-.100	-.043	-.090	-.041	.001
	p	.083	.458	.117	.477	.988
UC PVPO	r	-.017	.075	.103	.048	-.038
	p	.827	.348	.197	.543	.632
UC PAPR	r	.012	-.046	-.049	-.039	.021
	p	.844	.448	.422	.527	.737
UC PAPO	r	.455	-.554*	.133	-.015	.071
	p	.050	.014	.586	.951	.774
UC SOPR	r	.051	-.005	.006	-.055	.093
	p	.392	.933	.925	.351	.119
UC SOPO	r	.074	.114	-.104	.015	-.005
	p	.526	.328	.370	.899	.968
UC MPR	r	.088	-.006	.012	-.017	.078
	p	.152	.927	.845	.783	.211
UC MPO	r	.116	.065	.060	-.083	.044
	p	.159	.432	.469	.315	.593

**p=0.01 *p=0.05

UC PVPR: Uso del condón al tener penetración vaginal con pareja regular en los últimos 6 meses; UC PVPO: Uso del condón al tener penetración vaginal con pareja ocasional en los últimos 6 meses; UC PAPR: Uso del condón al tener penetración anal con pareja regular en los últimos 6 meses; UC PAPO: Uso del condón al tener penetración anal con pareja ocasional en los últimos 6 meses; UC SOPR: Uso del condón al tener sexo oral con pareja regular en los últimos 6 meses; UC SOPO: Uso del condón al tener sexo oral con pareja ocasional en los últimos 6 meses; UC MPR: Uso del condón al tener masturbación con pareja regular en los últimos 6 meses; UC MPO: Uso del condón al tener masturbación con pareja ocasional en los últimos 6 meses.

EVT: Evitación de abuso; AGP: Agencia personal; ASR: Asertividad; EMS: Empoderamiento sexual; AUT: Autocuidado.

6. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo general el conocer si existe una relación entre el nivel de empoderamiento y la salud sexual en estudiantes universitarios de primer año de las carreras médico biológicas.

Los resultados indicaron que de los 596 jóvenes universitarios que conformaron la muestra, el 69% (n=411) refirieron ser sexualmente activos. El promedio de edad del debut sexual fue de 16.42 años y tenían en promedio 2.73 parejas sexuales, estos datos son similares a los reportados en la ENADID (2018), quienes reportan que la edad media de las mujeres al inicio de su vida sexual es de 17.5 años. Es probable que en este estudio encontráramos una media menor debido a que se promedió también la edad de los hombres, quienes, inician su vida sexual a una edad más temprana que las mujeres (Fernández, Rodríguez, Pérez y Alcaráz, 2017 y López y Martínez, 2018).

Así mismo, el 82.5% reportó haber usado condón masculino en su primera relación sexual y tan sólo el 9.7% empleó otro método anticonceptivo de manera simultánea al condón. Estos datos se asemejan también, a los resultados de la investigación de Villalobos, de Castro, Rojas y Allen (2017), quienes postulan que el 75% de los jóvenes que participaron en su estudio emplearon condón en su primera relación sexual y el 12% un método anticonceptivo simultáneo distinto al preservativo. Estos datos indican que aún existe una importante labor a realizar en materia educativa para promover el uso del preservativo y la doble protección desde el primer encuentro sexual.

Por otra parte, el 38.6% de los universitarios sexualmente activos refirieron que no planearon la primera relación sexual, lo cual, de acuerdo con Román, (2000), en la mayoría de los encuentros sexuales que no son planeados no se utiliza preservativo, pues en lo que menos se piensan es en protegerse.

En esta misma línea argumental, los resultados de esta investigación arrojaron que el método más utilizado por los universitarios es el condón masculino, seguido de la pastilla anticonceptiva, la píldora de emergencia y finalmente los espermicidas. A nivel nacional, el INEGI, (2018) reporta que el 53.4% de la población emplea consistentemente un método anticonceptivo. Entre los métodos más utilizados se encuentran la ligadura de trompas

(48.5%), no hormonales (condón, masculino o femenino, dispositivo intrauterino, óvulos y espumas anticonceptivas (29.3%), hormonales (pastillas, inyecciones, implante y parche anticonceptivo, (15.6%), tradicionales, (3.9%) y vasectomía (2.7%).

Los autores difieren en la categorización de la pastilla de emergencia. Algunos la consideran como un método anticonceptivo (Programa Nacional de Salud sexual y Procreación responsable, 2007), mientras que, para otros, se trata de un método abortivo (Fernández y Giménez, 2011).

De cualquier manera, el uso recurrente de dicho medicamento tiene graves consecuencias en las mujeres que lo emplean y su alta tasa de consumo deberse a la deficiente información obtenida por lo adolescentes respecto al uso de métodos anticonceptivos, así como la fácil obtención del medicamento, además del uso inconsistente del condón o el uso incorrecto de otros métodos anticonceptivos (Programa Nacional de Salud sexual y Procreación responsable, 2007).

En lo referente al comportamiento sexual, los resultados indican que la penetración vaginal es la actividad que más realizan los estudiantes, sin importar si es con pareja ocasional o regular. Por otro lado, la penetración anal es la actividad que menos se practica.

Es posible inferir que lo anterior se basa en una serie de creencias culturales en torno al sexo anal, pues históricamente se le confiere un carácter prohibido e incluso denominado “antinatural” por la mayoría de las religiones debido a que se percibe como algo sucio, contaminante, no conduce a la procreación y se vincula con las prácticas homosexuales entre varones (CENSIDA, 2018).

Collado, Alva, Villa, López, González de León y Schiavon (2008) refieren que, en ausencia de información adecuada, los universitarios recurren a esta práctica para evitar los embarazos, no obstante, al omitir el preservativo, se arriesgan a contraer infecciones y la susceptibilidad de sufrir un desgarre anal por la falta de lubricación y estimulación previa es elevada, lo que podría derivar en serias complicaciones para la salud.

En lo concerniente al uso del condón con pareja regular, los resultados mostraron que sólo el 37.3% de los universitarios utilizan el preservativo en los encuentros con penetración vaginal que tuvieron. Esta cifra desciende en la penetración anal a 30.9 %, en el sexo oral se observó una caída aún mayor 5.8% y en la masturbación el uso del condón es casi nulo 3.1 %.

En las prácticas sexuales con la pareja ocasional hay un aumento en el uso del condón en la penetración vaginal 65.9%, penetración anal 40.9%, sexo oral 7.6% y masturbación 7.8%. Estos resultados concuerdan con las investigaciones de Robles y Díaz-Loving, (2008), quienes encontraron que los jóvenes de su estudio utilizan más los anticonceptivos con parejas ocasionales que con parejas formales debido a arraigadas implicaciones de aprendizajes de género.

Aunado a lo anterior y en sintonía con lo propuesto anteriormente, Valdez, Pérez, Rodríguez y Domínguez, (2019), argumentan que es más probable que los jóvenes utilicen el condón de manera intermitente o dejen de utilizarlos con su pareja regular debido a que confían en su pareja, al tratar de expresar su amor e intimidad disminuyen el uso del preservativo.

Debido a las postulaciones expuestas previamente, es posible decir que más allá de los conocimientos previos que se tengan respecto al condón, existen diversos factores que juegan en su uso correcto y consistente por parte de los jóvenes. Uno de los elementos más importantes son los mitos y creencias carentes de sustento científico.

Es muy común que el preservativo sea visto únicamente como un método de control natal y no como protección de ITS. Al ser considerado como método de planificación familiar los jóvenes lo perciben lejano, pues la vida sexual de los universitarios se relaciona más con el erotismo y deseo que con la planificación de una familia (Vargas, Barrera, Burgos y Daza, 2006; Pérez, Fonseca y Sánchez, 2011).

Otra creencia fuertemente arraigada en los jóvenes respecto al uso del condón es que, al utilizarlo, se interrumpiría el desarrollo del coito pues resulta imperativo que la pareja se controle, piense y se detenga para poder colocarlo. Es desde esta perspectiva un objeto extraño que reprime el deseo y disminuye la satisfacción sexual (Moral de la rubia, 2007).

Otro factor por el cual el uso del condón se ve significativamente reducido, es que, al poseer conocimientos deficientes respecto a las formas de contagio de las ITS, los universitarios no perciben el riesgo de contraer una infección en todos sus encuentros sexuales, subestimando el uso del condón en el sexo oral o masturbación, (Robles, Piña y Moreno, 2006). En lo referente a las ITS, la población de estudio mostró una tasa de incidencia de 1.7%, lo cual está muy por debajo de las cifras nacionales (25%) otorgadas por la CONAPO, (2018).

Por otro lado, se realizó el estudio inferencial T de Student para conocer si existían diferencias significativas entre sexos en cuanto al conocimiento de ITS/VIH-SIDA, el constructo de empoderamiento con sus distintos factores (evitación de abusos, agencia personal, asertividad, empoderamiento sexual y autocuidado), así como las variables debut sexual, número de parejas sexuales, emparejamiento sexual, comportamiento sexual y uso del condón.

Respecto al número de parejas sexuales, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo los hombres quienes han tenido más parejas (3.7), frente a las mujeres (2.1).

En lo que compete al emparejamiento sexual, los hombres se han relacionado sexualmente más con personas de su mismo sexo (6.3), que las mujeres (2.0) Además, son también los varones del estudio quienes menos han empleado condón al tener distintas prácticas sexuales tanto con pareja regular como pareja ocasional. Así pues, es posible afirmar que los varones son quienes más se exponen a conductas sexuales de riesgo, pues su porcentaje de uso del condón, es menor que el de las mujeres.

Es por lo anterior que es posible afirmar que los varones del estudio se exponen más que las mujeres a conductas sexuales de riesgo. Esto afirma constructos teóricos previamente postulados, por ejemplo, (Parker, 2009 en Estrada, 2014), argumenta basado en sus investigaciones que, muchos hombres latinoamericanos continúan creyendo que es de *machos* tomar riesgos o incluso tener relaciones sexuales a la fuerza. Además, sostiene que, el uso de métodos anticonceptivos por parte de algunos varones no es necesariamente un sinónimo de previsión familiar y asunción de responsabilidades y puede, en ocasiones, ser

un indicador de todo lo contrario: una huida de los compromisos y responsabilidades conyugales y familiares a través de la adopción de una actitud defensiva hacia la sexualidad protegida, que se asume, en términos peyorativos, como *femenina*.

A pesar de que las representaciones de la masculinidad están cambiando, en el ámbito de la sexualidad, los estereotipos sociales hegemónicos que rodean al varón, indican que los hombres deben asumir un rol activo, tengan más de una pareja y tiendan a controlar la frecuencia y la forma en que mantienen relaciones sexuales. Muchos grupos sociales continúan propiciando que los hombres adopten actitudes frente al riesgo que los llevan a rechazar los preservativos por considerarlos “poco masculinos” y a ser negligentes con la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, por mencionar sólo algunos aspectos. Esto incluye por descontado a la mayoría de hombres sin distinción de su adscripción y orientación sexual, dado que se han construido total o en parte en este modelo de lo masculino que ha sido hegemónico (Parker, 2009 en Estrada, 2014).

En esta línea argumental, este mismo autor, plantea la necesidad de enseñar que el autocuidado y el cuidado de los otros también son cuestiones de hombres. En un periodo de aumento de los índices de infección por VIH, sobre todo entre los jóvenes, se hace indispensable trabajar para cambiar los patrones culturales que aseguran que *los hombres de verdad* son aquellos que corren riesgos, incluidos los que afectan su salud y su vida. Esto toma relevancia, ya que, como lo mencionan Jiménez, Onofre, y Benavides (2018), los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), pero que no necesariamente se perciben como homosexuales, constituyen un grupo de mayor afectación en la transmisión del VIH, debido a determinadas prácticas sexuales de riesgo como el sexo anal sin condón.

En cuanto al estudio correlacional, la agencia personal (AGP), se asoció negativa y significativamente con el número de personas de la diversidad sexual con las que ha tenido encuentros sexuales (DIV)). Así mismo, el empoderamiento sexual (EMS) muestra una correlación negativa con el número de personas del mismo sexo con las que ha tenido encuentros sexuales (HOMO)). Para explicar este fenómeno, García, Hombrados, Domínguez y Abreu, (2019), argumentan basados en su investigación de empoderamiento en la comunidad LGBT en Iberoamérica que, dicho colectivo ha sido históricamente discriminado, señalado y excluido. A pesar de los avances en materia de equidad de género,

aún existe un importante sesgo en la percepción de desigualdad y poco empoderamiento por parte de los miembros de la comunidad. Lo anterior indica que son muchos los esfuerzos a realizar en esta materia para modificar el panorama.

En conclusión, los estudiantes universitarios que conformaron la población de estudio se encuentran susceptibles a contraer alguna ITS o tener un embarazo no planeado, debido a sus altos índices de incidencia en cuanto a conductas sexuales de riesgo. Esta situación resulta alarmante, pues la FES Iztacala imparte carreras de la rama médico biológicas, es decir, los futuros profesionales de la salud, quienes en teoría tendrían que tener mayor conocimiento y mostrar acciones congruentes respecto a su salud sexual, presentan en términos generales, alta incidencia en diversas conductas sexuales de riesgo.

Con base en lo anterior se plantean dos distintas vertientes explicativas para tratar de entender este fenómeno. La primera de ellas tiene que ver con la falta de conocimientos en materia de salud sexual, es decir, sin importar que en la facultad se impartan carreras vinculadas a la salud, no existe una formación en salud sexual propiamente dicha. Si bien es cierto que hay un bagaje teórico desde la formación básica vinculado con este tópico, en ningún nivel (incluyendo la universidad) se da un espacio de diálogo para que los alumnos se apropien de estos conocimientos ya de por sí limitados a lo biológico y estructural, y los lleven a sus propios conceptos con aplicación práctica en la vida diaria.

El segundo planteamiento no dista mucho de lo expuesto anteriormente. Se considera que el contexto socio cultural en el que se desarrollan los jóvenes influye fuertemente en sus decisiones en torno a la salud sexual, pues es común encontrar una normalización del riesgo, una carencia de cultura de la prevención y múltiples estereotipos de género fuertemente arraigados, es difícil si quiera pensar en que basta sólo con conocer y saber de métodos anticonceptivos. Por ello se propone para futuras intervenciones, ampliar la mirada a todos aquellos elementos que componen la estructura sistémica en donde se desenvuelven los participantes, pues estudiar las interacciones de dichas variables resulta de suma importancia.

6.1 Alcances y limitaciones

El principal hallazgo de esta investigación radica en conocer el comportamiento sexual de una muestra representativa de la población universitaria en la FES Iztacala. Por ello, los resultados expuestos anteriormente son de gran relevancia para plantear la intervención que a continuación se presenta:

Se propone diseñar e implementar un programa integral basado en la evidencia, en materia de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género, para los alumnos de primer ingreso de todas las carreras en la FES Iztacala. El proyecto deberá enfatizar la adquisición de agencia personal, autoeficacia y empoderamiento de las y los jóvenes, a través del desarrollo de conductas sexuales responsables. Así mismo, tendrá que retomar la exploración de aspectos como: autoconocimiento, erotismo, cultura de prevención y atención a las violencias, deconstrucción de roles hegemónicos de género, conocimientos sobre las ITS, uso correcto del condón, planificación familiar, entre otros.

Por otra parte, un gran reto que enfrentó este estudio fue la logística de aplicación de la batería. El equipo de investigación abordó a grupos completos de estudiantes en horarios de clase, lo cual generó molestia en algunos profesores y alumnos. Por esta razón, algunos participantes mostraron falta de atención, dificultad para seguir instrucciones, apatía, indiferencia y poca disposición a responder el cuestionario, aspectos que pudieron haber sesgado las respuestas.

Además de lo anterior, se sugiere implementar la metodología mixta en futuras investigaciones, a fin de enriquecer los resultados cuantitativos con el análisis discursivo que brinda la metodología cualitativa. Resulta relevante conocer en una fracción de la muestra, los significados relacionados con las conductas sexuales de riesgo, así como dar seguimiento en pequeños grupos a modo de talleres vivenciales que busquen a través de dinámicas lúdicas la apropiación vivencial de los contenidos teóricos.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior*. [Teoría de la conducta planeada]. Massachusetts: Organizational Behavior and Human Decision Processes.
- Albarracín, D., Johnson, B., Fishbein, M & Muellerleile, P. (2001). *Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis* [Teorías de la acción razonada y conducta planificada, así como modelos del uso del condón: Meta análisis]. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.
- Amado, M., Vega, B., Jiménez, M. y Piña J. (2007). Factores que influyen en el uso del preservativo en mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (1) 143-151.
- Bandura, A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*. [Mecanismos de autoeficacia en la agencia personal]. *American Psychologist*, 37(2), 122–147.
- Bandura, A. (2005). *The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion. Applied Psychology*. [La primacía de la autorregulación en la promoción de la salud. Psicología Aplicada]. *An International Review*, 54 (2), 245-254
- Bernard, L. C., & Krupat, E. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial factors in health and illness*. [Psicología de la salud: factores biopsicosociales en la salud y la enfermedad]. Harcourt Brace College Publishers.
- Briceño-León, R. (1999). Las ciencias sociales de la salud. En Briceño-León, R. (Comp.) *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance* (pp. 17-24). Caracas: Fundación Polar.
- Casique, I. (2012). Empoderamiento y salud sexual y reproductiva en los adolescentes. CRIM-UNAM.

Castro, A., Bermúdez, M. P., & Buena-Casal, G. (2009). Variables relacionadas con la infección por VIH en adolescentes inmigrantes Latinoamericanos: Una revisión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 227-240.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, CENSIDA. (2018). Información de Vigilancia Epidemiológica para Tabla de Resumen al Cuarto Trimestre de 2018. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/391168/RN_2do_trim_2018.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2016). La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 20 años después de El Cairo - 1994. Santiago de Chile. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7134/_es.pdf?sequence=1&isAllowed=

Chávez M. (2016). Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el período febrero de 2016. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4696/1Rafael_cm.pdf

Chinman, M. & Linney, J. (1998). *Toward a Model of Adolescent Empowerment: Theoretical and Empirical Evidence*. [Hacia un modelo de empoderamiento adolescente: evidencia teórica y empírica]. *The Journal of Primary Prevention* 18 (4): 393-413.

Collado M, Alva R, Villa L, López E, González de León D, Schiavon R. (2008). Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva. *Género y Salud en Cifras*, 6, 17-30.

Consejo Nacional de la Población, CONAPO. (2018). La Situación Demográfica en México. Recuperado de:

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2468/2/images/SDM_2018.pdf

Consejo Nacional de la Población, CONAPO. (2016). Cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/254023/CARTILLA_edici_n_2016.pdf

Declaración ministerial, prevenir con educación. Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/declaramin.pdf>

DeMaría, L. M., Galárraga, O., Campero, L., & Walker, D. M. (2009). Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: Un diagnóstico para América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 485-493.

Di Cesare, M. (2007). Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe. CELADE-CEPAL, Santiago de Chile. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7211/1/S0700009_es.pdf

DiClemente, R. J., Crosby, R. A., & Wingood, G. M. (2002). La prevención del VIH en adolescentes. Recuperado de: <http://www.ibe.unesco.org/publications/Prospects/ProspectsPdf/122s/122sdc.pdf>

Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, ENAPEA. (2014). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/ENAPEA_V10.pdf

Fernández, A. y Giménez, A. (2011). La píldora del día después: de la opinión a la evidencia. *Biomedicina*, 6 (20), 50-58.

Fernández, C., Rodríguez, S., Pérez, V., & Alcaraz, C. (2017). Prácticas sexuales de riesgo y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas en estudiantes de educación media y superior. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16(1), 19-29. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70771>

Fishbein, M. (2000). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. *Revista de Psicología Social y Personalidad*.

Fisher, J., Fisher, W., Williams, S. & Malloy, T. (1998). *Empirical tests of an Information - Motivation-Behavioral Skills Model of AIDS preventive behavior with gay men and heterosexual university students*. [Pruebas empíricas de un modelo de información, motivación y habilidades conductuales de la conducta preventiva del SIDA con hombres homosexuales y estudiantes universitarios heterosexuales]. *Health Psychology*, 13, 238-250.

Fondo de Población de las Naciones Unidas en México. (2008). Declaración ministerial, prevenir con educación. Recuperado de: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/declaramin.pdf>

García, C., Hombrados, I., Domínguez, J. y Abreu P. (2019). Empoderamiento, bienestar social y discriminación del colectivo LGBT en Iberoamérica. *Revista Iberoamericana de Psicología*. 53 (3) 300-312.

Gayet, C. (2015). *Infecciones de Transmisión Sexual en México: Una Mirada Desde la Historia y el Género*. México: Secretaría de Salud.

González, M., Rojas, R., Hernández, M. y Plaiz, G. (2015). “Perfil del Comportamiento Sexual en Adolescentes Mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2010”, *Salud Pública de México* 47(3):209-218.

- Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M., Hernández, M. (2015). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hirnas, M., González J., Aranda W. y González E. (2008). Motivo de inicio de actividad sexual en adolescentes desde una perspectiva de género: Cemera 2005-2006. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(1), 5-11.
- Horne, S. & Zimmer-Gembeck, M. (2005). *Female Sexual Subjectivity and Well-Being: Comparing Late Adolescents with Different Sexual Experiences*. [Bienestar y subjetividad sexual femenina: comparación de adolescentes tardíos con diferentes experiencias sexuales]. *Sexuality Research & Social Policy* 2(3): 25-40.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2015). Encuesta intercensal. Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2018). Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
- Impett, E., Schooler, D. & Tolman, D. (2006). *To Be Seen and Not Heard: Femininity Ideology and Adolescent Girls' Sexual Health*. [Para ser visto y no escuchado: ideología de la feminidad y salud sexual de las adolescentes.]. *Archives of Sexual Behavior* 35 (2): 131–144.
- Kabeer, N. (2001). *Reflections on the Measurement of Women's Empowerment in: Discussing Women's Empowerment: Theory and Practice, Sida Studies*. [Reflexiones sobre la medición del empoderamiento de la mujer en: Discusión del empoderamiento

de la mujer: teoría y práctica, estudios de SIDA]. Stockholm: Swedish International Development Cooperation Agency.

Lee, Y., Cintron, A., & Kocher, S. (2014). *Factors related to risky sexual behaviors and effective STI/HIV and pregnancy intervention programs for African American adolescents*. [Factores relacionados con conductas sexuales de riesgo y programas efectivos de intervención de ITS / VIH y embarazo para adolescentes afroamericanas.]. *Public Health Nursing*, 31, 414-427

Manning, W., Flanigan, C., Giordano, P., & Longmor, M. (2007). *Adolescent Dating Relationship and Consistency of Condom Use*. *Center for Family and Demographic Research*. [Relación entre parejas adolescentes y consistencia en el uso del condón. Centro de Investigación Familiar y Demográfica]. Working Paper series 07-09, Bowling Green State University.

Mattson, M. (1999). *Toward a reconceptualization of communication cues to action in the health belief model: HIV test counseling*. [Hacia una reconceptualización de las señales de comunicación para la acción en el modelo de creencias sobre la salud: asesoramiento sobre pruebas de VIH.]. *Communication Monographs*, 66, 240-265.

Mendoza, L., Claros, D. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev. chil. obstet. ginecol.* Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012

Moral de la Rubia, J. (2007). Conducta sexual y uso de preservativo en estudiantes universitarios. *Medicina Universitaria*, 9(37), 173-180.

Morton, M. y Montgomery, P. (2011). *Youth Empowerment Programs for Improving Self Efficacy and Self-Esteem of Adolescents*. [Programas de empoderamiento juvenil para mejorar la autoeficacia y la autoestima de los adolescentes.]. *Campbell Systematic Reviews*.

Naciones Unidas (A/CONF.171/13). (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994). Nueva York (NY), Recuperado: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>

Olivera, C., Bestard, A. (2016). Intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Tecnosalud. Recuperado de: <http://tecnosalud2016.sld.cu/index.php/tecnosalud/2016/paper/viewFile/107/78>

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

OMS. (2004). Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Estrategia mundial adoptada por la 57^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en/

Padilla, N. y Cruz, C. (2018). Validación de una escala de empoderamiento y agencia personal en mujeres mexicanas. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*. 4 (1), 28-45.

Pan American Health Organization. (2016). *Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean*. [Acelerando el progreso hacia la reducción del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe]. Report of a technical consultation. Washington D.C., USA. Recuperado de: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5.PDF

Peterson, Z. D. (2010). *What is sexual empowerment? A multidimensional and processoriented approach to adolescent girls sexual empowerment*. [¿Qué es el

empoderamiento sexual? Un enfoque multidimensional y orientado al procesador para el empoderamiento sexual de las adolescentes]. *Sex Roles* 62: 307–313.

Pick, S., Sirkin, J., Ortega, I., Osorio, P., Martínez, R., Xocolotzin, U., & Guivaudan, M. (2007). Escala para medir agencia personal y empoderamiento (ESAGE). *Revista Interamericana de Psicología*. 41 (3), 295-304.

Programa Nacional de Salud sexual y Procreación responsable, (2007). Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para profesionales de la salud. Ministerio de la salud. Presidencia de la nación: Argentina.

Rappaport, J. (1984). *Studies in empowerment: Introduction to the issue*. [Estudios en empoderamiento: Introducción al tema]. *Prevention in Human Services*, 3: 1-7.

Robles, S., Piña, J. y Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral o anal. *Anales de Psicología*, 22(2), 200-2004.

Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2008). Determinantes del uso del condón con pareja regular y pareja ocasional en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 12. México: Asociación Mexicana de Psicología Social.

Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2011). Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Román, R. (2000). Del primer vals al primer bebé. Vivencias del embarazo en las jóvenes. México: Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de la Juventud.

Sánchez-Vidal, A. (2013). ¿Es posible el empoderamiento en tiempos de crisis? Repensando el desarrollo humano en el nuevo siglo. *Universitat Psychologica*, 12 (1), 285-300

- Sayavedra, H. G., & Flores, H. E. (1997). Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud. México: Red de Mujeres
- Sen, A. (1985). *Well-Being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984*. [Bienestar, agencia y libertad: las conferencias Dewey 1984]. *The Journal of Philosophy*, 82 (4), 169-221. Silva,
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). *Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy*. [Predictores sociocognitivos del comportamiento de salud: autoeficacia de acción y autoeficacia de afrontamiento.]. *Health Psychology*, 19(5), 487–495.
- United Nations Population Fund, UNFPA. (2018). *The Power of Choice. Reproductive Rights and the Demographic Transition*. [El poder de la elección. Derechos reproductivos y transición demográfica]. USA: UNFPA, Division for Communications and Strategic Partnerships.
- Valdez, A., Pérez, R., Rodríguez, C. y Domínguez M. (2019). Creencias sobre el uso del condón en una población universitaria. *Ciencia ergo-sum* 25 (3), 1-12.
- Vargas, E., Barrera, F., Burgos, M. y Daza, B. (2006). La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: el papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. *Universitas Psychologica*, 5(1), 69-84
- Villalobos, A., de Castro, A., Rojas B. y Allen, C. (2017). Anticonceptivos en adolescentes mexicanos de escuelas de nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública de México*, 59 (5), 566-576.
- Wilke, L. A., & Speer, P. W. (2011). *The Mediating Influence of Organizational Characteristics in the Relationship between Organizational Type and Relational Power: An Extension of Psychological Empowerment Research*. [La influencia

mediadora de las características organizacionales en la relación entre el tipo organizacional y el poder relacional: una extensión de la investigación sobre el empoderamiento psicológico.]. *Journal of Community Psychology*, 39 (8), 972-986.

Wingwood, G., DiClemente, R., Harrington, K. & Davies, S. (2002). *Body image and AfricanAmerican females sexual health*. [Imagen corporal y salud sexual de las mujeres afroamericanas]. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 11: 433-439.

World Health Organization. (1975). *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals*. [Educación y tratamiento en sexualidad humana: la formación de profesionales de la salud]. Geneva. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38247/1/WHO_TRS_572_eng.pdf

World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: a framework for action*. [Desarrollando programas de salud sexual: un marco de acción]. Geneva. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/

World Health Organization. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. [Salud sexual, derechos humanos y derecho]. Geneva. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/

Zimmerman, M. A. (1995). *Psychological empowerment: Issues and Illustrations*. [Empoderamiento psicológico: temas e ilustraciones.]. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 581-599.