



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“EMPODERAMIENTO SEXUAL Y USO CORRECTO
DE CONDÓN: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE
SEXOS EN ESTUDIANTES DE PRIMER INGRESO DE
LAS CARRERAS MÉDICO-BIOLÓGICAS”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

Yereni Valtierra Valderrama

Directora: Dra. Nérida Padilla Gámez
Dictaminadores: Dra. Carolina Santillán Torres Torija
Dr. Juan Pablo Rugerío Tapia

PAPIIT: IA303218

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.

DEDICATORIAS

A mi abuela Teresa, el tiempo no alcanzó para que me vieras lograr esta meta, pero sé que siempre creíste en mí, y todos y cada uno de mis logros llevan una parte de ti.

A la Dra. Nélide. Este es el resultado de mucho trabajo, este logro es para usted también.

A mi comité, por su amable atención, retroalimentación y guía.

A mi familia.

AGRADECIMIENTOS

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica
PAPIIT IA303218

Quiero brindar un agradecimiento especial a la Dra. Nélida Padilla Gámez, por ser mi guía en este arduo proceso. Sin duda el camino no fue fácil, pues se presentaron varias trabas en el proceso, sin embargo, ella siempre confió en mí, se mantuvo constante y no me soltó. Mi más sincero agradecimiento, ya que más allá del plano académico, me ha regalado muchas enseñanzas de la vida. Su pasión y entrega por el ámbito de la sexualidad y la terapia familiar me inspiran contantemente a avanzar en este andar de conocimiento y crecimiento personal.

A mi comité, por su disposición a acompañarme en este proceso.

A la Dra. Yuma por su apoyo y disposición. Por la paciencia e interés en mi proyecto.

A mi familia, tanto la de sangre como la que una elige, a mis amigos que me motivaban y creyeron en mí. Gracias por su calidez y apoyo.

A mí, por tenerme paciencia y respetar mis procesos.

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo 1: Sexualidad, definición y correlatos	
1.1 Antecedentes de la sexualidad	6
1.2 Conceptos, modelos y enfoques de la sexualidad	12
1.3 Salud sexual y reproductiva en México	18
1.4 Salud sexual y uso correcto del condón	20
1.5 Salud sexual y población universitaria	30
1.6 Correlatos en salud sexual de jóvenes	32
Capítulo 2: Empoderamiento sexual	
2.1 Antecedentes y definición de empoderamiento.....	37
2.2 Empoderamiento en conducta sexual	40
2.3 Modelos e indicadores de empoderamiento.....	43
2.4 Correlatos de empoderamiento en uso correcto de condón.....	46
Capítulo 3: Método	
Justificación	49
Pregunta de investigación	50
Objetivo general	50
Objetivos específicos	50
Variables	51
Muestra	52
Tipo de estudio.....	52
Diseño	53
Instrumentos	53
Resultados	55

Capítulo 4: Discusión

Discusión y conclusiones	63
Alances y limitaciones	67
Referencias	68
Bibliografía	74

RESUMEN

Se realizó un estudio cuantitativo correlacional cuyo propósito fue Identificar la relación entre el uso correcto del condón y la percepción de empoderamiento en estudiantes universitarios de nuevo ingreso del área médico-biológica pertenecientes a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM (FESI); así como analizar posibles diferencias entre el uso correcto de condón y el empoderamiento respecto a su carrera y, en específico, al sexo. Se trabajó con una muestra de 612 participantes, de los cuales el 64.6% fueron mujeres y el 35.6% hombres. Se encontraron relaciones entre el uso correcto de condón y los indicadores de empoderamiento: evitación de abusos, agencia personal, asertividad, empoderamiento sexual y autocuidado-salud; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre estos indicadores de empoderamiento y el uso correcto del condón respecto al sexo de los participantes. Lo que nos permite concluir que, si bien, la percepción de empoderamiento con la que cuentan los jóvenes se relaciona con que usen el condón de manera correcta o no, esto no se relaciona directamente al sexo de los participantes, ni a la frecuencia con la que estos usan el preservativo, ya sea en una práctica anal, vaginal u oral con pareja ocasional o regular.

Palabras clave: Empoderamiento, sexualidad, agencia personal.

ABSTRACT

A quantitative correlational study was carried out whose purpose was to identify the relationship between the correct use of the condom and the perception of empowerment in university students of new entry from the medical-biological area belonging to the Faculty of Higher Studies Iztacala, UNAM (FESI); as well as analyze possible differences between the correct use of condom and the empowerment with respect to their career and, in specific, sex. A sample of 612 participants was worked on, of which 64.6% were women and 35.6% were men. Relationships were found between the correct use of condoms and empowerment indicators: abuse avoidance, personal agency, assertiveness, sexual empowerment, and self-care health; however, no significant differences were found between these empowerment indicators and the correct use of the condom with respect to the sex of the participants. This allows us to conclude that, while the perception of empowerment that young people have relates to whether they use the condom correctly or not, this is not directly related to the sex of the participants, or to how often they use the condom, whether in an anal, vaginal, or oral practice with an occasional or regular partner.

Keywords: Empowerment, sexuality, personal agency.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un elemento constitutivo de las personas que se compone de factores históricos, biológicos, sociales y psicológicos. Engloba a la identidad, la corporeidad, la reproductividad, así como las fantasías deseos y necesidades de cada persona (Gorguet, 2008). Se trata de un elemento diverso y complejo de la condición humana, razón por la cual la psicología, ciencia que estudia el comportamiento humano, no se puede ver exenta de indagar acerca de la misma, puesto que la sexualidad se construye a lo largo de la vida, por lo que las personas somos seres sexuados desde que nacemos hasta que morimos.

De acuerdo con la OMS (2006) la sexualidad humana es un aspecto central de la vida de una persona, debido a que se nos concibe como seres sexuados desde que nacemos y hasta que morimos, esta sexualidad se manifiesta en todos sus componentes, los cuales se transforman conforme la persona crece y se desarrolla; y a su vez, impacta en todos los ámbitos de vida de las personas.

En este sentido, la sexualidad humana al no ser sinónimo de exclusivamente genitalidad se relaciona con factores como la afectividad, la identidad y la salud sexual; esta última es entendida como como el bienestar y la satisfacción en cuanto a todas las características y factores que la componen, y no sólo como la ausencia de enfermedades relacionadas a la sexualidad (OMS, 2006). En México la población adolescente y joven es la más vulnerable en temas de salud sexual y reproductiva, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2015) las principales problemáticas que atañen a los jóvenes de entre 15 y 24 años respecto a la salud sexual, son las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

México ante este panorama ha priorizado esta problemática y ha invertido en programas de educación sexual que busquen una mejora en la calidad de vida de los jóvenes, sin embargo, pese a que en los últimos años se ha apostado por la Educación Sexual Integral (ESI), esta se sigue limitando a la transmisión

de información que tiende a caer en biologicismos encaminados a la reproductividad, que caen en la promoción de la abstinencia debido a una predisposición de los jóvenes enfocada a los riesgos, sin dejar apertura a los aspectos relacionados con el erotismo, el placer, la autonomía sexual y el autoconocimiento (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, 2013).

Por tanto, se entiende que la reducción de las conductas de riesgos no se limita a la transmisión de información sobre las posibles consecuencias que esto traiga, sino con la participación activa de los jóvenes en el control de su propia sexualidad, para ello se ha estudiado el constructo de empoderamiento, el cual se entiende en un nivel social e individual, mismos que están correlacionados, ya que el último nivel tiene que ver con la toma de decisiones que afecta directamente al autoconcepto y la autoestima, que a su vez repercute en el nivel social. El tema del empoderamiento ha sido tema de análisis en los últimos años debido a los recientes estudios con perspectiva de género; por esa razón, esta investigación pretende indagar acerca de la relación que existe entre el nivel de empoderamiento y las conductas de autocuidado en cuanto al uso de preservativo en estudiantes universitarios, haciendo énfasis en las diferencias que puedan haber en cuanto al sexo de los participantes, ponderando así las conductas de autocuidado, mismas que tienen un trasfondo histórico, social y contextual (Silva y Loreto, 2011)

El empoderamiento sexual ha sido poco estudiado por los investigadores y en el campo del comportamiento humano no se le ha hecho mucho énfasis en analizar cómo es que éste se puede relacionar con las conductas que tienen los jóvenes universitarios respecto al ejercicio de su sexualidad.

Casique (2016) argumenta que hay una relación entre los niveles de empoderamiento y en las actitudes que tienen los jóvenes respecto al autocuidado en relación con su salud sexual y su toma de decisiones, específicamente en el uso de preservativo masculino; sostiene que a mayores niveles de empoderamiento se tendrá una actitud positiva al uso de condón. Sin embargo, este proyecto pretende hacer un análisis comparativo entre sexos y contemplar al empoderamiento en relación con el uso de preservativo masculino,

en las carreras médico-biológicas, y a su vez visualizar si existen diferencias entre estas y el empoderamiento.

Los jóvenes universitarios de nuevo ingreso son una población vulnerable en cuanto a los riesgos que aquejen su salud y bienestar sexual, debido a que se encuentran en una etapa de cambios en la que es necesario hacer un ejercicio de autonomía que les permita tomar decisiones correctas o que no afecten su salud sexual y reproductiva o no reproductiva. Además, como lo mencionan Salguero y Marco (2014), los planes de estudio de las carreras universitarias, aun siendo de área de la salud, no contemplan una asignatura, taller o cursos sobre sexualidad integral con valor curricular, dando por hecho que los jóvenes al ingresar a una carrera universitaria cuentan con las herramientas necesarias para llevar una vida sexual plena que implique más allá que los encuentros erótico sexuales, sino que repercutan en su vida afectiva, en su erotismo y en su autoconcepto.

Es por ello por lo que este estudio pretende aportar información valiosa respecto a los conocimientos con los que cuentan los jóvenes de nuevo ingreso de las carreras médico -biológicas respecto a la sexualidad, específicamente del uso de preservativo y si esto se relaciona con que se perciban empoderados sexualmente.

1. SEXUALIDAD, DEFINICIÓN Y CORRELATOS

En este capítulo se aborda la sexualidad, sus antecedentes y los modelos que permiten estudiarla a profundidad, haciendo énfasis en la salud sexual y los correlatos del uso de preservativo en población joven universitaria.

1.1 Antecedentes de la sexualidad

Abordar los antecedentes de la sexualidad nos permitiría hacer un recorrido histórico por las diversas culturas que han permeado la práctica y vivencia de la sexualidad de las personas que se desarrollaron en esos contextos, sin embargo, sería un análisis extenso, pues es de sumo interés el cómo desde la prehistoria hasta los tiempos modernos, tanto el concepto de sexualidad, como las prácticas, creencias y significados de esta, se han transformado. Es por ello por lo que se puntualizarán ciertos acontecimientos clave para dicha investigación, los cuales en su mayoría tendrán relación con las prácticas sexuales y los dictámenes morales de ciertas épocas y contextos específicos.

En el mundo grecorromano del siglo I y II, la moral respecto a la sexualidad prohibía el incesto y la homosexualidad, al tiempo que el sexismo permitía a los hombres el rol de poseer y mandar, desde luego ellos no se hallaban al servicio de las mujeres, sino que eran ellas quienes, además de ser idealizadas dentro del matrimonio como una institución que les permitiría gozar de ciertos privilegios, no se les permitía sentir ni expresar el placer, debido a que los nobles y los filósofos afirmaban que el apetito sexual de las mujeres tenía en poder de *desviar* a los hombres de los deberes cívicos (Eguiluz, 2014)

De acuerdo con Barriga (2013) hubo dos hechos históricos que impactaron en el ámbito de la sexualidad: El primero fue la separación entre el concepto de sexo y el de procreación, lo cual permitió que los métodos anticonceptivos se popularizaran, y se comenzara a relacionar a la sexualidad con el placer. De esta manera las parejas se podían enfocar en el placer, y éste a su vez se convirtió en el fin y no sólo el medio, liberando el juego erótico y contribuyendo a que las relaciones personales fuesen más flexibles. Y el segundo, la integración en los años sesenta de la mujer en actividades laborales

fuera del hogar, lo cual posteriormente influyó en que las mujeres empezaran a tener un control acerca de su cuerpo, y especialmente sobre la procreación, derivando en una popularización de los métodos anticonceptivos.

Es importante hacer énfasis en la relevancia que tuvo la reapropiación del cuerpo de las mujeres, así como diversos acontecimientos relacionados al cuerpo y las prácticas sexuales en el campo de la sexualidad, por lo cual se citarán algunos de los momentos históricos más importantes respecto a la concepción del sexo:

En el siglo VII a.c, las relaciones sexuales entre mujeres no eran prohibidas, e incluso en Grecia era bien vista la hemofilia, práctica en la que un adulto (erasta) elegía a un joven (erumeno) cuya edad iba de los 12 a los 18 años, para iniciarle en el sexo, esta conducta no era considerada pedofilia (Licht, 1976; Vanoyeke, 1991, citado en Barriga 2013)

Posteriormente, el cristianismo dualista despreciaba al cuerpo y por ende la sexualidad, por ser parte de esta, era negada (Pomeroy, 1987, citado en Barriga 2013). En la edad media la mujer gozaba de autonomía; es así como en el siglo XII se observó un equilibrio en las relaciones entre los sexos, incluso se menciona que en este siglo es común *el amor cortés*, el cual significa un equilibrio en las relaciones entre sexos ya que se trata de un amor adúltero que no necesariamente tiene un fin corporal, pero en el que la mujer utiliza al hombre como instrumento de su placer. Este equilibrio entre sexos se pierde en el siglo XV y la mujer pasó a utilizar un papel secundario y pasivo, ya que estaba enlazada al amor platónico, el cual anula a la mujer. En el renacimiento hay un papel positivo de la mujer, pero se le designan sus deberes de acuerdo con su estatus: doncella, viuda, casada o religiosa. Y para el siglo XVII se le ve como un hombre frustrado, aludiendo a las diferencias genéticas entre sexos.

Eguiluz (2014) destaca que es en la edad media cuando se establece un régimen sexual que retoma las prohibiciones del antiguo testamento: desnudez, coito durante la menstruación y la homosexualidad, además, se desarrolla la idea de la virginidad, que se relaciona directamente a la pureza y la castidad, comenzando así con el culto a las vírgenes y al rol de madres abnegadas cuya única misión es cuidar de sus hijos, y estos roles son los que les dan a las

mujeres cierto prestigio. Es también en esta época en donde se hace una división entre el amor cristiano y el amor salvaje, en donde el primero obedece a los principios de procurar al prójimo y el segundo es el que se rechaza porque representa un amor placentero para los individuos.

Del mismo modo, se instrumentalizan los roles de la mujer como ama, esposa y madre, y de esto depende el nivel de control que se puede ejercer sobre ella; también el deseo sexual de la mujer es consagrado en su relación a la maternidad y también le es negado poder trabajar fuera del hogar, es así como los matrimonios son apresurados y las mujeres pasan de depender de sus familias a depender de su marido, es entonces que a partir del siglo XVIII se retrasa el matrimonio y es como aparece un nuevo *status* de mujer: el de la *joven*. Este nuevo *estatus* es relevante ya que a partir de aquí se define que su duración será de 8-10 años y va a tener lugar entre la adolescencia y el matrimonio, siendo este matrimonio lo que privilegie la relación romántica en la pareja (Godoy, 1985 citado en Barriga, 2013). De acuerdo con Sánchez (1992), en las relaciones sexuales se observa una superioridad del hombre, ya que hay una anulación de las llamadas pulsiones sexuales de la mujer, que se somete a las exigencias del marido, quien en su papel de hombre es visto como esclavo de sus pulsiones; pero el hombre puede sublimar sus impulsos sexuales en el arte o actividades intelectuales, y la mujer no, lo que ocasiona que ella exprese esa energía en forma de histeria (sensibilidad del útero), lo que deriva en la patologización de la condición sexual femenina (citado en Barriga, 2013).

En complementación, Trueba (2008) hace un análisis histórico acerca de cómo fue la transformación de las perspectivas de la sexualidad mexicana desde las culturas mesoamericanas, atravesando por etapas como el virreinato, la colonización, la conformación del Estado, la independencia y hasta las primeras décadas del siglo XX; este análisis se hace desde el punto de vista de los colonizadores europeos, que al llegar con una postura cristiana, desaprobaron prácticas como los ritos de iniciación sexual que realizaban los indios, los cuales asociaban con instintos primitivos y que posteriormente permearon la manera en la que se configuro la construcción y percepción de los cuerpos y de las prácticas eróticas y amatorias de estas épocas, heredando así sentimientos de pena, culpa, pudor, pecado y de arrepentimiento, que a su vez fungieron como

herramientas de control y vigilancia sexual, cuyo propósito era cumplir con un proceso de civilización que marcara lo que era válido y lo que no en cuanto a estas prácticas, este proceso se intensificó durante el siglo XVII debido al auge de las ciencias exactas y el positivismo.

En un panorama más amplio, Barriga (2013) argumenta que para el siglo XIX el sexo era considerado un tabú, sin embargo, se daba fuera del hogar, ocasionando un brote de nacimientos ilegítimos, los cuales estaba prohibido investigar la paternidad gracias al código de Napoleón. A partir de los años sesenta es cuando más cambios relevantes se pueden contemplar, al menos en un contexto europeo, se mezclan los sexos en las escuelas, hay una despenalización de la contracepción cuyo objetivo es evitar el embarazo y su desarrollo, así como del aborto en ciertas condiciones y también se destruye la simbología que representaba el himen como sagrado y surge un estigma en cuanto a la violación. Este fenómeno Foucault (1998) lo describe como una sexualidad encerrada y una vida conyugal confiscada, a raíz de la imposición moral de la época victoriana como una manera de represión de la burguesía del mismo siglo XIX, además, menciona que los roles sexuales son diferentes, puesto que el varón es conyugal pero a la vez es social, se le permite tener un papel relevante en ámbitos públicos, sin embargo el placer también va a estar reservado para las obligaciones del matrimonio y va a responder a su vez a los propósitos de la ciudadanía ya que el objetivo del matrimonio es el de crear familias como base para dicha ciudadanía (Méndez, 2017).

Otro factor importante, además de la diferencia de géneros, que marcó la historia del abordaje de la sexualidad es el papel que ha desempeñado la religión en el estudio de la misma, Deschner (1993) menciona que la iglesia ha intentado ejercer un control social respecto a la sexualidad mediante la herramienta de la confesión, puesto que hasta el siglo XVI el contenido de las confesiones se enfocaba en los pecados relacionados a la carne, aunque después esto se extiende, castigando hasta los pensamientos y la imaginación referentes al placer corporal. Desde entonces, aunque la iglesia acepte como necesaria a la educación sexual, siempre ha propuesto controlarla, redirigiendo la responsabilidad a los padres y no al Estado (Barriga 2013).

Por otro lado, Cáceres (2013) realiza un análisis del discurso científico sobre la sexualidad en los siglos XIX y XX. Menciona que en la primera mitad del siglo XIX la medicina moderna tuvo primordial interés por regular el campo de la sexualidad considerada normal, que se refiere a una práctica heterosexual conyugal enfocada a la reproducción y que fue considerada por la revolución industrial; desde luego que las prácticas sexuales homosexuales no estaban permitidas y al igual que las prácticas de masturbación, llamadas autoeróticas, recibieron la etiqueta de psicopatía sexual para las que eran necesarios tratamientos puesto que eran consideradas enfermedades. A finales del siglo XX, Freud publica su teoría de la libido y con ella se desencadena la idea de que la sexualidad era una fuerza natural (perversidad polimorfa) que al ser controlada por la educación causaba neurosis (histeria y compulsiones). Y fue hasta inicios del siglo XX que los sexólogos Ellis y Hirschfeld, proponen un enfoque benigno de la homosexualidad y, cuando los primeros antropólogos: Boas, Malinowski, Benedict y Mead, evidencian que la llamada “normalidad sexual” no tomaba en cuenta a las diferencias transculturales, es que se permite una concepción relativa de la sexualidad. A mediados del siglo XX Kinsey llega a la conclusión de que la homosexualidad y otras prácticas sexuales no permitidas, como la masturbación, eran más comunes de lo que se reconocía. Y es así como surge la revolución sexual en respuesta a la represión mediante el control educativo, y es como pensadores freudianos, y marxistas como Reich, Fromm y Marcuse, reinterpretan la perversidad polimorfa de Freud; y se dice que estos eventos fueron de los principales detonadores de las revueltas de los años sesenta, los cuales fueron la base del movimiento gay y feminista.

Focault (2013) en su libro *Historia de la sexualidad*, en su capítulo respecto al cuerpo, analiza el placer desde el punto de vista Galeano y del pensamiento ambiguo, y menciona que dentro de las valoraciones positivas de la sexualidad en este enfoque se encuentra el semen y el esperma, ya que de este se han tomado precauciones y que es en ello que el hombre encuentra su fuerza y perfección porque es lo que le da superioridad al contribuir a la salud, al vigor del cuerpo y a la generación (reproducción). También cita a que el acto sexual fue comparado en un momento con la epilepsia, debido a que compartían las características de jadeo, agitación de músculos, transpiración, revulsión de

los ojos, enrojecimiento del rostro y luego palidez, y finalmente debilidad del cuerpo entero; y es aquí donde Foucault mencionaba paradoja de los placeres sexuales, ya que significan transmisión y después perdición. Además, remarca que la visión médica de la actividad sexual tiene un punto de vista ambivalente entre este y la patología, de tal manera que la actividad sexual humana puede ser el origen tanto de efectos terapéuticos como de consecuencias patológicas. Foucault concluye que la abstinencia sexual no se considera un deber y que, en consecuencia, el acto sexual se representa como un mal, aunque así pareciera desde el punto de vista del pensamiento médico y filosófico del siglo IV; más bien es que los peligros de las prácticas sexuales, antiguamente asociados a la violencia involuntaria del cuerpo humano, no son más que el efecto de una fragilidad corporal del mismo y de su funcionamiento.

Asimismo, Weeks (1993) aborda a la sexualidad desde el constructivismo social, panorama que contempla a los deseos, las emociones y las relaciones interpersonales como construcciones que se gestan a partir del ámbito social en el que se desarrolla el individuo; además, hace una crítica a los postulados biologicistas sobre el cuerpo, el sexo y la sexualidad misma, en general. Determinando en la siguiente cita que la vida sexual no puede entenderse fuera de sus significados socioculturales:

La sexualidad está configurada por fuerzas sociales. Y lejos de ser el elemento más natural en la vida social es el que más se resiste a la modelación cultural, es tal vez uno de los más susceptibles de la organización. De hecho, yo diría incluso que la sexualidad solo existe a través de sus formas y su organización sociales. Además, las fuerzas que configuran y modelan las posibilidades eróticas del cuerpo varían de una sociedad a otra. (Weeks, 1993: 63)

De esta manera, en los años ochenta y noventa, es que se comenzó a ver a la sexualidad como una dimensión humana compleja, contemplando sus componentes sociales y vinculándola a las estructuras políticas y económicas también; entendiendo que la sexualidad va a depender del contexto histórico, de

los significantes morales de la época en que se le aborde, así como de los tabús y las reglas de esta (Weeks, 1933, como se citó en Mendés-Leite, 2016).

1.2 Conceptos, modelos y enfoques de la sexualidad

La sexualidad se considera una dimensión fundamental en el ser humano, la cual incluye al sexo, el género, las identidades sexuales y de género, la orientación sexual, el erotismo la vinculación afectiva, el placer, el amor y la reproducción (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2014).

Lo antes mencionado coincide con Olivera (2015) quien rescata dos definiciones dadas por la OMS (2006) acerca de la sexualidad, una considera que es un entramado de manifestaciones y expresiones afectivas, biológicas, psicológicas, socioculturales, éticas y religiosas que nos identifica y caracteriza como sujetos únicos, y la segunda:

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (p.26)

Por su parte, Gorguet (2008), menciona que el concepto de sexualidad se puede entender como la forma en que cada persona expresa sus deseos, fantasías, pensamientos, actitudes, actividades, prácticas y relaciones interpersonales; y que es el resultado de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales e incluso éticos, religiosos, espirituales y comunicativos. Además, menciona que existen expresiones de la sexualidad tantas como seres humanos. Algunos conceptos clave en relación al abordaje

de la sexualidad, de acuerdo con la autora son: *sexo*, se refiere a las características anatómicas y fisiológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer; *el género*, que son los roles construidos socialmente, y que varían de acuerdo a la cultura y el contexto, asignados a hombres y mujeres; *la identidad sexual*, que es la forma en que las personas se posicionan en el papel de hombre o de mujer, o bien, una combinación de ambos (intersexual); *identidad de género*, es el autoconcepto que tiene cada persona de acuerdo a su conducta social según su sexo y su género; *erotismo*, el cual es más bien una capacidad propia de los humanos para experimentar respuestas subjetivas producidas por la percepción de fenómenos físicos como deseo sexual, la excitación, y el orgasmo, que tienen relación con el placer. También la sexualidad, según la autora, es una construcción histórica en la que tienen lugar eventos biológicos y mentales como la identidad de género, a diversidad corporal, las capacidades reproductivas, así como las necesidades, los deseos y las fantasías; estos aspectos no forzosamente deben estar vinculados. Es la sexualidad, entonces, un aspecto que nos acompaña toda la vida, ya que somos seres sexuados y, por tanto, la sexualidad mediatiza lo que somos y cómo nos relacionamos.

También, Giraldo (2013) considera que la sexualidad humana no puede limitarse al ámbito biológico, debido a que implica factores socioculturales que son el resultado de las relaciones establecidas entre las personas, así como que la sexualidad implica al erotismo y los lazos afectivos, los que igual están mediados social y culturalmente y que están condicionados históricamente.

Trueba (2008) coincide con este último punto, argumentando que la sexualidad además de estar presente en la sociedad y de ser subjetiva y un medio con el que los individuos configuran sus relaciones con el mundo que le rodea, también es una construcción histórica.

Aunado a lo anterior, es importante citar algunos conceptos clave de la sexualidad. La OMS (2006) afirma que:

El sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen

ambos. 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.

Y en cuanto al género, se define como los roles y responsabilidades socialmente contruidos y asignados a hombres y a mujeres en una cultura y lugar; estos roles se aprenden y varían entre culturas y pueden cambiar con el transcurso del tiempo (OMS, 2006; citado en OMS, 2018)

También Cáceres (2013) cita la diferencia significativa entre: orientación sexual, referente a la atracción sexual de una persona por personas del mismo sexo, del sexo opuesto o de ambos sexos; de la identidad de género, que es la identificación de una persona con los roles femeninos o masculinos; de la identidad sexual, que se refiere a la identificación de una persona como heterosexual, homosexual o bisexual; y la intersexualidad referente a personas con alteraciones genéticas u hormonales en cuanto a su aparato reproductor.

En cuanto a la orientación sexual, se ha prestado atención a la población Lésbica, Gay y Bisexual (LGB) debido a que muchos países se han visto con la necesidad de atender el tema de la salud sexual de las comunidades no heterosexuales, ya que en últimos años estas comunidades han tenido un mayor reconocimiento en cuanto a sus derechos como personas, citando al matrimonio igualitario como ejemplo; este interés de inclusión se debe a en parte a que las orientaciones sexuales no heterosexuales dejaron de considerarse como patologías, como la disforia de género entre los años sesenta y noventa por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Organización Mundial de la Salud, considerando el brindarle a esas personas el derecho a la salud no sólo de cuidado sino también de prevención de enfermedades e infecciones (Cáceres, 2013)

En lo que se refiere a un enfoque social, Barriga (2014) considera que la sexualidad conlleva el descubrimiento personal y de los otros a través de las interacciones sociales, debido a que la conducta sexual, como cualquier otra conducta, se moldea en el proceso de socialización desde la edad más temprana hasta la más madura, y al no limitarse a la genitalidad, se relaciona con factores

como la afectividad, la identidad e incluso la salud sexual como sinónimo de bienestar y de derecho humano; en efecto, se centra en el desarrollo sexual de la persona respecto a aspectos subjetivos como el amor, la comunicación y la creación de vínculos. Del mismo modo, plantea que las conductas sexuales dependen tanto del sujeto como del medio sociocultural en el cual este se desenvuelve, y esta puede ser analizada desde otros aspectos, como: el biológico, que contempla la función cerebral, la anatomía y la fisiología; el clínico, que trabaja con disfunciones sexuales, su prevención y tratamiento; y el cultural, que conlleva una visión antropológica del entorno, la incidencia de la ética y la religión en la sexualidad, el erotismo y la pornografía.

Además, Rubio (1994) (citado en Chávez, Petrzalová y Zapata, 2009) aborda a la sexualidad considerando 4 ejes de interacción, los cuales son:

1. Reproductividad: entendida como la capacidad de producir individuos semejantes al progenitor
2. Género: son los constructos relativos a la pertenencia del individuo a las categorías de feminidad o masculinidad y la propia caracterización del individuo que lo ubica dentro de determinados roles sociales.
3. Erotismo: que lo define sencillamente como proximidad
4. Vinculación afectiva: definida como la capacidad del individuo de desarrollar afectos intensos ante la presencia/ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano. Y que de esta derivan e interfieren construcciones sociales, individuales y mentales.

Sin embargo, Sánchez (2009), considera que la sexualidad también refleja las construcciones histórico-socioculturales, de autoidentidad y designaciones políticas; representa cómo la persona se construye, vive y expresa como un ser sexual. Además, se encuentra influenciada por el desarrollo personal, relaciones asignadas en la familia, la infancia, adolescencia y la imagen o conciencia sobre la percepción de roles de género. Dicha autora reporta que el encubrimiento de la sexualidad en los jóvenes está asociado con conductas estereotipadas consecuencia de una sociedad heteronormativa que prioriza el esquema heterosexual, expresado en la sexualidad como un régimen mediante mecanismos educativos, médicos, jurídicos, artísticos e institucionales.

En complementación, Alvarez-Gayou, 2007, citado en Trejo y Díaz-Loving (2013), la sociedad y la cultura permiten la formación de juicios categóricos sobre los comportamientos sexuales que se consideran correctos o incorrectos, influyendo en las actitudes, conductas y toma de decisiones que las personas tengan respecto a su sexualidad. Por lo general son las practicas no reproductivas, que están enfocadas al placer, las que están acompañadas por prejuicios, mitos, falacias y limitaciones, que a su vez ejercen restricción y castigo moral en las personas pues son consideradas fuera de las normas y valores sexuales aceptados. Trejo y Díaz Loving (2013) consideran que existe una relación sumamente estrecha entre los factores psicosociales de la sexualidad y las actitudes que tienen las personas ante esta, debido a la interacción entre el individuo y su contexto.

De forma semejante, Foucault (1987) menciona que la sexualidad está relacionada con dispositivos de poder y de control que se reglamentan a través de las instituciones. Siendo estas instituciones las que dan consejos, sugieren y dan opiniones sobre cómo se debe pensar, sentir, comportarse e incluso luchar contra los deseos y placeres y cómo regularlos, controlarlos y dominarlos para que las prácticas inadecuadas no interfieran con los tiempos, de igual manera, normados y reglamentados para la reproducción y las practicas sociales, tales como el matrimonio y la vida en pareja. De esta manera, para Foucault la sexualidad es percibida como un terreno conflictuado, reducido a impulsos, instintos, genes, hormonas e incluso procesos inconscientes (Salguero y Marco, 2014).

Collignon (2011) nos habla sobre el modelo de sexualidad occidental que permite tener y mantener una cultura sexual dominante que, mediante la institucionalización de leyes, normas, discursos y prácticas, permite privilegiar ciertos valores y rasgos de la sexualidad; y coincide con Foucault (1990) en que la iglesia católica ha colaborado en la preservación de un orden social y sexual específico que promueve la una moral restrictiva, y en la diferenciación entre las prohibiciones sobre la sexualidad y las demás restricciones, citando lo siguiente:

A diferencia de lo que ocurre con otras prohibiciones, las prohibiciones sexuales están continuamente relacionadas con la obligación de decir la

verdad sobre sí mismo... la conducta sexual, más que cualquier otra, ah estado sometida a reglas muy estrictas de secreto, decencia y modestia, de tal modo que la sexualidad se relaciona de una forma extraña y compleja, a la vez con la prohibición verbal y con la obligación de decir la verdad, así como con el hecho de esconder lo que se hace y con el de descifrar lo que uno es. La asociación de la prohibición y de la fuerte incitación a hablar es un rasgo constante de nuestra cultura (Focault, 1990, pp 45-46)

Es así como el enfoque social de la sexualidad permite explicar cómo es que los sujetos interiorizan las normas que la sociedad establece para mantener el orden social deseado, en este caso en el ámbito sexual específicamente, mediante mecanismo de control, poder institucionalizado y de vigilancia de las practicas y vivencias de la sexualidad de los individuos (Collignon, 2011)

Asimismo, Olivera (2015) plantea tres corrientes antropológicas que considera importantes para poder tener una postura respecto a los diversos modos que se tienen de plantear la sexualidad humana, los cuales son: El dualismo, cuyo principal representante fue Platón, quién planteó al ser humano compuesto por dos realidades (cuerpo- alma). Posteriormente René Descartes propuso la existencia de una sustancia pensante (alma) y una sustancia material (cuerpo); él decía que el cuerpo era la “cárcel del alma”. En segundo lugar, el monismo. Sus principales pensadores fueron Hegel y Berkeley, en este paradigma no se reconocía una diferencia esencial en cuanto al cuerpo y el alma o la psique, sino que planteaba una misma realidad que podía ser tanto espiritual mediante la psique, o bien, hablar de un monismo materialista, en el cual sólo existe la materia. Y, por último, la dualidad, paradigma que también fue conocido como *hilemorfismo*, en el este el hombre está compuesto por un alma y un cuerpo, pero, a diferencia del dualismo, en este caso son complementarios.

Gorguet (2008), enfatiza en el concepto de *diversidad sexual*, porque lo considera un principio que hace posible la aceptación, la percepción y la convivencia con la diferencia; la cual incluye a la *orientación sexual, la identidad y la expresión sexuales*. En lo que respecta a los tipos de orientación sexual, hasta ese momento se conocían los siguientes: *Heterosexual*, que es la atracción

hacia personas del sexo opuesto; la *homosexual*, que es la preferencia hacia personas del mismo sexo; y la *bisexual*, que se entiende como la atracción o preferencia sexual hacia ambos sexos.

Otro concepto base es el de la educación sexual, ya que el objetivo de esta es preparar a la persona para que esta pueda ejercer su derecho a una sexualidad plena, responsable, con equidad en cuanto al género, salud sexual como bienestar y una planificación familiar.

1.3 Salud sexual y reproductiva en México

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social que enriquecen la vida en general de igual manera, la salud sexual como el proceso permanente de conseguir bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad (OPS y OMS, 2006)

De acuerdo con la Federación Internacional de Planificación de la familia (IPPF) la sexualidad se enmarca en una concepción amplia que es la Salud Reproductiva, la cual se entiende como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos (citado en Chávez, Petrzalová, y Zapata, 2009).

Ariza y De Oliveira (2008) comentan que en México existe una desigualdad en cuanto a la salud sexual y reproductiva, que comienza por las concepciones diferenciales que se otorga a la sexualidad y la reproductividad de acuerdo a las categorías de masculino y femenino, ya que a las mujeres se les asocia con mayor autocontrol y valoración positiva hacia estas construcciones, la sexualidad para ellas está inherentemente asociada a la reproductividad, inhibiendo su autoconcepción como sujetos de deseo; en cambio, para los hombres la sexualidad solo tiende a ser la confirmación de su masculinidad, misma que los posiciona como sujetos deseantes. Estas desigualdades categóricas van a permear la manera en que las mujeres y los hombres conciben su salud sexual y al acceso que tienen a los bienes y servicios que les permitan tener un bienestar en su sexualidad.

Siguiendo con esta línea, se considera que el panorama de la salud sexual reproductiva en México ha carecido de un enfoque integral, pese a esfuerzos de diversos sectores del país, la educación sexual se sigue limitando a la transmisión de información de aspectos biológicos de la sexualidad que la reducen a un discurso enfocado solo en la reproductividad y en promover la abstinencia sexual; y a pesar de que se tiene un enfoque hacia la prevención, este también carece de una perspectiva de género en la que no siempre se contemplan los derechos sexuales (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, 2013)

Respecto a la educación sexual en México, Collignon (2011) considera que el Estado, la sociedad civil, los grupos conservadores y la iglesia católica participan e influyen activamente en la toma de decisiones en relación con el derecho que tienen los niños, adolescentes y jóvenes a la integridad y diversidad sexual, afirmando lo siguiente:

Desde hace ya varios años en México se han generado discursos públicos en torno a la educación sexual en las escuelas, la cartilla de derechos sexuales y reproductivos, etc; algunos casos han sido, por ejemplo, el enfrentamiento que tuvieron algunos grupos al interior de la misma iglesia por las declaraciones del cardenal Carlo María Martini en torno al condón como un mal necesario para contener el SIDA; el enfrentamiento entre organizaciones no gubernamentales que promovió la “cartilla de los Derechos Sexuales de los y las Jóvenes” y el cardenal Íñiguez; la discusión entre grupos conservadores miembros del Partido Acción Nacional (PAN), la Unión Nacional de Padres de Familia y la Secretaría de Educación Pública (SEP) por la inclusión del libro de biología para primero de secundaria “ciencias I” en el que se presenta contenido de orden sexual (Collignon, 2011, pp 134-135)

Rojas et al (2017) coinciden en que la Educación Sexual Integral (ESI) en México carece de homogeneidad y continuidad, debido a que la información que reciben los adolescentes y los jóvenes en el sistema educativo varía de acuerdo a los temas, que en general se reducen a temas ligados a la salud sexual y

reproductiva, como lo son las ITS, los anticonceptivos y los embarazos, dejando de lado factores psicosociales y factores de protección de la sexualidad, que integran factores de actitud, conocimientos y habilidades de los jóvenes para el ejercicio auto eficaz de su sexualidad y de sus relaciones interpersonales de manera saludable.

1.4 Salud sexual y uso correcto del condón

En este apartado se analiza la salud sexual asociada al uso correcto del condón, exponiendo teorías y modelos que buscan explicar y predecir el uso del preservativo.

Díaz-Loving y Robles (2011) mencionan 6 modelos y teorías psicológicos sobre la salud sexual en cuanto al uso de preservativo.

1. *Modelo de Creencias de la Salud (MCS) de Rosentock, Strecher & Becker, (1994)*

Este modelo tiene la premisa de que la conducta sexual preventiva está influida por la valoración que una persona tiene hacia una meta específica, por ejemplo, evitar contraer una ITS, y del juicio que tenga sobre una conducta particular que le va a permitir o no llegar a esa meta, que en este caso sería la valoración del uso del condón como la mejor opción para lograr la meta de no contraer una ITS.

Sin embargo, Moreno y Roales- Nieto (2003) consideran que este modelo presenta algunas incongruencias, ya que no siempre las percepciones que se tengan sobre la meta y las acciones de las personas coinciden; mencionan que el VIH/SIDA es considerado de manera general como una enfermedad grave, pero eso no significa que las personas se sientan vulnerables para contraer el virus y, desde luego, no garantiza que actúen de manera evitativa a la amenaza (usen el condón).

2. *Modelo de Autoeficacia (MA) de Bandura (1999)*

Este modelo explica que la conducta sexual preventiva depende de las creencias de las personas sobre sus capacidades para realizar una conducta específica, que a su vez dependen del nivel de información que tiene la persona sobre los riesgos y vulnerabilidad frente a las ITS y las consecuencias de no utilizar condón; de las expectativas que las personas tengan acerca de que el condón les va a brindar resultados favorables para evitar consecuencias no deseadas; y las intenciones meta, que se relacionan con los medios con los que cuenta la persona para lograr su meta, por ejemplo, la comunicación asertiva con la pareja.

De manera concisa, este modelo explica que una persona va a utilizar condón dependiendo de qué tan capaz se sienta para utilizarlo en sus relaciones sexuales y así evitar adquirir alguna ITS o VIH/SIDA

3. *Teoría de la Acción Razonada (TAR) de Fishbein y Ajzen (1975)*

Esta teoría explica cómo es que se relacionan las creencias, actitudes e intenciones de una persona con su conducta. La intención se explica mediante la actitud hacia la conducta, que son los sentimientos que la persona valora como positivos-negativos o favorables-desfavorables respecto a la conducta de usar preservativo y la norma subjetiva que tiene que ver con las percepciones subjetivas que tiene la persona frente a la presión social para utilizar condón.

4. *Teoría de la Conducta Planeada (TCP) de Ajzen (1985)*

Esta teoría, en complementación a la TAR, incluye el componente de *control conductual*, que son las valoraciones individuales de facilidad-dificultad de utilizar condón. Esta teoría le da peso a la percepción que la persona tiene sobre la situación. Estas percepciones pueden estar relacionadas a aspectos como la disponibilidad de condones, a la disposición o propuesta que tenga la pareja para la utilización del preservativo, o que perciba que la utilización de condón depende de él.

5. *Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB) propuesto por Fisher y Fisher (1992)*

Este modelo, como su nombre lo dice, además de considerar a la información con la que cuente la persona acerca del uso del preservativo y la motivación e intenciones que tenga para usarlo, también contempla y da peso a las habilidades con las que cuente la persona para ejecutar la conducta, las cuales pueden ser desde las habilidades de comunicación y negociación asertivas del uso de condón con la pareja, el comprar condones, e incluso el realizarse pruebas de detección de ITS como el VIH/SIDA.

6. *Modelo Integral (MI) de Fishbein (2000)*

Es el modelo que integra todos los modelos ya mencionados, rescatando que es importante tener presente que los elementos de los modelos anteriores variaran de acuerdo con la persona que se esté estudiando, si son universitarios, sexoservidores, personas que viven con VIH u hombres que tienen sexo con otros hombres, además de las personas con las que ellos se relacionen sexualmente y el tipo de prácticas que lleven a cabo.

Son muchos los factores que se asocian al uso del preservativo, más aún al uso correcto del mismo. Los conocimientos acerca del uso del condón no es un factor que se pueda relacionar directamente con el uso o no uso del condón, ya que según un estudio realizado por Hernández y Cruz (2008), citados por Uribe, Amador, Zacarías y Villareal (2013), un 39.1% de jóvenes reportó no haber usado condón en sus relaciones sexuales, pero del total de la muestra, el 97% dijo haber recibido información sobre el uso de condón y la prevención de ITS.

Díaz-Loving y Robles (2011) mencionan que las investigaciones respecto a la prevención de las conductas sexuales de riesgo se han basado en el Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, 1974); la Teoría de la Acción razonada (Fishbein & Ajzen, 1975) y el Modelo de Autoeficacia (Bandura, 1977, 1994), sin

embargo, para atender los factores vinculados al uso de protección durante las relaciones sexuales, Fishbein (2000) propuso el Modelo Integral de Cambio Conductual (MICC) que contempla factores psicosociales, conductuales, límites ambientales y factores culturales y distales.

Factores psicosociales asociados al uso de condón:

Son las creencias, actitudes, normas subjetivas, autoeficacia e intenciones relacionadas al uso del condón, y los conocimientos acerca de las ITS y la adopción de conductas sexuales de protección.

- *Intención:* Representación cognitiva de la prontitud con que una persona puede llevar a cabo un comportamiento.
- *Actitudes:* Sentimientos favorables o desfavorables hacia algún estímulo u objeto
- *Norma Subjetiva:* Percepción sobre la presión social que ejercen las personas significativas para llevar a cabo o no una conducta
- *Autoeficacia:* Es la autopercepción de dominio sobre alguna actividad
- *Creencias:* Certeza que tienen las personas sobre la veracidad de cierta información
- *Conocimientos:* Nivel de información que poseen los individuos sobre ITS y VIH/SIDA

Lo relevante de estos factores es que las investigaciones han demostrado que las personas que han reportado tener las intenciones de usar protección, así como una actitud positiva, autoeficacia, normas subjetivas y creencias favorables ante el uso del condón es más probable que lleguen a usarlo. Sin embargo, los conocimientos que las personas tengan respecto a las ITS no se relacionan directamente con el uso del preservativo.

Estos factores psicosociales se expresan de manera diferencial respecto al sexo, López (2001) citado en Díaz-Loving y Robles (2011) estudiaron el factor de autoeficacia en una muestra de 962 estudiantes y encontraron que son los hombres quienes presentaron niveles de autoeficacia mayores que las mujeres, ya que comúnmente son ellos quienes se encargan de colocarlo, adquiriendo así mayor experiencia en la colocación de preservativo, lo cual se relaciona con una

percepción de dominio; por otra parte, fueron las mujeres quienes perciben mayor autoeficacia al momento de evitar conductas sexuales de riesgo, ya que sus puntuaciones fueron mayores en cuanto a negarse a las propuestas sexuales no protegidas.

Factores conductuales asociados al uso del condón

La conducta es un elemento importante en las prácticas sexuales protegidas debido a que demandan habilidades y destrezas para poder ser ejecutadas por el individuo, y es aquí donde la comunicación y la negociación asertiva del uso del condón son clave. La comunicación sexual asertiva, según Díaz-Loving y Robles (2011) tiene que ver con la negociación del uso del condón, que a su vez se relaciona con la habilidad de persuadir a la pareja para el uso de este, más que con únicamente iniciar una conversación sobre el cuidado de la salud sexual. Aunque esta comunicación implica más que solo una habilidad en particular es por ello que destacan las siguientes estrategias de negociación:

- *Recompensa:* promover o prometer consecuencias positivas si se utiliza el preservativo
- *Coerción emocional:* usar consecuencias afectivas negativas si la pareja se niega a usar el preservativo
- *Información sobre los riesgos:* exponer información a la pareja sobre los riesgos de no usar preservativo, como adquirir un ITS o VIH
- *Sedución:* es la utilización de componente no verbales para incitar el deseo sexual y así persuadirla de usar el preservativo

Factores contextuales o situacionales

El contexto y las situaciones en que las personas se desarrollan sexualmente pueden afectar de manera positiva o negativa a la conducta sexual protegida, y son los siguientes:

- *Tipo de pareja sexual:* Robles (2011) considera dos tipos de pareja, la ocasional que s con quienes se dan encuentros esporádicos y la pareja regular que es el compañero con quien se establece un vínculo afectivo. El uso de condón en la población universitaria mexicana se es más frecuente con pareja regular.

- *Amor romántico*: Influye de manera negativa al momento de utilizar condón, y tiene que ver con la sensación de confianza, la atracción y el considerar a la pareja un amigo.
- *Afectividad con la pareja*: Son las cogniciones, los afectos y las conductas relacionadas con la atracción física, el romance, el amor pasional, la negociación y el compromiso con la pareja. De acuerdo con Avilés (2009), citado en Díaz-Loving y Robles (2011), las mujeres tienen mayor consistencia en el uso de condón si sienten amor pasional por su pareja.
- *Factores disposicionales*: Son las que pueden hacer más probable o no una conducta, por lo general están asociados a conductas de riesgo como la ingesta de alcohol o el uso de alguna droga y con el grado de excitación de la pareja. Si no se tiene un condón disponible y se consumió alguna droga, es muy probable que se tenga una práctica sexual no protegida.
- *Tipo de práctica sexual*: Se consideran al menos cuatro prácticas. El sexo anal, sexo oral, vaginal y la masturbación en compañía. Siendo la práctica vaginal en la que se reporta un mayor uso del condón.

Después de conocer los factores que interfieren en el uso o no uso del preservativo en las prácticas sexuales, es importante conocer el porqué es que se insiste en su uso y cómo es que su inadecuada utilización es un factor de riesgo para la salud sexual integral de los jóvenes mexicanos universitarios.

El condón es un método eficaz para la prevención de infecciones y enfermedades de transmisión sexual como el VIH, el cual actúa como una barrera de protección, siempre y cuando se acepte y se gestione su uso de manera adecuada y responsable, debido a que sus fallas están relacionadas a una utilización incorrecta, puesto que las personas que lo llegan a usar cuentan con pocos o nulos conocimientos acerca del uso correcto del preservativo (García, Méndez, Gutiérrez, Pérez y Aranda, 2011; CENSIDA, 2010)

Villa y Carranza (2017) consideran que, si bien no se ha probado la existencia de un método 100% eficaz para tener relaciones sexuales, el condón tiene una eficacia anticonceptiva del 95% si se usa de manera correcta, además, es un método que permite la protección de ITS al ser una barrera contra el

contacto directo de fluidos sexuales infectados, según los estudios y pruebas epidemiológicas y de laboratorio.

Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt (2013) sostienen que ha incrementado el número de jóvenes que inician su vida sexual a menor edad y sin uso de preservativo, y que ello tiene como consecuencia un aumento de embarazos no deseados en adolescentes de 15 a 19 años, así como el contagio de ITS, incluido en VIH/SIDA, entonces, menciona que tanto las habilidades psicosociales así como las actitudes de los jóvenes ante el uso de preservativo no sólo en su primera relación sexual sino en las consecuentes, son predictoras del uso del mismo en jóvenes.

Según el Centro nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA, 2010), en México el 90% de los contagios de SIDA han sido por vía oral, lo que permite deducir tres variables a analizar: la no utilización del condón como un método de barrera para protegerse de ITS; la no utilización del condón de manera consistente y frecuente en las prácticas sexuales y que probablemente el condón se esté utilizando de manera errónea, lo cual puede ocasionar que el condón se rompa o reduzca su efectividad.

Algunas variables asociadas a las fallas que ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva de los jóvenes es la ruptura del preservativo, y esta a su vez está asociada a fallas en su uso como utilizar lubricantes a base de aceite, que se sabe desgastan el látex con la fricción; también un error común es abrir el empaque del condón con los dientes, tijeras o instrumentos asilados, los cuales pueden rasgar o perforar el mismo; no sacar la burbuja de aire de la punta del condón al colocarlo sí como no dejar espacio para que se deposite el semen; guardar el preservativo en sitios no adecuados donde las temperaturas son altas y pueden romper la burbuja de aire de calidad de los mismos; no comprobar la fecha de caducidad así como desenrollarlo por completo antes de colocarlo, siendo este último punto mayormente asociado con el deslizamiento del condón en el acto sexual. Y se mencionan dos variables para la ocurrencia de estas fallas: la falta de información por un lado y la falta de experiencia práctica para colocar y retirar el condón en un pene (Robles, Rodríguez, Frías y Moreno 2014)

Robles, Rodríguez, Frías y Moreno (2014) realizaron un estudio con 939 jóvenes mexicanos sexualmente activos con una edad promedio de 19 años, mayoritariamente mujeres (62.5%). Se tomaron en cuenta tres variables asociadas a la conducta sexual protegida: 1) conocimientos acerca de cómo usar el preservativo, 2) la habilidad para colocar y retirar un preservativo en un modelo de pene en situaciones demostrativas simuladas y 3) la frecuencia de fallas ocurrida durante el acto sexual. Para obtener los datos utilizaron una escala tipo Likert que indicaba la frecuencia del uso de preservativo en los últimos 6 meses, para los conocimientos sobre el uso de preservativo se apoyaron en una prueba de conocimientos con 9 afirmaciones relacionadas a las características de del paquete del preservativo, el momento en que debe colocarse, la manera de retirarse y el momento oportuno en que debe retirarse del pene; y para la habilidad demostrada utilizaron situaciones simuladas. Los resultados obtenidos indicaron que los conocimientos acerca del cuidado que debe tenerse al llevar consigo un preservativo en un 80% fue acertado, a diferencia de los conocimientos respecto a la fecha de caducidad del preservativo, que fueron respondidos correctamente por sólo el 35% de los participantes. Para la variable demostrativa, se utilizaron sólo 130 estudiantes, de los cuales se observó que el porcentaje más alto en las respuestas correctas fue en el paso de bajar el condón en la envoltura antes de abrirlo, con un 94.6%, sin embargo, el porcentaje más bajo se obtuvo en el paso de tomar al condón por el receptáculo del semen, girarlo y sacarlo del pene con sólo el 20%. Concluyeron que los jóvenes que tienen mejor conocimiento sobre cómo usar el preservativo durante el acto sexual, son quienes mejor lo ejecutaron en la fase demostrativa con el modelo de pene, a su vez son los que menos fallas tuvieron al usarlo y quienes lo usan con mayor frecuencia.

De igual manera, Uribe, Amador, Zacarías y Villareal (2013) realizaron un estudio para evaluar la percepción negativa hacia el uso de condón, creencias erróneas acerca de las ITS, los conocimientos acerca de la conducta sexual segura y el uso de condón y las creencias erróneas respecto al uso de condón; en una población de 273 estudiantes de nivel superior de las carreras de psicología y enfermería de la Universidad de Colima, México. Los resultados que obtuvieron indicaron que un 30% de mujeres y un 32% de hombres no usó

preservativo en su primera relación sexual. En cuanto a las variables de percepción negativa al uso de condón y conocimientos sobre este, encontraron diferencias significativas entre sexos, ya que las mujeres indicaron mayor nivel de percepción negativa y de conocimientos a diferencia de los hombres. También encontraron una relación significativa entre tener conocimientos sobre el uso correcto del condón y su uso, ya sea con una pareja estable o casual, para ambos sexos, aunque los autores reiteraron que esta relación o es determinante y debe tenerse en cuenta el contexto, la muestra y las variables de error en los instrumentos. Concluyeron que las diferencias individuales e interpersonales vinculadas a las diferencias de sexo y género, están asociadas al ejercicio de la sexualidad de los jóvenes, siendo las mujeres quienes están mayoritariamente expuestas a conductas de riesgo, ya que son ellas quienes se ven desfavorecidas ante el rechazo al uso de condón, y son los hombres quienes se benefician de esta inequidad.

Como lo mencionaron Caballero, Camargo y Zurany (2011), la información respecto al uso *correcto* del preservativo es ambigua pues no siempre se transmite de manera funcional y acertada a la población adolescente u universitaria, razón por la cual consideran de suma importancia implementar programas que empoderen tanto a hombres como mujeres jóvenes para que usen el condón como herramienta de protección ante las ITS, atendiendo así al factor común de todos los países de Latinoamérica en que la edad de inicio de la vida sexual de los jóvenes es cada vez mas temprana.

Resulta de suma importancia para esta investigación recalcar la brecha abismal que se encuentra entre el *uso de condón* y el *uso correcto de condón*, ya que por su propia cuenta el uso de preservativo no garantiza la eficacia de este si es que no se toman a consideración los cuidados antes, durante y después de su uso.

El manual de planificación familiar de la OMS (2011) en el apartado de *condones masculinos* indica que la eficacia depende del usuario, sosteniendo que son muy pocos los casos de embarazos o infecciones que ocurren por el uso incorrecto del condón, ya sea que se rompa o se salga. Aseguran una eficacia de entre el 80% y el 95% de la transmisión de ITS como el VIH y el riesgo de

embarazo. Incluyen un pequeño apartado en el que mencionan cómo hablar del uso del condón, mencionando que a algunas mujeres les resulta difícil hablar de su deseo de usar condones, acentuando así las cuestiones de sexo respecto al uso del preservativo, sugiriendo que son los hombres quienes mayoritariamente se rehúsan a utilizarlo. También desmienten algunos mitos sobre los condones como el que causan esterilidad en los hombres o que pueden dejar de utilizarse durante el matrimonio; resaltando que su uso es seguro puesto que no tiene ningún efecto secundario, a excepción de que algunas personas lleguen a ser alérgicas al látex del preservativo. En el apartado de *explicación del uso* mencionan cinco pasos básicos, los cuales se citarán a continuación:

1. Utilizar un condón nuevo para cada acto sexual:
 - Revisar la envoltura. No utilizarlo si el paquete está roto o dañado.
 - Evitar usar un condón con fecha vencida, utilizarlo únicamente si o hay otra opción.

2. Antes de cualquier contacto físico, el condón debe colocarse en la punta del pene erecto con el lado enrollado hacia afuera
 - Ponerse el condón antes de que el pene haga contacto genital, bucal o anal, para una mayor protección.

3. Desenrollar el condón bien hasta la raíz del pene en erección
 - El condón debe desenrollarse con facilidad si se colocó del lado correcto. Al hacer fuerza puede que el condón se rompa.
 - Si el condón o se desenrolla con facilidad puedes ser que se haya colocado del lado incorrecto, o bien, que esté dañado o que sea demasiado viejo. En este caso se recomienda tirarlo a la basura y utilizar uno nuevo.
 - Si es que puso el condón del lado incorrecto y no tiene otro la opción es voltearlo y desenrollarlo sobre el pene.

4. Inmediatamente después de la eyaculación, sostenga el orden del condón en su lugar y retire el pene mientras aún está erecto.
 - Quite el condón deslizándolo, evitando que se derrame el semen.

- Si vuelve a tener sexo o si pasa de un acto sexual a otro, use un condón nuevo.
5. Elimine el condón utilizado de manera segura
- Envuelva el condón en su envoltura y arrójelo a la basura o a la letrina. No lo arroje por el inodoro ya que eso ocasionaría problemas en la cañería.
 -

1.5 Salud sexual y población universitaria

Bordieu (2002) consideraba a la edad como “un dato biológico y manipulable que juntaba a grupos diversos en clasificaciones arbitrarias cuyas características no se podían homogeneizar y por esta razón es necesario pluralizar en temas de adolescencia, y no sólo hablar de adolescencia de manera generalizada (Baca, 2018)

Aunado a la perspectiva anterior, Baca (2018) aborda a la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años. La adolescencia media va de los 14 a los 18 años y la adolescencia tardía se extiende hasta los 24 años; asimismo cita a Feixa (1996) quién mencionaba que el contexto era fundamental para hablar de adolescencia, ya que, aunque esta comprende procesos psicológicos, biológicos y sociales en común, la expresión de esta depende siempre del contexto en el que se desarrolle.

Campero et al (2013) consideran a la población adolescente como una prioridad para la salud sexual y reproductiva, debido a que las características biológicas, psicológicas y sociales de esta población los coloca en una situación vulnerable; además, está permeada por valoraciones culturales sobre lo femenino y lo masculino, los significados otorgados a la sexualidad y al cuerpo y a la recepción de información de medios tecnológicos de comunicación masiva, que son factores que se van a asociar directamente a la adquisición de enfermedades sexuales y la reproducción de los adolescentes. Lo anterior, aunado a que en México la educación sexual no es integral, ocasiona la limitación de esta educación a la transmisión de información respecto al ámbito biológico de la sexualidad, promoviendo la abstinencia, el miedo y las falsas

expectativas de los jóvenes hacia las prácticas sexuales; sustentada por una falta de información científica, integral y objetiva sobre el tema.

Silva, Spindola, Araujo, Almeida, Santos y Sampaio (2018) coinciden que los jóvenes representan a la población mayormente expuesta a las ITS debido a que están en la edad del descubrimiento e inicio de su vida sexual, y son dos factores los que se ponen en tela de juicio por los autores, uno es que hay una falta de información respecto a los métodos de prevención de infecciones y cómo se funciona el contagio, y el segundo con el mero ejercicio de conductas de riesgo incluso ante la información pertinente. Recalcan que la incidencia de ITS en población de 15 a 24 años ha aumentado en los últimos años, y que son los hombres quienes presentan más casos de contagio de VIH/SIDA., por estos datos consideran de suma relevancia conocer el comportamiento sexual de los jóvenes, conocer sus hábitos y acticas relacionadas al su autocuidado sexual y sus conductas de riesgo.

Además, Gorguet (2008) cita que los prejuicios y los tabúes han sido parte de la sexualidad a lo largo de la historia y en las diferentes culturas, y que esto ha propiciado que se le considere un aspecto íntimo y privado que no debería ser investigado ni indagado. Es a identidad sexual el tema que se considera con mayor importancia en los adolescentes ya que de esta depende la experimentación de nuevos deseos y sentimientos; y los adnes al ser el principal sistema de apoyo y educación en los adolescentes, la autora considera que es importante que ellos reciban también algún tipo de orientación o educación en el tema, ya que la familia funge un papel importante en el desarrollo de la sexualidad del adolescente ya que es un grupo primario en el que los individuos aprenden tanto las normas básicas del comportamiento humano, así como las expectativas sociales que este individuo pueda tener. Lo anterior es importante debido a que la OMS (2016), arrojó datos que indican que 1 de cada 20 adolescentes en el mundo se contagia con alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) cada año, y por ello se enfatiza que recibir una educación sexual contribuye a evitar la adquisición de ITS, y que esta información debe ser comunicada por los padres en primera instancia y complementaria por las instituciones de salud y educativas.

Siguiendo con esta línea, y debido a que la población con la que se trabajó en este estudio estuvo en un rango de edad de los 19 a los 25 años, la OMS (2017) dice que la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano posterior a la niñez y anterior a la edad adulta, que va de los 10 a los 19 años y que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios condicionado por diversos procesos biológicos; sin embargo, es importante mencionar que se trata de una etapa cuyos procesos son clave para la toma de decisiones futuras, además de que antecede a la población universitaria de primer ingreso contemplada en este trabajo.

1.6 Correlatos en salud sexual de jóvenes

En cuanto a la juventud universitaria, en un estudio realizado por Chávez, Petrzelová y Zapata (2009), se evaluaron las actitudes y conocimientos de jóvenes universitarios de 19 a 23 años y encontraron que sus conocimientos acerca de anatomía y fisionomía fueron deficientes; en cuanto a la prevención de infecciones de transmisión sexual, el 97% conocía el uso de preservativos; también el 41% consideró que la edad adecuada para iniciar la vida sexual era alrededor de los 18 y 20 años, pero el 63% de ellos habían iniciado su vida sexual antes de los 18 años. En cuanto a la percepción que tienen los jóvenes acerca de la actitud de sus padres en el ámbito sexual de los hijos, el 31% opinó que lo ven mal y el 40% eran indiferentes.

También Gorguet (2008) realizó una investigación con población cubana preuniversitaria contemplando ambos sexos y edades que iban de los 15 a los 19 años; en ella encontró que la mayoría de la población tenía una relación estable, 69% mujeres y 64% hombres. Respecto al aborto se reportó que ninguna de las mujeres lo consideró correcto y sólo uno de los hombres lo consideró correcto, esto la autora lo relaciona con que esa población estaba informada respecto a los efectos nocivos para la salud que trae consigo el aborto, aunque cabe mencionar que no especifica el número de su población, así como datos sociodemográficos acerca de la misma. Sin embargo, también reporta que las mujeres consideraron correcto el uso de anticonceptivos y que eso significaba

una buena enseñanza respecto a la importancia sobre el uso de anticonceptivos para evitar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazos no deseados. Algo relevante es que se reportó que casi la totalidad de las mujeres refirió no masturbarse, y sólo una reportó hacerlo a veces, en comparación con lo que reportaron los hombres, ya que la mayoría refirió hacerlo a veces, una minoría reportó hacerlo frecuentemente y sólo uno comentó no haberlo hecho nunca; la conclusión fue que las mujeres tienen un desconocimiento en cuanto a que la masturbación es una forma sana de experimentar su sexualidad, ya que mejora la autoconfianza y alivia la tensión sexual. Por último, en cuanto a la educación sexual, ambos sexos reportaron haber recibido charlas o talleres al respecto, además mencionaron que los medios de los cuales también recibían información sobre la sexualidad eran a través de libros o revistas y de su pareja y en menor medida de la televisión, el radio, así como de los padres y los amigos. Es importante recalcar que el estudio fue realizado en el año 2008 y que los resultados antes mencionados evidentemente están relacionados con el contexto social e histórico de ese entonces.

Asimismo, Arrivillaga, Salazar y Correa (2003) realizaron una revisión de estudios mediante búsqueda bibliográfica respecto a los hábitos que tenían los adolescentes tardíos, edad que comprende de los 19 a los 24 años, respecto al ejercicio, la alimentación y la sexualidad de éstos; en cuanto a la sexualidad, encontraron en estudios que van desde 2002 hasta el 2014, que las conductas de riesgo de los jóvenes están asociadas con el consumo de alcohol y sustancias nocivas, ya que los jóvenes, mencionan, cuentan con información asociada a la prevención de infecciones, sin embargo siguen exponiéndose a conductas de riesgo (Sánchez y De Luna, 2015)

Salguero y Marco (2014) realizaron una investigación respecto a la vivencia de la sexualidad, reproducción y paternidad de dos jóvenes universitarios, estudiantes de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México. Obtuvieron los datos mediante entrevistas en profundidad y encontraron que no hubo uso de preservativo de por medio en ambos casos, a pesar de tener conocimiento y acceso a ellos, excusándose en que “no se siente igual” y en un caso la pareja le comentaba ser irregular en su

periodo y que su ginecólogo le comentó que era probable el no embarazarse. Ambos jóvenes tenían tanto prácticas ocasionales relacionados a fiestas o reuniones mediadas por el consumo de alcohol, y en las que los acuerdos de pareja estaban implícitos, los jóvenes manifestaron que el usar preservativo era necesario puesto que no conocían a la pareja sexual; además de las relaciones que se establecían en una relación “formal” que en el caso de uno de los jóvenes hubo un trabajo de convencimiento a la pareja para no usar condón, el cual tenía que ver con la situación hipotética de casarse algún día, cuestión que evidencia un discurso de poder. Cabe mencionar que el plan de estudios de la carrera de psicología no contempla asignaturas o cursos con valor curricular sobre sexualidad, y que ello resulta contraproducente en el proceso de formación universitaria, ya que lo que conocen sobre sexualidad proviene de algunas charlas que pudieron tener en ciertas asignaturas tanto a nivel básico como superior, además de que las familias consideran que esos temas deberían tratarse en la escuela, deslindándose así de sus responsabilidades formativas al respecto.

Los datos anteriores coinciden con los de Facundo y Vásquez (2008) con jóvenes colombianos estudiantes a nivel universitario y posgrado que, de igual manera, contaban con la información y condiciones para cuidarse con preservativo y sin embargo decidieron no hacerlo. Desmintiendo así la afirmación de que el menor uso de métodos anticonceptivos está directamente relacionado con un menor grado de escolaridad o información al respecto. Mencionando que partieron de la premisa de las masculinidades y su relación con las prácticas reproductivas y anticonceptivas, ya que se han diseñado en Bogotá diferentes tipos de acciones orientadas a involucrar a los hombres en las decisiones y negociaciones al respecto, puesto que encontraron que las decisiones en la práctica sexual se siguen dejando en las manos de las mujeres, aunque fuesen ellos quienes manifestaron incomodidad respecto al uso de condón. Es relevante mencionar que dichos autores también encontraron relación entre el método anticonceptivo y de protección utilizado y la vinculación erótico-afectiva que tenían los jóvenes con sus parejas, al manifestar ellos que cuando se trataba de una relación consolidada con sus parejas tendían a no usar preservativo, apelando a la exclusividad de las relaciones sexuales (Salguero y Marco, 2014)

En relación con lo anterior, Silva, Spindola, Araujo, Almeida, Santos y Sampaio (2018) realizaron un estudio desde el enfoque de la enfermería en una población de jóvenes brasileños entre 18 y 29 años con el objetivo de recopilar información respecto a sus hábitos y salud sexuales. Encontraron que la edad promedio de inicio de la vida sexual fue entre 16 y 18 años. Respecto al uso de condón masculino, se observaron diferencias entre sexos respecto al tipo de pareja (casual o fija); con pareja fija, el 56.45% de las mujeres manifestaron hacer uso de condón y el 70% de los hombres no usarlo; en pareja ocasional el 38.71% de las mujeres y el 35.48% de los hombres refirieron usar preservativo. Y en cuanto a la salud sexual, el 54.43% de las mujeres manifestaron haber acudido a revisión ginecológica en el último año, 65.82% de ellas se realizaron el Papanicolau y el 46 % se hicieron la prueba de indicación de VIH. Los hombres indicaron en un 36% hacerse realizado la cirugía de postectomía y en un 72% realizado la prueba para detectar VIH. Además, encontraron que el tiempo tengan una relación de pareja influye en los hábitos de cuidado, debido a que mientras más larga es la relación las parejas recurren a métodos para evitar embarazos no deseados, como la píldora, pero disminuyen la frecuencia con la que usan preservativo, lo cual puede sugerir que la valoración que tienen ante un embarazo no planeado es más delicada que hacia una ITS.

Abordando al contexto escolar, Peixoto (2012) afirma que la escuela tiene un lugar primordial en la vida de los niños y los jóvenes para la construcción de la identidad sexual, y es también donde se construyen los valores que conforman la identidad colectiva de un país, por tanto, es vulnerable a la creación de prejuicios y estereotipos en torno a la sexualidad. Es por ello por lo que, la escuela debe sostener una política educativa basada en la diferencia y la diversidad que respete los derechos humanos y dignidad de sus alumnos.

Actualmente, Giraldo (2013), rescata que la vinculación sexual y afectiva de los jóvenes ha roto las barreras físicas debido a que el cuerpo ha sido traspasado por el ámbito virtual, y esto se debe a que los medios de comunicación y los aparatos tecnológicos como los teléfonos celulares permiten que el cuerpo sea considerado como una herramienta para representar socialmente una serie de significados e interpretaciones subjetivas que persiguen al ideal de la juventud, rechazando entonces a la vejez y al desgaste

físico. Y a pesar de puntualizar que la juventud es un concepto polimorfo al no haber un parámetro establecido de edad para considerar a una persona como joven, el ser joven es considerado generalmente como una actitud o ideal; pero también este concepto es dependiente del espacio y el tiempo en que se desarrolle.

Con base en lo anterior, se pueden observar un gran número de variables asociadas al estudio de la salud sexual de jóvenes universitarios, lo cual da cuenta de la importancia de continuar investigando sobre los correlatos que se relacionan con la conducta sexual de los jóvenes, así como los recursos y estrategias de empoderamiento, con los que cuentan para llevar a cabo prácticas sexuales seguras que impacten en la consecución de su salud y bienestar sexual.

2. EMPODERAMIENTO SEXUAL

“México necesita jóvenes empoderados, es decir, que cuenten con información y herramientas necesarias para tener acceso a una sexualidad sana y responsable, así como para prevenir un embarazo y saber cómo enfrentar o salir de una relación de violencia en el noviazgo. No se trata de darles la libertad para hacer lo que quieran o volverlos libertinos e incontrolables, sino de brindarles información apropiada y oportuna, acceso a los recursos y confianza en su capacidad de acción para que tengan control sobre las disposiciones centrales de su vida” (Casique, 2014)

2.1 Antecedentes y definiciones de empoderamiento

Para entender al empoderamiento de manera más detallada, es necesario revisar el concepto de *poder* y encontrar las concordancias y diferencias entre ambos constructos.

Para Rowlands (1997), existen cuatro clases de poder, las cuales son primordiales al momento de hablar sobre empoderamiento ya que nos permite conocer los alcances de este constructo, los cuales son:

1. *El poder sobre*: Es lo que comúnmente entendemos como poder, y se da cuando una persona gana poder y otra lo pierde. Sin embargo, implica tanto toma de decisiones como el control de la persona sobre el cuerpo, la cultura o la ideología; un ejemplo de este tipo de poder es la opresión.
2. *El poder para*: Es el “poder generativo o productivo que crea nuevas posibilidades y acciones sin dominación” (Rowlands, 1997, p. 221). Este tipo de poder puede ser interpersonal.
3. *El poder con*: Es el poder colectivo, que busca incrementar los poderes individuales para lograr en conjunto lo que de manera individual no sería viable.
4. *El poder desde dentro*: Es el poder propio, que no es otorgado por alguien o se inspira de una cuestión exterior. Tiene que ver con la aceptación de sí mismo y el respeto propio.

En concreto, el *poder personal* es el que se da al interior de los individuos; el poder *con* se construye a partir de la relación con otros; el *poder hacer* es el que surge a partir de realizar actividades que antes no se podían hacer; y el

poder sobre es el más visibilizado, debido a que es lo que comúnmente se entiende como poder, dándole una connotación negativa ya que implica la opresión de otros (Delgado, Zapata, Martínez y Alberti, 2010).

Aunado al concepto anterior, Zimmerman (2000) sostiene que el empoderamiento se puede dar a nivel social y a nivel individual; este último nivel incluye creencias de autoeficacia, el esfuerzo por tener control y una comprensión de su ambiente social y político. Asimismo describen los componentes del proceso de empoderamiento, los cuales son: a) Intrapersonal, que integra la autoeficacia y la motivación que tiene la persona al ejercer control en el ámbito personal, interpersonal, social y político., b) Cognitivo, que tiene que ver con que las personas puedan emplear sus destrezas analíticas para influir en su medio ambiente., y c) Comportamiento, que implica llevar a cabo acciones para ejercer dicho control, mediante la participación en el medio ambiente (Silva y Loreto, 2011).

La Comisión de Mujeres y Desarrollo (2007) considera al empoderamiento como:

El proceso de adquisición de poder en el ámbito individual y colectivo. En primer lugar, designa en el individuo o en una comunidad, la capacidad de actuar, de toma de decisiones en sus elecciones de vida y sociedades. El empoderamiento está visto de esta forma como un proceso, una construcción de identidad dinámica con una doble dimensión: individual y colectiva. (p.10)

Dentro de la construcción social en la que el individuo busca romper con los roles de género y las conductas estereotipadas, se encuentra el concepto de empoderamiento, el cual tiene una connotación psicológica ya que se entiende como un proceso compuesto por factores cognitivos, afectivos y conductuales. Al hablar de proceso, se hace énfasis en los mecanismos mediante los cuales las personas, las organizaciones, e incluso las comunidades ganan control sobre sus vidas (Silva y Loreto, 2011)

En el empoderamiento individual contempla la adquisición de mayor autonomía, la capacidad de autodeterminación y los medios que permitan a

todos y todas acceder a una mayor elección de vida; y el empoderamiento colectivo se refiere a la capacidad que tiene un grupo para desarrollarse e influir en el ámbito social, con el propósito de crear en ella cambios que le permitan avanzar hacia un panorama justo e igualitario. Esta noción de empoderamiento fue ampliada posteriormente por Kabeer (2001), a la capacidad de las personas para disponer de las cosas y hacer elecciones.

Casique (2010) rescata que el empoderamiento al no ser un proceso lineal está permeado por factores, contextos individuales, y en el caso de las mujeres está asociado por la disponibilidad de recursos, tanto económicos como sociales; esto quiere decir que el empoderamiento se puede ver facilitado o no dependiendo de la disponibilidad de recursos, y se espera que el empoderamiento de las mujeres potencialice este acceso a los recursos, influyendo positivamente en su propio proceso empoderador. Sin embargo, comenta que en México esta relación es ambigua, pues no siempre el acceso a recursos económicos y sociales genera en las mujeres el sentimiento de poder, y esto se debe a que los significados que se dan a la actividad económica y el manejo de recursos por parte de las mujeres, que son de inferioridad pues se relacionan directamente a las figuras masculinas. Así, la autora relaciona estas desigualdades con la violencia contra las mujeres, justificando que una forma usual de violencia de gestiona a partir del ámbito económico, al negárseles el acceso y el control de ingresos y recursos por y para ellas.

En cuanto a un panorama de género, Lagarde (2011) considera al empoderamiento de las mujeres como *poderío*, y lo nombra de tal manera debido a que concibe a éste como la herramienta de liberación de las mujeres mediante la toma de conciencia de sí mismas y de sus condiciones sociales, de su autonomía y su independencia. Coincide en que este empoderamiento es un proceso individual ya que las formas de opresión de cada mujer se dan, de igual manera, en diferentes niveles y categorías; hay mujeres que pueden tener opresión doble, triple o más, dependiendo de su clase, nacionalidad y condiciones de vida. Sin embargo, enfatiza que el empoderamiento de la mujer es necesario porque es las mujeres comparten al género como una condición histórica de opresión, y que, a su vez, es necesario el empoderamiento de cada

una de las mujeres para hacer un avance colectivo y de esa manera desmontar las causas, mecanismos y la reproducción de la supremacía de género de los hombres.

En complementación, el empoderamiento para Tena (2013) menciona que el empoderamiento individual implica el reconocimiento de los propios logros, la identidad y la reconstrucción de ésta a lo largo de la vida, la percepción de la persona como acreedora de derechos y su capacidad de exigirlos, así como el impacto que esta autonomía pueda crear a nivel social. En este sentido, considera que el empoderamiento individual debería tener un impacto en el nivel colectivo o de lo contrario sería una ilusión. Sin embargo, también comenta que el empoderamiento, al ser un proceso dinámico, no consiste en capacidades específicas que puedan ser otorgadas o despojadas de alguien, pues, en primera instancia, el mismo empoderamiento no es algo que pueda ser otorgado por otra persona, sino que debe ser un proceso personal, que apela a las características individuales de quienes lo practican.

2.2 Empoderamiento en conducta sexual

El empoderamiento de los jóvenes es una herramienta valiosa en el ejercicio pleno de sus derechos, tanto para mujeres como para hombres, permitiéndoles gestionar su vida de acuerdo con una perspectiva de acceso y control. En cuanto al ámbito sexual, la OMS y la OPS (2006) consideran que “el empoderamiento de los jóvenes implica, desde esta perspectiva, fortalecer u acceso a la participación y al control de la toma de decisiones sobre su propia vida y sobre su sexualidad” (p. 150). Además, el empoderamiento de los jóvenes considera elementos relacionados a la sexualidad, como lo son la autoeficacia y el sentido de control durante las relaciones sexuales (Casique, 2016).

Peterson (2010) analiza si es que el empoderamiento sexual se puede tratar de un sentimiento subjetivo de poder y control de las personas sobre su propia sexualidad, sin embargo, menciona que definirlo subjetivamente puede relacionar este sentimiento con el poder que se ejerce en ámbitos culturales e institucionales, pero también da cabida a validar las experiencias y percepciones que tienen las personas en cuanto a sus vivencias sexuales. Esto se debe a que el poder psicológico se considera que es para lograr algo si es interno, y se

entiende como poder sobre algo si es externo. Así que para no caer en estos conflictos, la autora define al empoderamiento sexual como un proceso de desarrollo ya que es continuo y multidimensional, y que las niñas pueden ir conceptualizando este proceso mediante el modelamiento mediático de imágenes sexuales por parte de otras niñas y adultas; así que sus prácticas sexuales también son variadas y en ese sentido no siempre van a sentirse sometidas sino que pueden realizar ciertas prácticas, por ejemplo, un baile sexual para su pareja y verlo como una experiencia sexual lúdica, y puede decir asertivamente en otra ocasión que no quiere tener relaciones sexuales. Por tanto, las niñas y las mujeres pueden experimentar empoderamiento sexual en unos niveles y desempoderamiento sexual en otros.

Lo anterior se complementa con lo que Zimmerman (1999) declaró acerca del empoderamiento, que a nivel individual incluye el comportamiento participativo, la motivación para ejercer control y los sentimientos de eficacia y de control, lo cual sugiere que el empoderamiento individual está relacionado con un sentimiento interno de poder y control. Mas adelante, en 1995, enfatiza que esta parte individual es primordial para que las personas se sientan motivadas a iniciar comportamientos que provoquen cambios (Peterson, 2010)

Desde un enfoque feminista, Lamb y Peterson (2011) hacen un análisis en el que pretenden determinar si el empoderamiento sexual es únicamente un sentimiento subjetivo de poder que pueden experimentar las adolescentes desde los 13 años; para ello mencionan que el deseo, el placer y la subjetividad no pueden ser los únicos indicadores de empoderamiento sexual, debido a que es necesario tener una perspectiva más realista de la sexualidad sana en la que las adolescentes vivencian de manera diferente estos sentimientos dependiendo de su contexto y de sus condiciones individuales, por ejemplo, su color de piel. Por tanto, ellas proponen al empoderamiento como una construcción y proceso continuo y multidimensional, en el que el placer, el deseo y el sentimiento subjetivo de poder son solo algunos aspectos que lo conforman, en el que otros aspectos podrían ser las habilidades de negociación con sus parejas sexuales para poder comunicar las conductas sexuales deseadas y no deseadas. Además, hacen énfasis en que el empoderamiento puede potenciar la

comprensión y la autonomía de las niñas como seres sexuales en el mundo, sin embargo, se debía tener cuidado al momento de adoptar falsos mensajes de empoderamiento, por ejemplo, los del mercado que difunden la idea de que el empoderamiento se logra mediante el consumismo. En este sentido, consideran que los medios de comunicación se encargan de crear inseguridades en las niñas para sí poder vender productos que las sexualizan desde temprana edad, sin embargo, también consideran que las niñas no son espectadoras pasivas y por lo tanto no siempre se apropian de esos mensajes y no resultan ser negativos para ellas. Para esto es importante considerar que el sentimiento subjetivo de poder puede responder a prácticas de sometimiento, aunque no todas las veces es así ya que las adolescentes experimentan prácticas sexuales variadas; enfatizando en que es oportuno permitirles a las niñas experimentar y expresar sentimientos de deseo sexual, placer y agencia, para que puedan ir construyendo y moldeando sus prácticas sexuales acorde a una sexualidad saludable.

Por otra parte, Murnen y Smolak (2012) en respuesta a Lamb y Peterson (2011), considerando que es importante que tanto las niñas como las adolescentes tengan poder sexual, sin embargo, es necesario tener mayor información acerca de cómo pueden lograr esto en un mundo que sexualiza sus cuerpos para consumo masculino desde edades tempranas, por ejemplo, transmitiendo el mensaje de que son objetos sexuales, poco capaces, indefensas, e incluso, revictimizándolas en ciertas circunstancias, mediante programas televisivos, caricaturas y videojuegos. En ese sentido consideran que el empoderamiento debería ampliarse para que las mujeres sean capaces de identificar y señalar el abuso y el poder que ejercen los hombres sobre ellas, sobre todo porque consideran complicado que las niñas perciban el mensaje de verse a sí mismas con poder cuando quienes les modelan las conductas empoderantes son las mujeres adultas, quienes también luchan con esta tarea; así que proponen que una alternativa para empoderar a las niñas está en una educación sexual saludable. Coinciden con Lam y Peterson, en que el empoderamiento tiene un aspecto subjetivo e individual, ya que, aunque algunas feministas consideren los comportamientos de maquillaje o de belleza, que responden a estándares occidentales, como opresivos, también pueden

conceptualizarse como elecciones que toman las mujeres para conducir a su empoderamiento.

Siguiendo esta línea, Gavey (2012) considera que el empoderamiento al ser subjetivo carece de sustento, ya que el decir que una niña siente poder sexual no siempre significa que lo tenga, o puede que dependa específicamente de sus condiciones individuales; en este sentido, hace una crítica a la facilidad en que el concepto puede despolitizarse e incluso caer en un discurso neoliberal propio del postfeminismo, debido a que no considera como punto fuerte la colectividad, al centrarse en aspectos individuales y dejar de lado el terreno sociocultural en el que los individuos construyen sus vidas, además del plano psicosocial. Considera que las mujeres pueden elegir actuar de la manera que consideren oportuna, de acuerdo con su empoderamiento, sin embargo, no controlan los significados que otros atribuyen a estas acciones, remarcando nuevamente el ejemplo de los bailes sexuales. Con ello concluye que la elección personal es rebasada por las normas restrictivas y sexistas que permean el comportamiento de las mujeres y que es inherente del contexto en el que nos desarrollamos.

2.3 Modelos e indicadores de empoderamiento sexual

El enfoque de empoderamiento de la Comisión de Mujeres y Desarrollo (2007) contempla cuatro niveles, que han sido retomados por instituciones feministas y organizaciones no gubernamentales (ONG) de desarrollo, como ATOL (2002), que son:

1. El poder sobre: supone que el poder es limitado y se ejerce sobre alguien, permitiendo guiarlo, por tanto, está basada en las relaciones ya sean de dominación o de subordinación.
2. El poder de: son las capacidades intelectuales en relación con la capacidad de tomar decisiones y con el acceso y control de los medios de producción, así como los bienes con que se cuenta.
3. El poder con: del poder sociopolítico que se relaciona con la capacidad de negociar y defender derechos individuales y colectivos e ideales políticos. En este sentido, la organización es una forma de poder, ya que las personas al unirse persiguen un objetivo en común.

4. El poder interior: se refiere al autoconcepto, la autoestima, la identidad y la fuerza psicológica, con las que cuenta el individuo para influir en su propia vida y proponer cambios en la misma.

De igual forma Sánchez, Enríquez y Robles (2016) citan a Zimmerman, quien menciona que, las personas al estar inmersas en un contexto social determinado no sólo necesitan adquirir ciertas habilidades de afrontamiento a este, sino que también es necesario que sean conscientes de ese contexto inmediato para analizar qué apoyo pueden o no recibir de su medio social, y que puedan saber cuáles podrían ser las consecuencias de sus conductas. Coincidiendo con el modelo ecológico de Brondenbrenner, en el cual se analiza las relaciones de individuo con los distintos contextos en los que se desarrolla; este modelo se divide en tres sistemas a) microsistema: son aquellas variables relacionadas con la conducta sexual como los conocimientos, las actitudes e intenciones y la autoeficacia, b) mesosistema o sistema intermedio: tiene que ver con la familia y los grupo pare, y como estos manejan una normatividad subjetiva en el sujeto, y c) el macrosistema: son los factores sociales y económicos, ideológicos y culturales en que está inmerso el individuo, y es aquí donde se pueden analizar los estereotipos de género, por ejemplo. Es importante mencionar que la mayoría de la investigación hecha bajo este modelo ha sido de corte teórico, y los pocos estudios empíricos sólo contemplan dos de los tres niveles (micro/meso o micro/macro); es así como las autoras consideraron necesario realizar investigación que apoyara a la creación de programas de intervención en la prevención de las ITS, en específico VIH/SIDA, que incluyeran los tres niveles antes citados.

Banda y Morales (2015) abarcan al empoderamiento desde el enfoque sistémico, mismo que se centra en las interacciones que se suscitan en un grupo personas, denominado sistema. Para ello realizaron un estudio con 113 participantes a quienes se les aplicó una encuesta para identificar dos componentes de la teoría de empoderamiento, que fueron el intrapersonal y el de comportamiento. Como resultados obtuvieron que el componente de comportamiento, que tiene que ver con la toma de decisiones, la organización social y comunitaria, influyó en el componente intrapersonal que conlleva el

empoderamiento positivo, negativo y el control sociopolítico; en este sentido el estudio comprueba la hipótesis de que el comportamiento de la persona repercute inherentemente en su empoderamiento relacionado con su autoeficacia, autoestima y autoconcepto.

Casique (2010) realizó un estudio para analizar los indicadores socioculturales que pueden potenciar el empoderamiento de las mujeres, específicamente aquellos que fungieran como factores de protección a mujeres de ser víctimas de violencia en la pareja. La premisa del estudio sostenía que habría relación entre la disponibilidad de recursos económicos, sociales y educativos y los niveles de poder de decisión de las mujeres mexicanas en el hogar. Encontró que los indicadores de recursos como la propiedad de la vivienda y el ser apoyada en el cuidado de los hijos se relacionaba positivamente con el poder de decisión en la familia; concluyendo que las mujeres pueden decidir cuándo trabaja y así tener control sobre sus roles de género, lo cual evidenció que la dimensión sociocultural es relevante en relación con el empoderamiento de las mujeres. En este sentido, la autora considera que es importante “promover políticas y legislaciones que favorezca el acceso equitativo de hombres y mujeres a los recursos, y de la disponibilidad de indicadores que den seguimiento a esta situación” (p. 60).

La información recabada hasta el momento evidencia la importancia de los componentes individuales y socioculturales del empoderamiento, incluso los indicadores personales de empoderamiento, sin embargo, no se tiene una noción más clara acerca de cómo experimentan este proceso las personas, así que bajo este cuestionamiento, Cano y Arroyave (2014), estudian el proceso de empoderamiento de cuatro mujeres que atribuyen a este la transformación en sus relaciones de poder, tanto a nivel individual como comunitario; para ello realizan un estudio biográfico narrativo mediante entrevistas. Concluyendo que estas mujeres pasaron de ser receptoras pasivas del poder de los otros a posicionarse como los sujetos que trabajan su poder en ámbitos individuales y comunitarios, en relación con la subjetivación, debido a que las mujeres se empoderan de acuerdo al poder subjetivo ligado a su autonomía y a su participación política; de acuerdo con los autores, este proceso está relacionado con a) los derechos humanos, que suponen la igualdad entre hombres y mujeres,

y b) el género, que evidencia la exclusión de las mujeres a lo largo de la historia de estos derechos; y de aquí nace la propuesta de empoderar a las mujeres con el propósito de lograr una igualdad de condiciones y oportunidades de vida.

2.4 Correlatos de empoderamiento en cuanto a uso correcto de condón

García et al (2011) realizaron un estudio en estudiantes de medicina respecto a la actitud que estos tenían ante el uso de condón masculino para prevenir el VIH/SIDA en Colombia. Las actitudes para los autores son aquellas que devienen del aprendizaje y de la experiencia de las personas y son de carácter multidimensional, de esta manera las actitudes tienen los siguientes componentes:

- Cognitivo: Se refiere a la información o la idea que la persona tiene sobre el objeto actitudinal.
- Afectivo: Es el componente que engloba a los sentimientos y las emociones sobre el objeto actitudinal
- Componente conductual: Es aquel que está constituido por el comportamiento de la persona ante el objeto actitudinal; este componente puede ser observado y es mediante el cual la actitud va a expresarse.

Si bien las actitudes no son como tal un elemento primordial de este proyecto, es importante mencionar enfatizar en el componente conductual, que desde luego es crucial en cualquier fenómeno analizado desde la perspectiva psicológica. En este sentido, los autores concluyeron que los estudiantes participantes contaban con conocimientos respecto al uso de condón, sin embargo, con deficiencias específicas en los conocimientos sobre cómo conservar los preservativos para asegurar su conservación. Respecto a los conocimientos sobre la manera de abrir el condón y colocarlo, los estudiantes manifestaron conocer que se abre por la parte lateral muescada y utilizando únicamente los dedos, sin tijeras o dientes. Por último, encontraron una relación entre la actitud de *aceptación* al uso del condón y el uso de este para la prevención del VIH/SIDA.

Casique (2016) realizó una investigación en la cual asegura que el empoderamiento de los adolescentes es un aspecto relacionado estrechamente con las prácticas sexuales de los jóvenes, y con la valoración que éstos hacen respecto al uso del condón masculino en encuentros sexuales; basada en el modelo de empoderamiento en promoción de la salud en países desarrollados y subdesarrollados, en los cuales se pretende desarrollar la autoeficacia y el sentido de control de los jóvenes respecto a su sexualidad que permitan conducirlos hacia una práctica saludable de su sexualidad y reducción de riesgos. Para ello se apoyó en la base de datos de la Encuesta sobre Noviazgo, Empoderamiento y Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes Estudiantes de Preparatoria en México (ENESSAEP) de 2014; y de un índice de empoderamiento adolescente y de actitud positiva hacia el uso de condón masculino, que obtuvo mediante un análisis factorial. Posteriormente, mediante regresión lineal, obtuvo como resultado que hay una relación positiva entre el nivel de empoderamiento, definido en indicadores de empoderamiento social, autoestima, agencia, actitudes frente a roles de género, poder en la pareja, poder sexual e índice global de empoderamiento; y la actitud hacia el uso de preservativo, lo que significa que, a mayor nivel de empoderamiento, los jóvenes muestran una actitud favorable a la correcta utilización de condón en sus encuentros sexuales.

De igual manera, Villa y Carranza (2017) realizaron un estudio sobre el conocimiento del uso correcto de condón en un grupo de estudiantes indígenas del Estado de Michoacán, México. Encontraron que de los 201 participantes el 80% no tenía conocimientos sobre el condón ni de la eficacia de este para prevenir ITS y su efectividad anticonceptiva. Acerca de los cuidados de preservación del condón, menos del 80% de los participantes indicó conocer que el condón no tenía que estar caducado, tener defectos visibles y que tenía que estar completamente cerrado. Dos terceras partes indicó no conocer que, además de los cuidados ya mencionado, el condón no debía estar expuesto a la luz solar y debía contener una burbuja de aire. En cuanto a donde consideraban que era adecuado guardar los condones, el 73% mencionó saber que debían guardarse en cajones, transportarse en condoneras o la bolsa de la camisa y el 55% desconocía que es recomendable no transportarlos en una cartera o bolsa

de pantalón. Además, realizaron un análisis sobre estos conocimientos por edad de los participantes y encontraron que el grupo de 18 a 21 años tenía un mayor conocimiento sobre el uso de condón previo a cualquier contacto sexual a diferencia de los participantes de 16 años. Los participantes de 17 años tuvieron más conocimiento acerca de cuándo y cómo se debía retirar el pene de la pareja después de la eyaculación, pero los de 16 años conocían más acerca de cómo retirar el condón usado del pene, el grupo de 15 conocía en mayor medida cómo manejar el condón para desecharlo; en estos ítems el grupo de 18 a 21 años tuvieron menos conocimientos.

3. MÉTODO

Justificación

Los universitarios, según la Organización Mundial de la Salud (2013), se encuentran en la adolescencia tardía que comprende entre los 19 y 24 años, definiendo esta etapa como el período de vida en que el individuo se prepara para el trabajo y para asumir la vida adulta con todas sus responsabilidades. En esta edad uno de los ámbitos de relevancia es la sexualidad, enfocada a prácticas sexuales; que como lo menciona Robles, Rodríguez, Frías y Moreno (2014), los jóvenes son una población que se enfrenta a situaciones que ponen en riesgo su salud sexual y reproductiva, relacionado al temprano inicio de sus relaciones sexuales, al mayor número de parejas y mayor frecuencia de estas.

El empoderamiento, que es definido por Casique (2016), como un aspecto relacionado estrechamente con las prácticas sexuales de los jóvenes, y con la valoración que éstos hacen respecto al uso del condón masculino en encuentros sexuales; juega un papel importante en la disminución de conductas de riesgo, e incluso en la actitud que tengan los jóvenes universitarios hacia el uso de preservativo. Es por ello por lo que se considera importante conocer y describir cómo es que se relacionan estas variables de empoderamiento y uso de preservativo en estudiantes universitarios de primer ingreso, que además pertenecen a las carreras médico-biológicas, las cuales se encargan de promover y preservar la salud.

Con base en la literatura revisada, se ha encontrado evidencia empírica respecto a la relación que existe entre los niveles de empoderamiento sexual y la actitud hacia el uso de condón, sin embargo, no se ha indagado lo suficiente en cuanto a las diferencias en los niveles de empoderamiento entre sexos, así como tampoco se han realizado estudios comparativos con estudiantes universitarios de nuevo ingreso pertenecientes a carreras médico- biológicas

Pregunta de investigación

¿Existe relación entre el uso correcto del condón y la percepción de empoderamiento en hombres y mujeres estudiantes de las carreras médico-biológicas?

¿Existe una relación diferencial para hombres y mujeres estudiantes de las carreras médico-biológicas en sus prácticas sexuales, el uso correcto del condón y la percepción de empoderamiento?

Objetivo general

Identificar la relación entre el uso correcto del condón y la percepción de empoderamiento en estudiantes universitarios de acuerdo con su carrera del área médico- biológica.

Objetivos específicos

Identificar si existen diferencias por sexos respecto al nivel de empoderamiento sexual.

Identificar si existen diferencias por sexos respecto a las prácticas sexuales y uso correcto del condón.

Identificar si existe relación entre las prácticas sexuales y el uso correcto del condón con la percepción de empoderamiento.

Identificar si existe una relación diferencial por sexos entre las prácticas sexuales y el uso correcto del condón con la percepción de empoderamiento

Identificar si existen diferencias entre el empoderamiento con respecto a la carrera que cursan los jóvenes universitarios

Hipótesis

Hipótesis conceptual

De acuerdo con las investigaciones realizadas y citadas hasta el momento sobre el empoderamiento sexual y su relación con el uso de preservativo, se espera que las mujeres presenten mayores indicadores de empoderamiento a diferencia de los hombres, y por ende tengan mayor incidencia en el uso correcto de preservativo. Por otro lado, se espera que haya diferencias significativas entre el empoderamiento y las carreras contempladas del área médico-biológica (Casique, 2016; Robles, Rodríguez, Frías y Moreno, 2014)

Hipótesis estadísticas

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de empoderamiento y el uso correcto de condón diferencial por sexos

H_i: Sí hay relación estadísticamente significativa entre la percepción de empoderamiento y el uso correcto de condón diferencial por sexos.

H₀: No hay relación estadísticamente significativa entre la percepción de empoderamiento y el uso correcto de condón por carreras.

H_i: Sí hay relación estadísticamente significativa entre la percepción de empoderamiento y el uso correcto de condón de acuerdo con la carrera.

Definición de variables

Empoderamiento sexual

A través de revisión teórica de autores como Zimmerman (citado en Silva y Loreto, 2009), Banda y Morales (2011) y Casique (2016), se entiende al empoderamiento sexual como un proceso continuo a través del cual las personas adquieren control sobre su vida y de su entorno mediante el reconocimiento de sus necesidades, su autoeficacia, su autoconcepto, la toma de decisiones y conductas que favorezcan al manejo de las consecuencias tanto positivas como negativas en sus vidas, las cuales están estrechamente relacionadas con sus prácticas sexuales y a su vez con su salud sexual y reproductiva.

Uso correcto de condón

El uso correcto del preservativo está relacionado a las conductas de cuidado que se tienen desde que se abre el preservativo, se coloca y se retira; tomando en cuenta todas las medidas de seguridad para la prevención de fallas en su uso como: checar la fecha de caducidad, las condiciones aptas del condón, abrirlo por la parte muescada apoyándose únicamente con las yemas de los dedos, colocarlo cuando el pene se encuentre erecto, procurando mantener un espacio en el receptáculo del preservativo para que se aloje el semen, y retirarlo en las mismas condiciones del pene erecto, desde a base hasta la punta, evitando tener contacto con los fluidos seminales (Robles, Rodríguez, Frías y Moreno, 2014)

Muestra

Tipo de selección de muestra: Por conveniencia, no probabilístico.

Participantes: Los participantes de esta investigación fueron jóvenes estudiantes de primer ingreso, pertenecientes a las carreras médico-biológicas de la FES Iztacala, con un rango de edad entre 19 y 25 años.

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio CORRELACIONAL ex post facto, puesto que se busca la relación diferencial existente por sexo y por carrera.

Hernández., Fernández y Baptista (1991), definen a los estudios correlacionales como aquellos que tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables, en un contexto en particular. Los estudios correlacionales miden las dos o más variables que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación.

Diseño

Se utilizó un diseño no experimental, de tipo transversal correlacional para identificar la relación entre las variables propuestas.

De acuerdo con Hernández., Fernández y Baptista (1991) Los diseños de investigación transversal

Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su coincidencia e interrelación en un momento dado. Estos diseños pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores. Los diseños transeccionales correlacionales tienen como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Se trata también de descripciones, pero no se variables individuales sino de sus relaciones, sean correlacionales o relacionales causales.

Instrumentos

Se evaluó un perfil sociodemográfico que permitió conocer la edad, sexo, estado civil (soltero, casado, unión libre y otros), y lugar de residencia, con quién viven (casa de los padres, algún familiar, solos, etc.) y la carrera cursada.

Uso correcto del condón

Para evaluar los conocimientos que tienen los jóvenes sobre la forma correcta de usar un condón se utilizó el instrumento de *conocimientos sobre ITS/VIH* conformado con 9 afirmaciones que refieren aspectos vinculados con las características del paquete del condón, la forma de colocarlo en el pene, el momento en que debe colocarse, la forma de retirarse y el momento que debe retirarse del pene. Los nueve reactivos tienen formato de respuesta cierto/falso/no sé. Las respuestas correctas se codifican con el valor de 1 y las incorrectas (incluyendo la respuesta no sé) con el valor (0), a mayor puntuación indica mayor conocimiento sobre esta variable.

Errores al usar condón

Para obtener información respecto a los errores cometidos al usar condón durante el acto sexual, se utilizó la escala de *fallas en el uso del condón* construida y validada por Moreno (2011) en estudiantes universitarios, la cual está conformada por 7 afirmaciones que miden la frecuencia (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) del uso correcto o incorrecto antes, durante y después del acto sexual. A esta escala se incluirán cuatro preguntas abiertas sobre las razones por las cuales no usan el condón: 1. Describe cuáles son los motivos por los cuales al tener una relación sexual NO has usado condón; Qué piensas sobre el uso del condón; Alguna vez has tenido alguna ITS ¿Cuál o cuáles? Y ¿Alguna vez has tenido un embarazo no planeado/deseado (sí/no) ?, ¿Qué hiciste al respecto?

Empoderamiento

Y en cuanto al empoderamiento, se utilizó la escala de agencia personal y empoderamiento en mujeres construida y validada por Padilla Gámez y Cruz del Castillo (2018), que consta de cuatro factores que evalúan: agencia personal, autoconciencia, empoderamiento en la salud y empoderamiento social. Consta de 47 reactivos con escala de respuesta tipo Likert que refieren algunas situaciones o condiciones que reflejan habilidades y estrategias de agencia personal y empoderamiento, en un continuo que va de 0 (dicha condición no aplica para la persona); del 1 al 3 se percibe poco empoderamiento para hacer frente a dicha situación y del 4 al 9 se perciben más posibilidades de hacer frente a las situaciones. El nivel de confiabilidad de los 47 reactivos de esta escala, de acuerdo con el Alpha de Cronbach es de $\alpha = 0.92$. Para esta escala se adaptaron y ajustaron algunos reactivos para la población objetivo.

RESULTADOS

En cuanto a las características generales de la población con la que se trabajó, se contemplaron como datos sociodemográficos importantes el sexo, el estado civil y la orientación sexual, que se pueden observar de manera gráfica en la tabla 1.

Tabla 1 Datos sociodemográficos de la muestra (N= 612)

Sociodemográficos		Frecuencia (%)
Sexo	Hombre	212 (35.6%)
	Mujer	384 (64.4%)
Estado civil	Soltera/o	547 (94.6)
	Casada/o	9 (1.6%)
	Unión libre	11 (1.9%)
Orientación sexual	Homosexual	33 (5.6%)
	Bisexual	44 (7.4%)
	Heterosexual	510 (86.3)

En la tabla 1 se observa que hubo un número mayor de participantes mujeres, representando el 64.4% en comparación con los hombres, cuyo porcentaje fue de 35.6%; en cuanto al estado civil es fácil apreciar que la gran mayoría (94.6%) son solteros, contra un 1.9% que viven en unión libre y 1.6% de casados; además, respecto a la orientación sexual un 86.3% reportó identificarse como heterosexual, un 7.4% como bisexual y un 5.6% como homosexual (en este ítem están consideradas las personas que se identificaron como gays y lesbianas).

En cuanto a la edad de inicio de la vida sexual, el 28.2% la inició a los 17 años, siendo el porcentaje más alto seguido de los 16 años con un 23.8%, los 15 años con un porcentaje del 15.1% y los 18 años con 14.6%.

Respecto al primer encuentro sexual, el 82.5% manifestó que lo tuvo con su pareja, el 14% con un amigo y sólo el 7% con un desconocido. Además, un 61.4% manifestó que ese primer encuentro fue planeado, y un 38.6% que no lo fue. De ellos, un 80.4% indicaron haber utilizado condón y sólo el 16.3% utilizó un método anticonceptivo diferente al preservativo. Cabe recalcar que un 97.8% de la población respondió que su primera relación sexual fue consensuada.

Para comprender la frecuencia del uso de preservativo tanto en práctica oral, vaginal y anal en cuanto al tipo de pareja, ya sea ocasional o regular, se realizó una tabla de frecuencias que nos indican dichas prácticas (*ver tabla 2*). En ella se puede observar que el uso de preservativo varía dependiendo del tipo de practica que se realiza y con el tipo de pareja con quien se tiene.

Se visualizan diferencias respecto al tipo de pareja y uso de preservativo de acuerdo con la práctica sexual que se realizó. En el sexo vaginal con pareja regular el 37.5% indicó haber usado condón todas las veces, contra un 9.2% que no lo usó; pero para la pareja ocasional los resultados no difirieron bastante, debido a que el 49.9% dijo no haberlo usado y el 35.1% respondió afirmativamente al uso de condón. Lo cual indica que los jóvenes tienden a no utilizar preservativo en penetración vaginal cuando se trata de una pareja ocasional.

En la penetración anal se observa que el 75% manifestó no usar condón al tratarse de su pareja regular y el 22.7% al tratarse de pareja ocasional; lo cual se complementa con los porcentajes que indican el uso de condón todas las veces en penetración anal, ya que en pareja regular fue un 10.4% contra un 40.9% con pareja ocasional. Esto se traduce en que hay una mayor negativa a usar preservativo con pareja regular en penetración anal, y que es más probable que sí se use al tratarse de una pareja ocasional.

Para las prácticas de sexo oral y masturbación, en general los porcentajes indicaron que, en ambos casos, tanto pareja regular como ocasional, tienden a no usar condón; en el caso de la practica oral el 65.2% (pareja regular) y 58%

(pareja ocasional) no usaron condón; y para la masturbación, el 80.4% (pareja regular) y el 89.1% (pareja ocasional) no usaron preservativo.

Los datos anteriores señalan que los jóvenes tuvieron mayor cuidado al usar preservativo en prácticas sexuales anales y vaginales en comparación con las prácticas de sexo oral y masturbación.

Tabla 2. Frecuencia del uso de condón según practica sexual y tipo de pareja.

	Práctica sexual							
	Penetración vaginal		Penetración anal		Sexo oral		Masturbación	
	PR	PO	PR	PO	PR	PO	PR	PO
Frecuencia								
Nunca	9.2	49.4	75.0	22.7	65.2	58.0	80.2	89.1
Casi nunca	13.5	0.6	6.6	13.6	14.8	21.0	8.7	3.8
Mitad de las veces	15.7	4.8	4.2	4.5	9.4	7.4	4.9	3.2
Mayoría de las veces	24.0	10.1	3.8	18.2	4.8	6.2	2.8	0.1
Todas las veces	37.5	35.1	10.4	40.9	5.8	7.4	3.1	3.8

Nota: PR= Pareja regular, PO= Pareja ocasional

Para conocer las correlaciones entre sexo y empoderamiento se utilizó r de Pearson, cuyos datos se pueden observar en la tabla 3 y 4. En cuanto al empoderamiento en los hombres, se encontraron correlaciones significativas

entre los indicadores de evitación de abusos, la agencia personal, asertividad, empoderamiento sexual y autocuidado-salud.

Específicamente en el empoderamiento sexual, se ve una correlación significativa con los indicadores de empoderamiento orientado a la evitación de abusos, la agencia personal, la asertividad y el autocuidado y la salud sexual.

Tabla 3 *Correlaciones de empoderamiento y sexo masculino*

Empoderamiento	Evitación de abusos	Agencia personal	Asertividad	Empoderamiento Sexual	Autocuidado - salud
Evitación de abusos		.339**	.400**	.327**	.592**
Agencia personal	.339**		.572**	.498**	.262**
Asertividad	.400**	.572**		.610**	.224**
Empoderamiento Sexual	.327**	.498**	.610**		.215**
Autocuidado-salud	.592**	.262**	.224**	.215**	

** $P= 0.01$

En cuanto al sexo masculino se observaron correlaciones significativas entre todos los componentes del empoderamiento, además, estos difieren en cuanto a las correlaciones del sexo femenino (ver tabla 4). Sin embargo, se obtuvo una desviación estándar, $SD=0.19$ $\eta^2= 1.62$, muy baja respecto a los indicadores de empoderamiento y el sexo masculino, lo cual indica que no hubo varianza suficiente entre los puntajes que obtuvieron los participantes del sexo masculino de acuerdo con las relaciones entre los cinco indicadores de empoderamiento.

Tabla 4 *Correlación de empoderamiento y sexo femenino*

Empoderamiento	Evitación de abusos	Agencia personal	Asertividad	Empoderamiento Sexual	Autocuidado-salud
Evitación de abusos		.475**	.365**	.420**	.587**
Agencia personal	.475**		.608**	.439**	.374**
Asertividad	.365**	.608**		.485**	.275**
Sexual	.420**	.439**	.485**		.276**
Autocuidado – salud	.587**	.374**	.275**	.276**	

** $P= 0.01$

En el caso del sexo femenino, también se encontraron correlaciones significativas entre los componentes del empoderamiento, pero no se obtuvo una varianza alta entre estos, lo que indica que los datos obtenidos por las participantes están muy cerca de la media, $SD=0.21$ $\eta^2= 1.66$.

Para visualizar de manera más detallada las relaciones entre sexos respecto al uso de condón se tomaron los datos obtenidos en cuanto al conocimiento del uso de condón (CUC) de ambos sexos en correlación de Pearson con los indicadores de empoderamiento ya antes mencionados: Evitación de abusos, agencia personal, asertividad, empoderamiento sexual y salud-autocuidado (*ver tabla 5*), y mediante un análisis de varianza se obtuvo una desviación estándar de $SD=1.69$, lo cual significa que los datos en cada indicador de empoderamiento son variables de acuerdo al sexo.

Tabla 5 *Correlación entre sexos y conocimiento de uso de condón*

Indicador de empoderamiento	Conocimiento sobre el uso de condón (CUC)	
	Hombres	Mujeres
Evitación de abusos	.93	.002
Agencia personal	.18	.005
Asertividad	.7	.016
Sexual	.89	.106
Autocuidado-salud	-.13	.039

Se puede observar que las puntuaciones entre sexos respecto a los conocimientos que tenían sobre el uso de condón son variantes respecto a los indicadores de empoderamiento, siendo las mujeres las que obtuvieron datos más bajos en las correlaciones. Específicamente se observan mayores diferencias entre el indicador de evitación de abusos y el de autocuidado-salud. En cuanto al empoderamiento sexual, se muestra que los hombres obtuvieron una $r=.89$ y las mujeres una $r=.106$, lo que nos permite argumentar que existe una correlación positiva entre el conocimiento del uso de condón de las mujeres y el empoderamiento sexual.

Respecto a las correlaciones entre los indicadores de empoderamiento y la frecuencia en el uso de condón, haya sido con pareja ocasional o regular, no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en cada indicador de las mujeres y de los hombres, cuya desviación estándar fue de cero, $SD=0.06$, ya que el promedio del coeficiente de correlación $r=0.04$, entre la frecuencia del uso de preservativo en las prácticas que se consideraron, que fueron penetración vaginal, anal y sexo oral; fueron de cero, incluso se obtuvieron correlaciones negativas. Esto nos indica que el uso de preservativo no se relaciona con la percepción de empoderamiento que manifestaron los participantes.

Para complementar el análisis de los factores de empoderamiento respecto al sexo, se realizó una prueba T para muestras independientes, en la que no se observaron diferencias significativas entre sexos, como se muestra en

la tabla 6, ya que las significancias bilaterales fueron $p = >0.05$, por tanto, la hipótesis alterna se rechaza en cuanto a las diferencias entre sexos.

Tabla 6 Comparación de medias de empoderamiento respecto al sexo.

Empoderamiento	<i>T</i>	<i>Gl</i>	<i>Sig. bilateral</i>
Evitación de abusos	-.174	560	.862
Agencia personal	1.521	560	.129
Asertividad	.313	560	.755
Sexual	1.752	560	.080
Autocuidado	-.706	548	.480

Nota: t= estadístico t de Student; gl = grados de libertad.

Sin embargo, los resultados del ANOVA entre grupos unifactorial univariado, señalan que existen diferencias significativas entre las carreras, estas diferencias fueron visibles inter-grupos e intra-grupos, respecto a las medias cuadráticas obtenidas entre estos con respecto a las variables de empoderamiento, a excepción del empoderamiento, el resto de las variables obtuvo una significancia de $p < 0.05$, como se puede observar en la tabla 7.

Tabla 7 Comparación entre carreras sobre la variable de empoderamiento.

Variable	<i>MC</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>Inter-grupo</i>	<i>Intra-grupo</i>		
<i>Empoderamiento en evitación de abusos</i>	5.405	1.935	2.794	.017
<i>Empoderamiento en agencia personal</i>	2.191	.904	2.424	.034
<i>Empoderamiento en asertividad</i>	2.139	7.54	2.837	.015
<i>Empoderamiento sexual</i>	.924	.761	1.214	.301
<i>Empoderamiento en autocuidado</i>	14.704	3.597	4.087	.001

Nota: MC= media cuadrática.

El análisis de las diferencias de medias mediante la prueba de Tukey señala que todos los grupos de carrera respecto al empoderamiento difieren

entre sí. En cuanto al indicador de empoderamiento de autocuidado, la carrera de enfermería obtuvo la puntuación media más alta y difiere de forma estadísticamente significativa con la carrera de odontología ($p < .001$), siendo la carrera de odontología la que obtuvo los puntajes más bajos en cuanto al empoderamiento en el indicador de autocuidado.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El empoderamiento es un constructo social que ha sido poco estudiado en el área del comportamiento humano en relación con el componente de la sexualidad, por lo que esta investigación pretende, más allá de generar datos, conciencia sobre la importancia que tiene el estudio del empoderamiento sexual en la psicología para crear programas que permitan orientar y educar a los jóvenes universitarios en sexualidad integral con el objetivo de no solo evitar conductas de riesgo que lleven a los jóvenes a contraer infecciones y tener embarazos no deseados que afecten en su vida académica, sino que fomente una noción de la sexualidad más allá de la reproductividad, que contemple el autoconcepto, la afectividad y el erotismo, para que los universitarios adquieran las herramientas con las cuales puedan tomar las decisiones correctas que les permitan llevar a cabo una vida sexual plena y saludable.

En este sentido, la población con la que se trabajó es una población vulnerable, coincidiendo con el INEGI (2015), las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados, son de las principales problemáticas que atañen a los jóvenes de entre 15 y 24, factores que repercuten en su salud sexual; es por ello que, al trabajar con jóvenes de primer ingreso, se tiene en cuenta que son vulnerables ya que en promedio se trabajó con estudiantes universitarios de entre 19 y 25 años.

En esta investigación, se observó que existe una relación entre los indicadores de empoderamiento y el uso correcto de preservativo, aunque en no todos sus indicadores. Esto se relaciona con el trabajo realizado por Casique (2016) quien encontró que existe una relación significativa entre los niveles de empoderamiento y las actitudes de los jóvenes respecto al autocuidado, salud sexual y toma de decisiones, en específico al decidir utilizar preservativo en sus encuentros sexuales.

Partiendo de este panorama general, en cuanto al empoderamiento, hubo relaciones significativas tanto de hombres como mujeres, respecto a los indicadores de empoderamiento que fueron la evitación de abusos, la agencia personal, la asertividad, el empoderamiento sexual y el autocuidado-salud, sin embargo, esas relaciones no fueron las mismas para ambos sexos, ya que los

puntajes de relación para cada sexo fue variada; lo cual puede explicarse desde lo que plantean Ariza y De Oliveira (2008), respecto a que las mujeres y los hombres conciben su salud sexual de maneras significativamente diferentes, debido a las desigualdades de sexo y género.

Sin embargo, las diferencias entre sexos respecto al empoderamiento como tal, no fueron significativas, concluyendo que sí existen diferencias entre los sexos respecto a los indicadores de empoderamiento pero están muy a la par, por tanto, al rechazar la hipótesis alterna cuya premisa aducía a una relación estadísticamente significativa entre la percepción de empoderamiento y el uso correcto de condón diferencial por sexos, queda asentado que tanto hombres como mujeres se perciben empoderados respecto a sus diferentes indicadores y que éste empoderamiento permea su toma de decisiones orientadas hacia prácticas de autocuidado y salud sexual, pero que también pueden percibirse no empoderados en algunos otros indicadores, lo cual los llevará a la toma de decisiones que pueda poner en riesgo su salud sexual y reproductiva; estos datos coinciden con la Encuesta de Noviazgo , Empoderamiento y Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes Estudiantes de Preparatoria en México (ENESSAEP, 2014), que obtuvo como resultado que a mayor nivel de empoderamiento, los jóvenes muestra una actitud favorable a la correcta utilización de condón en sus prácticas sexuales.

La ENESSAEP (2014), encuesta de empoderamiento, únicamente contemplaba la práctica vaginal para relacionar al empoderamiento con el uso correcto de condón, sin embargo, en este estudio se observó que la práctica de penetración anal obtuvo un menor uso de condón, con un 74% de jóvenes que manifestaron no utilizarlo al tratarse de una pareja regular; esto coincide con Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt (2013), quienes sostienen que los jóvenes de entre 15 y 19 años tienden a iniciar su vida sexual a menor edad y sin uso de preservativo, lo cual trae como consecuencia la prevalencia de contagios de ITS, en las que está incluido el VIH/SIA. Recordando que el sexo anal sin protección es un factor de riesgo exponencial para contraer infecciones.

No obstante, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las carreras respecto al empoderamiento y en todos los indicadores de éste,

por ejemplo, la carrera de enfermería difirió mayoritariamente con la carrera de odontología respecto al indicador de autocuidado, siendo la carrera de odontología la que obtuvo los puntajes más bajos en la percepción de empoderamiento encaminada a prácticas de autocuidado; esto se puede analizar desde lo que plantean Facundo y Vásquez (2008) y Salguero y Marco (2014) respecto a que los estudiantes a pesar de contar con información respecto al uso de preservativo y prevención de riesgos en su vida sexual, esta se da en años previos a la educación superior en la que no se cuenta con un curso o asignaturas con valor curricular que siga promoviendo la prevención pero desde un enfoque más abierto y no únicamente centrado en la parte biológica de la sexualidad sino en todos sus componentes, contemplando la afectividad, el erotismo y la diversidad en prácticas sexuales seguras.

Otra discrepancia se observa en cuanto a la edad de inicio de la vida sexual de los jóvenes, cuyo promedio fue de 17 años, lo cual coincide con el estudio realizado por Chávez, Petrezelová y Zapata (2009), en el cual los jóvenes a pesar de indicar que la edad adecuada para iniciar su vida sexual era entre los 18 y los 20 años, el 63% reportó haber iniciado su vida sexual antes de los 18 años. Lo que coloca a la población con la que se estudió en un panorama general de temprana edad de inicio de la vida sexual en México. Dicho panorama está directamente relacionado a los riesgos en prevención de embarazos no planeados por parte de adolescentes y jóvenes de entre 15 y 19 años, así como el contraer infecciones de transmisión sexual o tener conductas de riesgo en las que puedan sufrir abusos; ya que como lo menciona Sánchez y De Luna (2015) las conductas de riesgo de los jóvenes respecto a las prácticas sexuales están asociadas al consumo de alcohol y sustancias nocivas para la salud, habiendo una discrepancia entre lo que los jóvenes conocen y consideran que es adecuado y las conductas de riesgo que siguen manteniendo, ya que mencionan que cuentan con información asociada a la prevención de infecciones y de embarazos, y sin embargo, siguen exponiéndose.

En otros aspectos, el empoderamiento femenino se ha estudiado y debatido desde posturas feministas y sociales, las que rescatan puntos importantes relacionados a la sexualidad de las mujeres, como lo son el trabajo sexual o la sexualización del cuerpo femenino, sin embargo, no se ha estudiado al empoderamiento sexual en sus componentes relacionados específicamente a un ejercicio de una vida sexual saludable encaminada al autocuidado, como lo es el uso de preservativo en sus prácticas sexuales. Ya que como lo mencionan Murnen y Smolak (2012), es necesario que las niñas y las mujeres tengan poder sexual, pero se cuestionan si este empoderamiento se puede lograr en un contexto que sexualiza sus cuerpos para el consumo masculino; y en este estudio se analizó que el empoderamiento, al ser un constructo social, es relativo y por tanto una sola conducta que pueda tener una mujer no determina que está empoderada sexualmente, más bien son un conjunto de estas conductas las que pueden permitir que estas mujeres se perciban empoderadas en algunos ámbitos de sus vidas y no empoderadas en otros; esto se debe a que el empoderamiento es un proceso no lineal ni unifactorial.

Es importante mencionar que a pesar de que el empoderamiento femenino se ha analizado durante décadas, todavía no se cuenta con programas que informen sobre el mismo y cómo es que puede impactar en los demás ámbitos de la vida de una persona, y mucho menos que orienten a las mujeres hacia un ejercicio de empoderamiento sexual que contemple desde su autocuidado hasta su erotismo y su placer. Y si esto pasa con el empoderamiento sexual femenino, no es sorpresa que el empoderamiento sexual masculino no se aborde, y esto tiene que ver con una serie de factores que tienen que ver desde, como lo mencionan Silva y Loreto (2011), la construcción diferencial de las personas de acuerdo a su sexo, hasta el dar por hecho que los hombres no necesitan empoderarse sexualmente ya que ellos conocen su sexualidad y que además tienen prácticas sexuales saludables y una vida sexual sana en general.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Este estudio tuvo como alcance indagar de manera específica la relación que existe entre la percepción de empoderamiento de los jóvenes universitarios de primer ingreso en cinco de sus componentes: Agencia personal, evitación de abusos, autocuidado-salud, sexual y asertividad y el uso correcto de preservativo en sus prácticas sexuales que incluyeran penetración vaginal, penetración anal, sexo oral y masturbación.

Además, se analizó si es que el sexo de los participantes era un factor que interfiriera con los resultados de las correlaciones entre la percepción del empoderamiento y el uso correcto de preservativo, así como si entre las carreras a las cuales pertenecen estos participantes se encontraron diferencias significativas que permitieran concluir si es que los estudiantes de cierta carrera se percibían más empoderados que los de otra.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran el no tener un lugar específico para aplicar la batería de pruebas, ya que a los participantes se les buscaba hasta su aula de clases y en ocasiones no se lograban localizar, además de que no se contaba con un horario específico, lo que repercutía en el tiempo con el que contaban los participantes para responder el instrumento.

Al ser de corte cuantitativo, se sugiere para futuras investigaciones realizar estudios de casos que permitan recopilar información más detallada de cómo es que se da el proceso de empoderamiento de los jóvenes universitarios respecto a su sexualidad y cómo este ha repercutido en otros ámbitos de su vida como pudiera ser el profesional, laboral o familiar.

También sería interesante que en futuros estudios de contemple trabajar con una población a largo plazo en la que se implemente un programa de intervención enfocado al empoderamiento sexual y si es que se observan diferencias positivas entre la prueba inicial y la prueba final post intervención

REFERENCIAS

- Ariza, M. y De Oliveira, O. (2005). Género, clase y concepciones sobre la sexualidad en México. En S. Lerner (Ed). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (pp.11-46). México: El colegio de México.
- ATOL (2002), L'AURA. L'auto-renforcement accompagné, Guide d'accompagnement. Leuven: ATOL.
- Baca, T. N., Román, R. D., Ronzón, H. Z., y Murguía, S. V. (2018). Juventudes, género y salud sexual y reproductiva. Realidades, expectativas y retos. Barcelona, España: Gedisa.
- Banda, C. A. L., y Morales, Z. M. A. (2015). Empoderamiento psicológico: n modelo sistémico con componentes individuales y comunitarios. *Revista de Psicología*. Vol. 33 (1), 3,20.
Recuperado de:
- Bastias, A. E. M. (2014). Una revisión de los estilos de vida de los estudiantes universitarios iberoamericanos. *Revista Ciencia y Enfermería*, Vol. 20 (2), 93-101. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n2/art_10.pdf
- Barriga, J. S. (2013). La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. *Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, (12), 91-111. Recuperado de: <https://revistascientificas.us.es/index.php/anduli/article/view/3637>
- Caballero, B. M., Camargo, F. F., y Zurany. C. B. Practicas inadecuadas del uso de condón y factores asociados en estudiantes universitarios. *Universidad Industrial de Santander*. Vol. 43(3), 257-262
- Cáceres, C. F., Talavera, V. A., y Reynoso, R. M. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Vol. 30: (4), 698-704.
Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a26v30n4.pdf>

- Campero, C. L., Atienzo, E. E., Suárez, L. L., Hernández, P. B., y Villalobos, H. A. (2013). Salud Sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 299, 307. Recuperado de: https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf
- Cano, I. T. A. y Arroyave, A. O. (2014). Procesos de empoderamiento de mujeres: subjetivación y transformaciones en las relaciones de poder. *Revista Virtual Católica del Norte*, 42, 94-110. Recuperado de: <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/497/1047>
- Casique, I. (2010). Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. *Revista de Sociología*, Vol. 72(1), 37-71. Recuperado de
- Casique, I. (2016). Dimensiones entrelazadas: empoderamiento y actitudes de los adolescentes mexicanos respecto al uso del condón masculino. *Revista Latinoamericana de Población*. Vol. 10(19), 149-168. Recuperado de <http://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/42>
- Centro nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, CENSIIDA (2010). Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. México: Autor.
- Chávez, M., Petzelová, J., y Zapata, J. (2009). Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Vol. 14 (1), 137-151. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29214110.pdf>
- Collignon, G. M. (2011). Discursos sociales sobre la sexualidad: narrativas sobre la diversidad sexual y prácticas de resistencia. *Comunicación y Sociedad*, 133-160.
- Comisión de Mujeres y Desarrollo. (2007). El proceso de empoderamiento de las mujeres. Guía metodológica.
- Delgado, P. D., Zapata, M. E., Martínez, C. B., y Alberti, M. P. (2010)- Identidad y empoderamiento de mujeres en un proyecto de capacitación. *Revista Ra Ximhai*, Vol. 6(3), 453-467.

- Eguiluz, L. (2014). Entendiendo a la pareja: Marcos teóricos para el trabajo terapéutico. Editorial Pax: México.
- Fernández, R. M del C., y Vázquez, C. F. (2013). En torno al rechazo, salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales. *Reista Griot. Vol. 6: (1)*, 44-65.
Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318519/>
- Focault, M. (2013). Historia de la sexualidad 3. La inquietud de sí. México: Siglo XXI.
- Gavey, N. (2012). Beyond “empowerment”? Sexuality in a sexist world. *Sex Roles, Vol. 66*, 718-724. Recuperado de:
- Giraldo, L. C. I. (2013). Cibercuerpos: los jóvenes y la sexualidad en la posmodernidad. (67 párrafos). *Revista electrónica actualidades investigativas en educación. Vol. 13: (1)*, 1-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/447/44725654006.pdf>
- Gorguet, P. I. C. (2008). *Comportamiento sexual humano*. Cuba: Editorial Oriente. Pp. 17,125.
- Hernández, S. R. C., Fernández, C.C., y Baptista, L. P. (1991). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2015). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015, México, INEGI. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf
- Lagarde, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. (5ª Edición). México: Coordinación General de Estudios de Posgrado, UNAM.
- Lamb, S. y Peterson, Z. D. (2011). Adolescent girls’ sexual empowerment: two feminists explore the concept. *Sex roles, Vol. 66*, 703-712

- Mendés-leite, R. (2016). Introducción a la obra de Jeffrey Weeks: Deconstruir la historia sociológica, cultural y política de las sexualidades y de la vida íntima. *Revista Sociología Histórica*, Vol. 6, 347-388
- Méndez, A. I. (2017). "Focault, Michael (1998) Historia de la sexualidad (tres volúmenes)". *Quórum Académico*, Vol. 14(1), 185-188.
- Murnen, S. K., y Smolak, L. (2012). Social considerations related to adolescent girl's sexual empowerment: a response to Lamb and Peterson. *Sex roles*. (66), 725-735.
- Olivera, D. A. (2015). Educación sexual integral para formadores. Córdoba: Brujas. 11-112
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/
- OMS (2012). *Estrategias y métodos de laboratorio para reforzar la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/es/>
- Peixoto, C. J. M., Fonseca, L., Almeida, S., y Almeida, L. (2012). Escuela y diversidad sexual ¿Qué realidad? *Educación en Revista*. Vol. 28: (3), 143-158. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/edur/v28n3/a07v28n03.pdf>
- Peterson, Z. D. (2010). What is sexual empowerment? A multidimensional and process-oriented approach to adolescent girls' sexual empowerment. *Sex roles*, Vol. 62, 307-313.

- Rivas, F. D., y Ortiz, O. A. (2013). Situación actual de la salud sexual y reproductiva de los hombres privados de libertad del Centro de Atención Institucional de San José. *Revista electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*, 2), 1-15. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44829445009>
- Robles, M. S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., y Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 14(4), 317-333
- Robles, M. S.S., Rodríguez, C. M., Frías, A. B., y Moreno, R. D. (2014) Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, Vol. 25(2), 244-258.
- Rojas, R., Castro, F., Villalobos, A., Allen-Leigh, B., Romero, M., Braverman-Bronstein, A. y Uribe, P. (2017). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integridad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública de México*, Vol. 59(1), 19-27. Recuperado de:
- Rowlands, J. (1997). Questioning empowerment: working with women in Honduras. Oxford: Oxfam Publications.
- Salguero, V. M. A., y Marco, M. M. J. (2014). Reflexiones sobre sexualidad, reproducción y paternidad en estudiantes universitarios en México. *Gazeta de Antropología*. Vol. 30(3), 1,13.
- Sánchez, O. A. R. (2009). Cuerpo y sexualidad, un derecho: avatares para su construcción en la diversidad sexual. *Revista Sociológica*. (69), 101-122. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v24n69/v24n69a6.pdf>
- Sánchez, M. R., Enríquez, N. D. J y Robles, M. S. S. (2016). Evaluación de un programa de intervención para promover la salud sexual en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Acta colombiana de psicología*, Vol. 19(2), 257-268. Recuperado de
- Silva, C., y Martínez, M. (2011). Empoderamiento: Proceso, Nivel y Contexto. *Psykhé*, 13(2). Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/172>

- Silva, N. B., Spindola, T., Araujo, R. P., Almeida, R. R., Santos, C. R., y Sampaio, T. R. (2018). El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. *Revista Enfermería Global*. Vol. 17(49), 237-247
- Secretaria de Salud de la Ciudad de México (2014). Por mí, por ti, por todos: información vital para la salud sexual. 3ª edición, 2-17.
- Tena, O. (2013). Empoderamiento femenino y liderazgo. En M. Castañeda (Coord.), *Perspectivas feministas para fortalecer los liderazgos de mujeres jóvenes* (pp. 343-360). México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Trejo, P. F., y Díaz-Loving, R. (2013). En torno a la sexualidad: actitudes y orientación socosexual en una muestra mexicana. *Revista de Psicología Iberoamericana*, Vol. 21(1), 7-15
- Trueba, L. J. L. (2008). *Historia de la sexualidad en México*. México: Grijalbo
- Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X., y Villareal, L. (2012). Percepciones sobre el uso de condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Vol.10(1), 481-494
- Uribe, A. J. I., Andrade, P. P., Zacarías, S. X., y Betancourt, O. D. (2013) Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, Vol. 15(2), 75-95
- Villa, P. M. T., y Carranza, M. J. (2017) Conocimiento del uso correcto del condón masculino en alumnos de preparatoria de una población indígena del Estado de Michoacán. *Medicina Interna México*, Vol. 33(5), 580-604

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez-Gayou, J. (2007). Educación de la sexualidad: ¿en la casa o en la escuela? Los géneros, la escuela y la educación profesional de la sexualidad. México: Paidós.
- Bastias, A. E. M., y Stieповich, B. J. (2014). Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios. *Ciencia y enfermería*, Vol. 20(2), 93-101.
- García, J. R. (2015). Placer y orgasmos en mujeres jóvenes. Construcción de sus significados. México: Universidad Pedagógica Nacional, 9-11.
- Jaídar, M. I. (2001). Sexualidad: símbolos, imágenes y discursos. México: UAM, Xochimilco.
- López, N., Vera, L., y Orozco, L. C. (2001). Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Colombia Medica*, Vol. 32(1), 32-40.
- Moral de la Rubia, J. (2011). Orientación sexual en adolescentes y jóvenes mexicanos de 12 a 29 años. *Psicología desde el Caribe*. (27), 112-135.
- Navarro, B. B., Ros, S. J., Latorre, P. J. M., Escribano, V. J. C., López, H. V., y Romero, M. M. (2010). Hábitos, preferencias y satisfacción sexual en estudiantes universitarios. *Revista clínica de medicina familiar*. Vol. 3(3), 150-157.
- Yela, C. (2000). Predictors o fans factors related to loving and sexual satisfacción for men and women. *European review of applieed psychology*. 42, 235-242