



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

“IMPLICACIÓN AFECTIVA Y USO DEL CONDÓN EN LAS
RELACIONES DE PAREJA DE LOS ADOLESCENTES”

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
NORMA ANGÉLICA AVILÉS LÓPEZ

DIRECTORA:
DRA. SILVIA SUSANA ROBLES MONTIJO

SINODALES:
LIC. IRMA BEATRIZ FRÍAS ARROYO
LIC. MARTHA RODRÍGUEZ CERVANTES



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Siempre antes de realizar un sueño,
el alma del Mundo decide comprobar
todo aquello que fue aprendido
durante el recorrido del camino.*

*Hace esto no porque sea mala,
sino para que podamos ,
junto con nuestro sueño,
conquistar también las
lecciones que aprendíamos
mientras íbamos hacia él .*

(El Alquímista, Paulo Coelho, 2002)

AGRADECIMIENTOS

UNAM:

Por brindarme la oportunidad de pertenecer a la Máxima Casa de Estudios y dejarme ser parte de un espacio único e inigualable donde experimenté la mejor etapa de mi vida, rodeada de sabiduría y de seres extraordinarios de los cuales siempre tendré algo que aprender. Gracias por contribuir con mi desarrollo profesional y personal.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPITA) agradezco, el apoyo durante mi formación profesional y la oportunidad de poder aportar con un proyecto más a la investigación.

A DIOS por rodearme de todas y cada una de las personas admirables que han contribuido con uno de los proyectos más importantes en mi vida

A mis padres:

Los seres más maravillosos, fuente de inspiración y ejemplo para mí, les agradezco haberme dado la vida, rodearme de amor y sobre todo por ser mi ejemplo de lucha a seguir. El resultado de cada uno de sus esfuerzos y sacrificios comienza a dar frutos, éste es uno de ellos.

Gracias ¡¡¡los amo!!!

A mis hermanos Por el apoyo dado, por cada una de las experiencias de vida que me brindan día con día, porque aunque no lo crean siempre he aprendido de ustedes a luchar por lo que deseo, defender mis ideales, a caerme y levantarme con mayor fuerza. Esto es por ustedes y para ustedes, porque me siento orgullosa de ser su hermana.

A los pilares de mi formación profesional:

Susana Robles: Por todas y cada una de las oportunidades brindadas. Por enseñarme que el resultado de la dedicación y constancia son las llaves del éxito. Por la paciencia, dedicación y llamadas de atención que hacen de mí una persona diferente, capaz de crear un cambio positivo en la vida. *Gracias.*

Beta Frías: Por ser la mejor amiga, profesora, consejera y estar en los momentos más difíciles, por no dejar de creer en mí, y sobre todo por enseñarme a abrir nuevas puertas cuando creía que todas se habían cerrado. Sin duda tengo que agradecerle a Dios por encontrarme en el camino a un ser tan maravilloso como tú.

Martha Cervantes: Agradezco infinitamente los comentarios tan atinados llenos de honestidad, y franqueza. Por devolverme los pies a la tierra y enseñarme que hay que luchar y trabajar por lo que quiero.

Rodolfo Barroso: Por las verdades y las discusiones tan acaloradas acerca del amor, que indiscutiblemente fueron ejemplos para entender amablemente este trabajo y una lección de vida para tomar una decisión muy importante, gracias por cada uno de los días llenos de sonrisas.

A mis amigos: Por acompañarme en los momentos felices y difíciles de esta etapa, bien saben que con ello cierro un ciclo e inicio otro, llevándome en mi corazón las enseñanzas que cada uno me ha dejado.

*Agradezco infinitamente a **Alejandro** por enseñarme a amar y tener pasión por la vida, a **Saira** por el entusiasmo y cada momento de desvelos, sonrisas y conversaciones eternas, a **Ana Carmen** (Vianey) por mostrarme lo que es ser perseverante y lo maravillosos que es dar la vida a un ser humano, a **Claudia** por su fortaleza, a mi terapeuta favorita: **Gaby** por la madurez que refleja cada uno de los consejos brindados, y finalmente **Igor** porque ahora sé que cada logro en la vida se vive y se disfruta ¡¡¡a millón a millón!!!*

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| | |
| CAPITULO I. ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD | 5 |
| 1.1 El periodo de la adolescencia..... | 5 |
| 1.1.1 Físico..... | 7 |
| 1.1.2 Sociales..... | 8 |
| 1.1.3 Psicológicos..... | 8 |
| 1.2 Problemas de salud sexual en los adolescentes..... | 10 |
| 1.2.1 Embarazo no deseado..... | 10 |
| 1.2.2 Aborto..... | 12 |
| 1.2.3 Infecciones de Transmisión Sexual..... | 14 |
| 1.2.3.1 Tipos de Transmisión sexual..... | 14 |
| | |
| CAPITULO II. VIH/SIDA | 19 |
| 2.1 Epidemiología del VIH/SIDA en el mundo..... | 19 |
| 2.2 Epidemiología en México..... | 20 |
| 2.3 Historia del VIH/SIDA..... | 21 |
| 2.4 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)..... | 22 |
| 2.4.1 Reproducción e infección por VIH..... | 23 |
| 2.5 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)..... | 24 |
| 2.5.1 Evolución de la enfermedad..... | 25 |
| 2.6 Vías de transmisión..... | 27 |
| 2.7 Prevención..... | 28 |
| 2.8 El condón masculino: una herramienta eficaz contra el VIH/SIDA..... | 29 |
| 2.8.1 Práctica sexual y tipos de condones..... | 29 |
| 2.8.2 Uso del condón..... | 32 |
| | |
| CAPITULO III. RELACIÓN DE PAREJA Y USO DEL CONDÓN EN ADOLESCENTES | 35 |
| 3.1 La relación de pareja en los adolescentes..... | 36 |
| 3.2 Características de iniciación en la actividad sexual de los adolescentes..... | 40 |
| 3.3 Investigaciones sobre uso del condón y relaciones de pareja de los adolescentes..... | 44 |
| | |
| CAPÍTULO IV. REPORTE DE INVESTIGACIÓN | 48 |
| Planteamiento del problema..... | 49 |
| Objetivo general..... | 52 |
| Objetivos específicos..... | 52 |
| MÉTODO | 53 |
| Participantes..... | 53 |
| Tipo de estudio..... | 53 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| Variables..... | 53 |
| Instrumentos de evaluación..... | 55 |
| Medidas de las variables..... | 56 |
| Procedimiento..... | 57 |
| RESULTADOS..... | 58 |
| DISCUSIÓN..... | 66 |
| CONCLUSIONES..... | 70 |
| REFERENCIAS..... | 71 |
| ANEXOS..... | 80 |

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el nivel de implicación emocional en el que se encuentran adolescentes de secundaria y preparatoria y su relación con el uso del condón, determinando las diferencias por sexo y nivel de escolaridad. Se aplicó un cuestionario a 586 estudiantes de nivel secundaria y preparatoria, de los cuales se seleccionaron a 141 que cumplieron con el criterio de inclusión (ser sexualmente activos), 63 fueron mujeres y 78 hombres, ambos con una edad promedio de 16.1 años. Las variables evaluadas fueron 1) Nivel de implicación emocional, que incluyó la evaluación de 5 etapas de acercamiento de la relación de pareja (atracción física, amor romántico, amor pasional, negociación de la relación y compromiso); y 2) Consistencia en el uso del condón. Los resultados muestran que las mujeres y los estudiantes de preparatoria obtuvieron una puntuación mayor que los hombres y los estudiantes de secundaria en la etapa de romance. El uso consistente de protección se relacionó únicamente con la etapa de amor pasional. Los datos se discuten en términos de la importancia de considerar, en el diseño de programas de prevención de embarazos no deseados y de ITS/VIH/SIDA, la implicación emocional de la relación de pareja de los adolescentes y su vínculo con comportamientos sexuales preventivos.

Palabras Clave: Atracción física, romance, adolescentes, uso del condón, VIH/SIDA.

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess the level of emotional involvement that are in middle school and high school teenagers and their relationship to condom use, identifying the differences by gender and education level. A questionnaire was applied to 586 students in middle school and high school level; 141 students who met the inclusion criteria (to be sexually active) were selected, 63 were women and 78 were men, both with an average age of 16.1 years old. The variables assessed were: 1) level of emotional involvement, that included physical attraction, romantic love, passionate love, negotiation of the relationship and commitment; and 2) pattern of sexual behavior. The results showed that women and high school students earned a higher score than men in the stage of romance. The use of protection was related only to the phase of passionate love. The data are discussed in terms of the importance of considering, in designing programs to prevent unwanted pregnancies and STD / HIV / AIDS, the emotional involvement of the couple relationship of adolescents and their link to sexual behavior prevention.

Key words: Physical attraction, romance, adolescents, condom use, HIV/AIDS.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha causado gran impacto social por ser una enfermedad incurable, progresiva y mortal (Torres, Alfaro y Díaz, 1999; citado en Díaz-Loving y Torres, 1999); este síndrome causado por la infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual ocasiona debilitamiento progresivo en el sistema inmunitario (Roa, 2002), se transmite de tres formas: 1) por el contacto directo con sangre contaminada, 2) vía perinatal (de la madre al feto) y 3) vía sexual (tener relaciones sexuales que implican un intercambio de fluidos o secreciones genitales y que algún miembro de la pareja se encuentra infectado) (Brannon y Feist, 2001), esta última vía es la más frecuente de transmisión con el 92.2% de los casos acumulados por infección con VIH (CENSIDA, 2008).

En México el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA, 2008) reporta, que hasta junio del 2008, hay un total de 121,718 casos acumulados, de estos el 78.7 % (es decir 83.880 personas) son mayores de 15 años y sólo el 2% son menores de 15 años, no obstante aludiendo al proceso del desarrollo del SIDA, cabe señalar que el tiempo que transcurre entre la adquisición del VIH y el desarrollo del SIDA es de al menos 10 años (Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos, 2003), por lo que es razonable suponer que una buena proporción de los casos mayores de 15 años con VIH, pudieron haber sido infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana durante *el periodo de la adolescencia* (Rasmussen, Hidalgo, Alfaro, 2003).

A pesar de la gran cantidad de información y estudios realizados entorno a la salud sexual, los adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, independientemente de su preferencia u orientación sexual, siguen practicando conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección por VIH (Piña, 2004) lo cual implica que la práctica del sexo no protegido, sigue siendo un factor de riesgo importante para adquirir el VIH (Rasmussen et al., 2003). Al respecto las medidas más recomendadas para evitar o disminuir el riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, son: abstinencia

INTRODUCCIÓN

sexual, relación monógama, en donde ambos miembros de la pareja estén sanos, “sexo seguro” cuando el intercambio de secreciones como sangre, semen y fluidos es nulo (besos secos, abrazos, masturbación mutua) y sexo protegido (besos húmedos, coito con uso del condón o preservativo) (Martínez, Villaseñor y Celis, 2002).

Lo anterior resalta la importancia de la protección en las relaciones sexuales, es decir la práctica del *sexo protegido*, siendo la medida más eficaz el uso del condón (Villaseñor et al., 2003; Caballero y Villaseñor, 2001), el cual es una estrategia primaria de prevención, siempre y cuando el uso de éste sea correcto y consistente, puesto que protege de 90 a 95% el riesgo de adquirir una ITS, incluyendo el VIH/SIDA (Martínez et al., 2001; Gebhardt, Kuyper, & Greunsvan; 2003; Villaseñor et al., 2003). Sin embargo la práctica del sexo no protegido sigue siendo el factor de riesgo más importante para adquirir el VIH/SIDA (Martínez et al., 2002), precedida de otras conductas como el uso de agujas compartidas y tener múltiples parejas sexuales de las cuales no se conoce su historia sexual (Villaseñor et al., 2003). Este último aspecto se ha vuelto un foco de atención dentro del contexto de estudio en torno a la prevención de VIH/ SIDA, ya que uno de los factores que se han asociado con el uso de protección es el tipo de pareja, pues al parecer dicho factor juega un papel primordial dentro de las posibles respuestas al por qué de la inconsistencia del uso del condón.

En este sentido se han realizado investigaciones (Fortenberry, Tu, Harezlak & Orr, 2002; Gebhardt et al., 2003; Plichta, Wesman, Nathanson, Ensminger y Robinson, 1992) que evalúan la relación del uso del condón y el tipo de pareja, demostrando que particularmente en el caso de los jóvenes cuando tienen una nueva pareja es más probable que usen el condón, pero al percibirla como estable, la frecuencia de su uso decremanta considerablemente (Bayés, Pastells y Tuldrá, 1996; Fortenberry et al., 2002; Plichta et al., 1992), asimismo el uso del condón es más frecuente con la pareja ocasional que con la estable (Fortenberry et al., 2002; Laurie y Green, 2000). Otro de los factores asociados al uso del condón son los motivos que se tiene para tener sexo, de tal manera que quienes usan condón con mayor frecuencia son quienes tienen sexo por complacer a otros

INTRODUCCIÓN

o por placer, a diferencia de los que lo hacen por expresar amor, dado que tienen un mayor grado de intimidad con la pareja y una inconsistencia del uso del condón (Gebhardt, et al., 2003).

Lo citado hasta el momento ha sido justificado en torno al papel que juega la implicación emocional, dado que las características de una relación como la temporalidad, la intimidad, la confianza mutua y la fidelidad, son elementos dentro de la relación de pareja que influyen considerablemente en cuanto al uso consistente del condón (Bayés et al., 1996; Fortenberry *et al.*, 2002; Gebhardt et al., 2003). No obstante estos estudios sólo se enfocan a evaluar el vínculo afectivo o el grado de intimidad con la pareja, limitándose a los motivos para tener sexo y el tipo de pareja; sin tomar en cuenta que la relación de pareja es más compleja de lo que parece, ya que existe un dinamismo constante donde se expresan sentimientos y conductas (Díaz-Loving, Sánchez Aragón, 2002) los cuales pueden ser entendidos a través del modelo propuesto por Díaz-Loving (1999) sobre el patrón de acercamiento-alejamiento de la relación de pareja en el que se puede establecer y categorizar el tipo de relación e información que los miembros de la pareja están atendiendo y procesando. Con base en este modelo se puede tener una evaluación más precisa del nivel o vínculo afectivo y del grado de intimidad en la pareja, asociándolo con el uso consistente del condón.

Ante este planteamiento el presente trabajo tuvo por objetivo identificar y evaluar las etapas de acercamiento de la relación de pareja en las que se encuentran los adolescentes y su relación con el uso del condón determinando las diferencias por sexo y nivel de escolaridad. Este estudio constituye un reporte de investigación que forma parte de un proyecto general titulado “Programa de intervención para postergar la edad del debut sexual en los adolescentes”².

El trabajo se conforma de tres capítulos y el reporte de investigación; en el primero se aborda el desarrollo físico, social y psicológico del adolescente, así como los problemas de salud sexual a los que está expuesto el adolescente; el segundo capítulo está dedicado a uno de los principales problemas de salud

² Proyecto financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), con número de registro IN303306

INTRODUCCIÓN

sexual en los adolescentes el VIH/ SIDA y una de las opciones para prevenirlo: “el condón”; en el tercer capítulo se describen algunos estudios referentes a la implicación emocional y se explica el modelo de Patrón de acercamiento alejamiento de la relación de pareja desarrollado por Díaz- Loving (1999).

Enseguida se presenta el reporte de investigación en el cual se describe el objetivo general y los objetivos específicos de este trabajo; así mismo, se describe la metodología empleada para la realización de dicho trabajo, al término de ésta se muestran los resultados obtenidos y con base en ellos se discuten los hallazgos encontrados en torno a la importancia de evaluar la implicación emocional su relación con el uso de protección, principalmente el uso del condón, dentro de los programas enfocados a la salud sexual de los adolescentes. Finalmente se propone generar estrategias de intervención que involucren aspectos emocionales relacionados con el desarrollo y disolución de la relación de pareja y su vinculación con el uso del condón.

CAPÍTULO I

ADOLESCENCIA Y SALUD SEXUAL

*Juventud, divino tesoro,
¡ya te vas para no volver!...
Cuando quiero llorar, no lloro,
y a veces lloro sin querer...
(Rubén Darío)*

El ser humano está expuesto a una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales a lo largo de la vida; sin duda una de las etapas que más cambios y, por ende, más impacto tiene sobre el desarrollo de la persona es la adolescencia. Los adolescentes son altamente vulnerables, ya que están expuestos a factores y conductas de riesgo que son consideradas como elementos que aumentan la probabilidad de adquirir una enfermedad o morir (Díaz-Sánchez, 2003, García, Cortes, Vila, Hernández y Mesquia, 2006) Llevar una *vida sexual activa sin protección* es uno de los principales comportamientos que ponen en riesgo su salud sexual y reproductiva (Papalia y Wendkos, 2001), este tipo de conducta propicia que surjan problemas tales como: infecciones de transmisión sexual (Rosas y Serrano, 2007), embarazos no planeados y abortos (Díaz-Sánchez, 2003; Grupo de información y Reproducción Elegida (**GIRE**), 2003). El presente capítulo tiene por objetivo mostrar las características fundamentales del periodo de la adolescencia así como los principales problemas de salud sexual a los que se enfrentan los adolescentes.

1.1 El periodo de la adolescencia

La palabra adolescente proviene del verbo latino *adolescere* que significa “crecer hacia la madurez” (Aragón, 2004) en función de este proceso de crecimiento se basan la mayoría de las definiciones, las cuales interpretan a la adolescencia partiendo desde características como la edad, los cambios biológicos, físicos,

CAPÍTULO I

psicológicos y sociales, por tal motivo es importante conocer alguna de las definiciones que se han hecho de acuerdo con lo antes mencionado.

La OMS (2008) se refiere a la adolescencia como la segunda década de vida, que abarca edades de los 10 a los 19 años. Papalia, Wendkos y Duskin (2004) se refieren a esta como el periodo de transición de la niñez a la edad adulta, que por lo general se considera comienza con la pubertad, que es el proceso que conduce a la madurez sexual y fertilidad, en concreto, se refiere a la capacidad para reproducirse. La adolescencia dura aproximadamente de los 11 ó 12 años a los 19 o inicio de los 20 y conlleva grandes cambios interrelacionados con otras áreas del desarrollo.

Horroks (1996) señala que una persona adolescente es capaz de reproducirse y Muñoz (2001) la define como una fase en la vida de transición entre la niñez y la edad adulta, época en la que aparecen los caracteres sexuales secundarios, se inicia la capacidad reproductiva y, finalmente, se alcanza la plenitud del desarrollo sexual.

García (2003) se refiere a la adolescencia como el momento en el que se comienza a consolidar la identidad psicosexual y a delinear aspectos importantes de un proyecto de vida en términos del ámbito personal. Es el momento de aspirar a la más completa autorrealización.

En función de las definiciones vistas hasta el momento se entiende que el periodo de la adolescencia se presenta en dos momentos que interactúan entre sí ya que, la pubertad corresponde al período que precede a la adolescencia, y se refiere básicamente a cambios biológicos y físicos (hormonales, corporales) mientras la adolescencia alude más a cambios psicológicos y sociales (emocionales, cognitivos y conductuales). No se trata de dar un *énfasis* a lo biológico o a lo psicológico, más bien hay que resaltar que la interacción entre ambos planos es permanente (Bascuñan, Dörr y Gorostegui, 2004), por lo tanto, esta etapa es crucial en el desarrollo del ser humano, porque en ella se producen cambios físicos, psicológicos y sociales que impactan en el resto de la vida de los seres humanos.

1.1.1 Cambios físicos

Los cambios a nivel físico inician con la pubertad alrededor de los 10 y 13 años de edad, sin embargo, suelen ser distintos según sea el género; por ejemplo, en las mujeres, la adolescencia puede iniciar con la pubertad a partir de los 9 años, mientras que en los varones puede comenzar hasta los 15 años (Myers, 2005, Horrocks, 1996).

Los cambios se manifiestan a través de dos características:

1) Las características sexuales primarias: comprenden cambios visibles en el desarrollo de los órganos sexuales. En la mujer los ovarios, el útero y la vagina se desarrollan, aumentan de peso y tamaño; se produce el primer ciclo menstrual (menarquía); en los hombres los testículos, la próstata, el pene y las vesículas seminales crecen en desproporción al crecimiento del cuerpo y se presenta la primera eyaculación (espermarca) o presencia de espermatozoides en la orina (Myers, 2005; Papalia y Wendkos, 2001).

2) Las características sexuales secundarias: se refieren al desarrollo de los órganos no reproductores. En las mujeres, las características principales son el crecimiento de los senos, presencia de flujo vaginal, ensanchamiento de la pelvis y de hombros. En los hombres, se ensancha la espalda, la cadera se estrecha, aparición del vello facial y cambios en la tonalidad de la voz. Como rasgo común entre hombres y mujeres aparece el vello púbico y axilar, así como la presencia de sudor y por último la piel de los adolescentes se hace más gruesa y aumenta la secreción de las glándulas sebáceas originando la aparición de barros y espinillas (Myers, 2005; Papalia y Wendkos, 2001).

Estas características presentan grandes cambios que se manifiestan en la apariencia física, los cuales tienen impacto en la autoimagen de los adolescentes, produciendo cambios sociales y psicológicos (Aragón, 2004).

1.1.2 Cambios sociales

Las relaciones personales son parte fundamental para el desarrollo de los adolescentes de tal manera que con el afán de pertenecer a la sociedad y encontrar su identidad, el adolescente busca establecer relaciones estables y más maduras con adolescentes de ambos sexos (Asencio, 2000; Santrck, 2004). Busca una mayor autonomía por medio de la independencia emocional respecto de sus padres y de los adultos (Myers, 2005). La búsqueda de autonomía y el establecimiento de nuevas relaciones son cambios de carácter social, que a su vez están influenciados por los cambios biológicos y físicos los cuales, producen en el adolescente cambio a nivel psicológico.

1.1.3 Cambios psicológicos

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano de sentimientos contradictorios e inseguros; durante esta etapa y ante la transformación física de la figura corporal surgen efectos en relación a lo psicológico. La imagen se vuelve sumamente importante en la vida social de los adolescentes influyendo de manera considerable en la autoestima y autoconfianza. Para comprender mejor los cambios psicológicos en el adolescente, algunos autores (Castells y Silber, 2000; citados en Aragón, 2004; Haffner, 1995, citado en Planned Parenthood Federation of America [PPFA], 2001) consideran que es conveniente hacer una división por etapas: adolescencia temprana, media y tardía.

Adolescencia temprana (13-14 años): Se caracteriza por los cambios biológicos y la entrada a la pubertad, estos cambios tienen manifestaciones conductuales y emocionales como: falta de ánimo o vigor, molestia, pasando por largos momentos sin una actividad física.

Adolescencia media (15-16 años): Esta etapa está determinada por el periodo de "crisis", el cual es el resultado de la búsqueda de libertad e independencia familiar, se manifiesta a través del desarrollo de un alto nivel intelectual; en el ámbito afectivo se adquiere mayor profundización en temas

CAPÍTULO I

íntimos observándose actitudes como fuertes sentimientos de autoafirmación de la personalidad como la obstinación, terquedad y afán de contradicción, por mencionar algunas. El rasgo más característico de esta etapa es el egocentrismo que está orientado a la búsqueda de un conocimiento personal.

En el ámbito social, los grupos de reunión incluyen tanto hombres como mujeres, presentándose la posibilidad de la formación de relaciones de pareja que a su vez, reflejan la analogía entre la autoimagen y la búsqueda de identidad. En cuanto a la familia, el adolescente se muestra ambivalente ya que, necesita de su familia pero al mismo tiempo manifiesta la necesidad de independencia y, dado el egocentrismo por el que atraviesa, la relación familiar se dificulta, lo cual propicia la búsqueda del grupo de amigos que le proporcionen apoyo que la familia antes le otorgaba (Castells y Silber, 2000 citados en Aragón, 2004; Haffner, 1995, citado en PPFA, 2001).

Adolescencia tardía (17-18 años): La calma y recuperación son particularidades de esta etapa que culmina con la juventud, en ésta etapa el adolescente-joven alcanza el nivel de maduración y conoce sus posibilidades así como sus limitaciones personales y comienza a integrarse al mundo de los adultos. La maduración física llega en este período a su plenitud; la conciencia y la responsabilidad ante el propio futuro lo lleva a trazar su plan de vida. En cuanto a lo social, se supera la timidez y la inadaptación según sea su autoestima y en lo afectivo, manifiesta mayor interés por las personas del otro sexo (Haffner, 1995 citado en PPFA, 2001).

Muchos son los cambios sociales y personales que se presentan durante este periodo, pero también es de apreciarse que en este proceso, el adolescente se enfrenta además a una serie de toma de decisiones y problemas entre los que destacan el consumo de drogas y alcohol, la elección de una profesión, y el ejercicio de su sexualidad, por mencionar algunos.

El ejercicio de su sexualidad cobra importancia porque, sí bien es un derecho humano, éste debe de ejercerse con responsabilidad, sin embargo, las conductas sexuales que ejercen los adolescentes, la mayoría de las veces son riesgosas porque las llevan a cabo sin protección, y los conducen a alguno de los

siguientes problemas de salud sexual: 1) embarazos no planeados, 2) aborto y 3) las infecciones de transmisión sexual (ITS), las cuales se abordarán en los siguientes apartados de este capítulo.

1.2 Problemas de salud sexual en los adolescentes

Antes de señalar las características de cada uno de los problemas de salud sexual es importante conocer la magnitud de cada uno. Al respecto, se estima que en México en el año 2000, 608,070 mujeres entre 15 y 19 años y 4,214 mujeres de entre 12 y 14 años ya tenían hijos, de estos casos la mayoría afirman que sus **embarazos fueron no planeados** (UNFEPA, 2005).

Respecto al aborto en México, el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática [INEGI] reportó que hasta el 2006 tan sólo en los hospitales particulares se practicaron 45,054 abortos.

El Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) (2007) reportó que en México, 23 de cada 100 mil habitantes tiene alguna ITS, de estos, el 15% son adolescentes. Como se puede observar los adolescentes son una población vulnerable ante cada uno de los problemas señalados, sin embargo, aún se tiene desconocimiento sobre los riesgos de cada uno de estos problemas, en los apartados posteriores se mencionarán las características y repercusiones en los adolescentes de cada uno de los problemas de salud sexual.

1.2.1 Embarazo no deseado

Se entiende por embarazo no deseado al rechazo activo y razonado de la concepción durante las primeras semanas de gestación (David *et al.*, 1991 citado en Gonzales de León, Billings, Gasman y Velasco, 2002) de tal manera que, las mujeres o niñas embarazadas deciden libremente y por sí mismas, que no es deseado (Family Care International, 2000).

Un embarazo no deseado tiene diferentes consecuencias en los adolescentes en las áreas físicas, psicológicas y sociales, las cuales se pueden

CAPÍTULO I

presentar a corto, mediano y largo plazo y varían según el género (Montenegro, 2000; De la cruz, 2008).

Consecuencias físicas. Las mujeres pueden presentar anemia, alteración de peso, crecimiento uterino inferior a lo normal, abortos espontáneos, alta mortalidad materna, infecciones bacterianas graves, partos prematuros, partos obstruidos y prolongados, incapacidad del feto para pasar a través de la pelvis (desproporción céfalo pélvica), la muerte fetal, formación de fístulas (conexiones anormales entre los órganos, que provocan infecciones urinarias) recto-vaginales o cisto-(vejiga)vaginales y el aborto (Díaz- Sánchez, 2006; Papalia, Wendkos y Duskin, 2004, Wyet-Lederle, 2004).

Consecuencias psicológicas. Saber que se está embarazada sin desearlo implica para la mujer ansiedad, miedo, estrés e incertidumbre, nulo cuidado prenatal, frustración de sus expectativas a futuro y se presenta el síndrome de fracaso, baja autoestima, depresión e incluso el suicidio (De la Cruz, 2008).

Consecuencias sociales. El embarazo no deseado se convierte en una amenaza para el desarrollo integral de los adolescentes, ya que esta situación puede retrasar y suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo (Díaz-Sánchez, 2003; GIRE, 2003; Velásquez, 2003), de tal manera que éstos abandonan su educación de forma temporal o definitiva, son objeto de maltratos físicos o psicológicos, y de rechazo del medio familiar y social (Secretaria de Salud Pública, 2006). En el caso de las mujeres, sus relaciones sociales pueden verse afectadas por el rechazo social y por el de su pareja. En cuanto a los hombres, las consecuencias sociales dependerán del grado de responsabilidad ante el embarazo, si esta implicación es muy grande tanto las consecuencias psicológicas y sociales lo afectarán de igual manera que a la mujer (Díaz-Sánchez, 2003)

Las consecuencias psicológicas y sociales pueden repercutir posteriormente en tomar la decisión de continuar el embarazo o interrumpirlo mediante el aborto. La Secretaria de Salud Pública (2006) en su informe de Salud-México señala al respecto, que el 60% de los embarazos en adolescentes, terminan en abortos inducidos, esta situación se agrava aún más porque este

procedimiento es ilegal, lo cual hace de este un tema de interés para la salud pública.

1.2.2 Aborto

La palabra aborto procede del latín *abortus* o *aborsus*, derivados de *ab-orior* opuesto *aorior*, nacer. Se define al aborto como la terminación de un embarazo causando muerte fetal a las veinticinco semanas de gestación, al exceder este límite de tiempo al aborto se le denomina mortinato (Family Care International, 2000; Velásquez, 2003). Esta práctica puede ser de dos tipos:

- 1) Espontáneo o pérdida fetal: este tipo de aborto es causado por el surgimiento de complicaciones serias, aunque éstas son relativamente poco comunes (Family Care International, 2000).
- 2) Inducido: es la terminación *deliberada* del embarazo con una intervención que se realiza de dos maneras: a) de forma “segura”, cuando este ocurre en recintos médicos seguros, siguiendo las normas legales y de salud pública, por personal calificado, usando técnicas y criterios higiénicos adecuados (Morfonet, 2008); y b) *inseguro*, se caracteriza por la falta de capacitación por parte del proveedor, ya que puede ser la mujer quien puede practicárselo a si misma, utilizando técnicas peligrosas, y en lugares carentes de condiciones higiénicas (Family Care International, 2000).

La mortalidad relacionada con el parto es de 5 veces mayor entre las adolescentes de 18 años que entre las jóvenes de 20 a 29 años, por su situación biológica y de desarrollo por lo tanto, las adolescentes tienen mayor probabilidad de tener un aborto. Quienes recurren a esta práctica lo hacen por razones tales como el temor, la vergüenza, y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar a su bebé o no saber cómo podrán continuar su educación, por lo que ésta se realiza de manera ilegal y poco segura (Díaz-Sánchez, 2003), la incidencia de complicaciones es elevada y, como consecuencia, muchas mujeres mueren durante el proceso. El aborto en general representa un grave riesgo y más aún si

CAPÍTULO I

éste se lleva a cabo de manera inducida e insegura, repercutiendo de manera física, psicológica y social a corto, mediano y largo plazo.

Consecuencias físicas del aborto. Surgen complicaciones como las hemorragias, choque hemorrágico (falta de oxigenación y paro cardíaco) sepsis (infección grave presente en la sangre que se disemina por todo el cuerpo), infertilidad, daños al cérvix y útero incapacitándolo para sostener el peso de un futuro embarazo, cáncer de mama y la muerte (Herrera et al., 2008; Family Planning Perspectivas, 2001).

Consecuencias psicológicas del aborto. Estas pueden variar conforme a la manera en cómo las mujeres asuman la interrupción del embarazo no deseado de acuerdo a sus condiciones individuales y con el entorno social en el que viven (González de León et al., 2002). En el caso de las adolescentes se presenta ansiedad, miedo, estrés, culpa, angustia, dolor, incertidumbre, sensación de pérdida, frustración, tristeza, inseguridad en la toma de decisiones, baja autoestima, alejamiento, hostilidad, conducta autodestructiva, ira, rabia, desesperación, sensación de desamparo, pérdida de interés en el sexo, pesadillas, que a su vez pueden propiciar malos hábitos alimenticios, abuso del alcohol, tabaco, drogas e intentos de suicidio (Herrera et al., 2008; PPFA, 2001).

Consecuencias sociales del aborto. Éstas están muy vinculadas con las de carácter psicológico, ya que propician el conflicto emocional por medio de patrones culturales que limitan sus posibilidades para tomar decisiones autónomas en torno a su sexualidad y a la reproducción, en tanto son objeto de estigmatización social y se perciben a sí mismas como transgresoras de valores morales y religiosos fuertemente arraigados (Rivas & Amuchastegui, 1998, citado en González de León et al., 2002).

Hasta el momento, se ha visto que el inicio de la actividad sexual a edades tempranas implica, en la mayoría de los casos, embarazos no planeados que terminan con el futuro de los adolescentes, ya sea porque durante el embarazo se producen complicaciones en la salud de la madre y el producto, o bien porque las presiones familiares, sociales y psicológicas obligan a las adolescentes a abortar. Además del embarazo no deseado y del aborto, existen otros factores que pueden

poner en peligro la salud física y psicológica del adolescente por no usar las medidas preventivas necesarias, derivando en la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que pueden dejarlos infértiles y terminar con su vida (Agenda Salud, 2001).

1.2.3 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, debido a que el nivel de incidencia es alto y las consecuencias médicas y psicológicas afectan a miles de hombres y mujeres (OMS, 2007). Datos de la Organización Panamericana de la Salud señalan que las ITS se encuentran dentro de las primeras causas de muerte en la población, produciéndose anualmente en el mundo 250 millones de nuevos casos por alguna ITS, alcanzando proporciones epidémicas (CELSAM, 2007).

Las Infecciones de Transmisión Sexual son el término que se conoce comúnmente con las siglas ITS, que, como indica su nombre, se propagan por medio de las relaciones sexuales (Rodríguez, Frías y Barroso, 2006; Rosas y Serrano, 2007) y éstas pueden ser causadas por bacterias, hongos y virus.

Existen más de 20 ITS, entre las más comunes están la sífilis, gonorrea, clamidia y herpes, y muchas de éstas infecciones facilitan la transmisión de VIH (Knodel, 2002; citado en Rosas y Serrano, 2007); este tipo de infecciones, tienen gran relevancia debido a la pandemia del SIDA y a la gravedad de sus complicaciones y secuelas (García, Pérez, Perpiña, 2007) por tanto, a continuación se mencionarán las características de las ITS más comunes entre los adolescentes.

1.2.3.1 Tipos de Infecciones de Transmisión Sexual

De acuerdo con Papalia et al. (2004), el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2004), Asociación de Medicina Interna de México (2002) y el Centro

CAPÍTULO I

Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM, 2007), las infecciones de transmisión sexual más comunes entre los adolescentes son:

Clamidia: Bacteria conocida como *Chlamydia Trachomatis*, patógeno exclusivo del ser humano (Papalia y Wendkos, 2001). El principal mecanismo de transmisión es el contacto sexual pero esta infección tiene cura (Perpiña, García y Pérez, 2007; Cruz, Egremy y Ramos, 2004). Los síntomas más comunes, tanto en hombres como en mujeres, se caracterizan por flujo en el pene o la vagina; frecuente dolor o sensibilidad ardiente al orinar; dolor abdominal, náusea o fiebre; inflamación del recto o la cervix; hinchazón o dolor en los testículos; coito doloroso para la mujer y sangrados entre las reglas o después del coito. En caso de no ser tratadas, las ITS en las mujeres puede infectar la cervix e introducirse en el canal urinario, las trompas de Falopio y los ovarios; produciendo enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) la cual, puede dañar las trompas de Falopio y llevar a la infertilidad o a un embarazo ectópico. En los hombres, la *clamidia* infecta el canal urinario y puede contagiar los testículos, causando epididimitis (inflamación en el epididimio²) (Crooks y Baur, 2000 citado en Rodríguez et al., 2006), provocando esterilidad (Papalia, et al., 2004).

Sífilis: Es producida por la bacteria *Treponema Pallidum* (espiroqueta), de evolución crónica, y es una enfermedad curable. Se transmite fácilmente, ya sea por contacto sexual directamente con una lesión ulcerosa, e inoculación directa accidental (Cruz et al., 2004; Perepiña et al., 2007; Rodríguez, et al., 2006). La infección se produce en la zona que se tuvo contacto y puede extenderse a otras áreas del cuerpo, de no ser tratada puede desarrollarse en distintas etapas, ya que no siempre siguen la misma secuencia, los síntomas son diferentes en cada etapa y muy similares tanto en hombres como en mujeres.

Etapas primarias: Tiene un periodo de incubación de 9 a 90 días en donde aparecen úlceras sin dolor o úlceras abiertas y mojadas (chancro sifilítico) que

² Órgano que se encuentra en la parte superior de los testículos y los rodea. En ellos se almacenan y maduran los espermatozoides hasta el momento de la eyaculación

CAPÍTULO I

duran entre 3 y 6 semanas, aunque algunas veces aparecen sin regularidad hasta por dos años. Las úlceras pueden localizarse en los genitales, en la vagina, en cérvix, en el ano, labios, senos y posteriormente desaparecerán mientras la enfermedad se vuelve latente por un tiempo.

Etapá secundaria: De no recibir tratamiento durante la sífilis primaria, la bacteria se extiende por el torrente sanguíneo, a las 6 u 8 semanas de la primoinfección, aparece una ampolla no infecciosa de color rosado (erupción maculosa no puriginosa ó roseola sifilítica) por todo el cuerpo, palmas de manos y plantas de pies, bilaterales y simétricas. Aumenta el tamaño de los ganglios linfáticos (adenopatías) y aparecen lesiones como verrugas (condilomas) planas y ausencia de cabello en una o varias partes del cuerpo (alopecias sifilíticas). Otros síntomas que se manifiestan durante esta etapa son fiebre moderada, ampollas infecciosas en el ano y los genitales, cansancio, dolor en la garganta, pérdida de peso, dolor de cabeza y dolor muscular. De no recibir tratamiento, la infección desaparece de manera espontánea permaneciendo en el organismo de manera latente.

Etapá terciaria: En esta etapa la bacteria se produce en el cuerpo de manera silenciosa, por lo regular ocurre en pacientes que no fueron tratados o recibieron tratamiento inadecuado. Puede aparecer de 2 a 10 años después de la exposición inicial. Al no ser tratada la infección en la etapa secundaria, la bacteria puede reaparecer y dañar el sistema nervioso y órganos como el cerebro, el corazón y los huesos, hasta causar la muerte.

Gonorrea: Es una infección curable causada por la bacteria *Neisseria Gonorrhoeae*, puede o no presentar síntomas, afecta órganos sexuales, el ano, los ojos y la farínge (Papalia y Wendkos, 2001; Cruz et al., 2004). Al inicio la mayoría de las mujeres y hombres no tiene síntomas. Los síntomas aparecen entre 2 a 5 días en hombres y en mujeres de 1 a 14 días después de haber tenido un contacto sexual con alguna persona infectada. En el hombre produce secreciones amarillentas y dolor al orinar, y en las mujeres se producen secreciones vaginales, inflamación de la vulva, sangrado menstrual anormal y dolor al orinar. Al igual que las infecciones anteriores, la gonorrea puede llegar a extenderse por todo el

cuerpo y provocar fiebre, salpullido, dolores e inflamación de las articulaciones, así como esterilidad (Cruz et al., 2004; Rodríguez, et al., 2006; Saúl, 2001).

Tricomoniiasis: Esta infección, a diferencia de las antes señaladas, es causada por un protozooario llamado *Tricomonas vaginalis* (un animal de una célula) que se transmiten por contacto directo con este microorganismo; generalmente la primera causa de transmisión es el contacto sexual; otras formas de contagio posibles son el compartir toallas o ropa interior, ya que este protozooario puede vivir hasta siete horas fuera del cuerpo (Cruz Et al., 2004; Duskin et al., 2004). La tricomoniasis es asintomática y es autoeliminada en los hombres, a diferencia de las mujeres, esta infección requiere de tratamiento médico (Saúl, 2001). En la mujer afecta principalmente la vagina y el tracto urinario; los síntomas más frecuentes son flujo con mal olor y espumoso de la vagina, picazón en la vagina, sangre en el flujo, hinchazón en la ingle, orinar más seguido de lo normal, muchas de la ocasiones con dolor y una sensación quemante. En los hombres puede provocar síntomas como dolor al orinar provocado por la inflamación en la uretra (Perpiña et al., 2007; Rodríguez et al., 2006).

Herpes: Esta infección es producida por el virus herpes simples (HS), tipos I y II; la diferencia entre ellos radica en que el herpes tipo1 se manifiesta en labios y boca, mientras que el herpes tipo II se presenta en los genitales. El virus del herpes vive de forma latente en el organismo y se manifiesta bajo un estado de estrés físico o emocional, menstruación, fiebre o contacto sexual. Esta infección puede ser adquirida por contacto directo con una llaga de herpes o mediante secreciones genitales (semen o fluidos vaginales) que contengan el virus. Es una ITS que se controla, ya que no tiene cura. Una vez que el virus ha entrado en el organismo tarda aproximadamente diez días en aparecer. Algunos síntomas son: fiebre, dolor muscular, ganglios inflamados, dolor en el abdomen, llagas o erupciones en la boca y piel (Papalia et al., 2004; Rodríguez et al., 2006).

Virus del Papiloma Humano (VPH): Existen más de 130 virus diferentes del VPH que causan una variedad de verrugas y otros síntomas que pueden quedarse en el cuerpo para siempre. Algunos causan verrugas genitales que se desarrollan dos o tres semanas después de la infección, la mayoría de estas infecciones no son visibles, y no muestran síntomas, dadas las características del virus aún no se encuentra una cura. En las mujeres la principal característica de este virus es que desarrolla tumores indoloros en los genitales, en el ano y en la vagina. En los hombres se desarrollan tumores que se presentan en el pene, y en algunos casos también pueden aparecer en la uretra o en el área del recto. Este virus está asociado con el cáncer cervical que puede producir la muerte en las mujeres (Papalia et al., 2004; Perepiña et al., 2007; Rodríguez et al., 2006).

Hepatitis B: El virus de la hepatitis B (VHB) produce una infección que se transmite sexualmente, por compartir jeringas o por el contacto con sangre infectada; se puede prevenir con vacunas, sin embargo, una vez adquirida no tiene cura. Esta infección se caracteriza por presentar síntomas comunes en hombres y mujeres como: color amarillo de la piel, mucosas, cansancio, náuseas, orina oscura, heces blancas. Existe un riesgo importante de daño permanente al hígado después de adquirir y tratar la infección (Rodríguez et al., 2006).

Existen otras infecciones por virus que pueden transmitirse por contacto sexual, pero a diferencia de las mencionadas en párrafos anteriores, existe una que actualmente está considerada como la pandemia del siglo XXI debido a los estragos causados a escala mundial, esta infección es llamada VIH/SIDA, aún no tiene cura, por lo tanto es mortal, el siguiente capítulo estará dedicado a esta infección de transmisión sexual.

CAPÍTULO II

VIH/SIDA

*El dolor más intolerable es el producido
por la prolongación del placer más intenso.*

(Bernard Shaw)

Desde el descubrimiento del VIH/ SIDA, el ser humano se ha enfrentado a un problema que hoy en día, es considerado como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, por ser incurable, progresiva y mortal, por ende, éste se ha convertido en una amenaza para la humanidad (Torres, Alfaro, Díaz-Loving, 1999; citado en Díaz-Loving y Torres, 1999), las cifras por el contagio de VIH van en aumento, siendo la población joven las más vulnerable con el mayor número de contagios anuales. Si se toma en cuenta que el tiempo que transcurre entre la adquisición del VIH y el desarrollo del SIDA es de al menos 10 años (Villaseñor et al., 2003), es razonable suponer que una buena proporción de los casos ubicados entre los 15 a 44 años con VIH, pudieron haber sido contagiados con el VIH durante la adolescencia (Rasmusen et al., 2003; Villaseñor y Caballero, 2001; Villaseñor et al., 2003). Se han realizado investigaciones orientadas, por un lado, a la búsqueda de una vacuna eficaz y, por el otro, a la puesta en práctica de programas de prevención (Roa, 2002). Ante esta perspectiva, el presente capítulo presenta una revisión de la literatura en torno al VIH/SIDA atendiendo aspectos como: epidemiología, historia de la pandemia, evolución de la enfermedad, vías de transmisión y formas de prevenir el contagio.

2.1 Epidemiología del VIH/SIDA en el mundo

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. Desde la aparición de los primeros casos de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en los años 80's las estadísticas han incrementado paulatinamente de 2 a tres millones por

año. En los últimos años la prevalencia mundial del VIH (proporción de personas que viven con el virus) se ha estabilizado gracias a las variaciones en la tasa de incidencia, la mortalidad creciente a causa del SIDA y a los programas de prevención, así como a los cambios de comportamiento.

ONUSIDA (2008) reportó que a nivel mundial el número de personas que viven infectadas con el VIH asciende a 33 millones, y 2.2 millones fallecieron a consecuencia del SIDA. En muchas regiones del mundo, las nuevas infecciones por el VIH se concentran en un 40% entre los jóvenes (de 15 a 24 años) (ONUSIDA, 2008). El continente más afectado es África, con el 67% de todas las personas infectadas en el mundo, por tal razón este continente es considerado como el epicentro mundial de la pandemia de SIDA (ONUSIDA, 2008).

Las cifras son alarmantes y estas pueden aumentar más debido a factores como crecimiento de la población, la falta de programas de prevención del VIH dirigidos específicamente a adolescentes, al decremento en la edad de inicio en las relaciones sexuales y a la falta de protección durante ellas (CONASIDA, 2008).

Es importante resaltar que a nivel mundial México se considera como un país en donde la epidemia a causa del VIH/SIDA, es relativamente estable debido al número de casos, sin embargo, esto no deja de ser alarmante, por lo que resulta importante mencionar los datos más actuales de infecciones por VIH en México.

2.2 Epidemiología en México

El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA, 2008) reporta, que hasta junio del 2008, hay un total de 121,718 casos acumulados, de estos el 79.5% son hombres, el 81.2% son mayores de 15 años y sólo el 2.4% son menores de 14 años; el 97.1% de los casos acumulados se realizó por vía sexual, y de las personas infectadas por esta vía, el 58 % tienen preferencia heterosexual, el 23.2% homosexual y el 16% bisexual; además, cabe mencionar que por vía sanguínea sólo el 2.7% contrajo el virus.

La infección por vía sanguínea actualmente está controlada, ya que existen medidas que permiten prevenir el contagio, pues los donantes de transfusiones deben ser sometidos a la prueba de anticuerpos al VIH; y todo el material médico que se utiliza para la extracción de sangre debe ser completamente esterilizado y nuevo. En el caso del contagio vía perinatal, si la mujer es seropositiva y está gestando, debe emplear el uso de medicamentos antiretrovirales y el empleo de cesárea en casos seleccionados disminuyen mucho las posibilidades de transmisión madre-niño (Ruiz-Argüelles, 2003). No obstante, el contagio por *vía sexual* sigue siendo el más frecuente con el 97.1% de los casos (CONASIDA, 2008).

Gracias al avance de la ciencia las cifras por el contagio de VIH se han podido controlar debido a la detección oportuna del virus; lo cual ha resultado en la disminución de los casos detectados por la vía de contagio sanguínea y perinatal. Sin embargo, en el terreno de lo sexual no ha podido ser así, por ello es importante saber cuales son las formas más efectivas de prevención y tener conocimiento referente a las características del virus, sus consecuencias, así como su historia a partir de la aparición de los primeros casos.

2.3 Historia del VIH/SIDA

El origen del VIH/SIDA se remonta hasta 1961 en Missouri y 1978 en Nueva York, donde se registraron los primeros casos en poblaciones de homosexuales, sin embargo fue a partir de 1981 cuando se identificaron dos grupos de personas infectadas, el primero fue un grupo de homosexuales sexualmente activos en Estados Unidos dados a conocer por el *Center for Disease Control and Prevention*; este grupo presentaba neumonía por *Pneumocystis carinii* y Sarcoma de Kaposi (cáncer en la piel), además sufrían de otras enfermedades crónicas, que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas, la mayor parte de estos pacientes murieron en pocos meses. El segundo grupo fueron pacientes drogadictos intravenosos con características similares, ambos grupos presentaban fallas en el sistema inmunológico. Posteriormente, entre 1982 y 1983 aparecieron

más casos pero en hombres y mujeres sexualmente promiscuos en África Oriental y Central (Del Almo, 1999).

Los síntomas y enfermedades que presentaban ambos grupos se relacionaron con un déficit inmunológico (Grmerk, 1992) que fue nombrado como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) por el departamento de Salud de los Estados Unidos (Fundación Anti SIDA de San Francisco, 2007). A partir de este momento comenzó la búsqueda del virus causante de esta enfermedad. Entre las teorías que surgieron una de ellas afirmaban que el virus del SIDA era causado por el exceso de uso de drogas y por tener una vida sexual muy intensa con diferentes parejas. Otra teoría planteaba que la inoculación de semen en el recto durante el sexo anal combinado con el uso de inhalantes y nitrito (*poppers*) producía supresión del sistema inmune. Hasta el momento, una de las teorías más aceptadas sobre su origen es que el virus proviene del continente africano, esta teoría se sustenta por dos razones muy grandes (Grmek, 1992). La primera, supone que en este continente tuvo inicio la pandemia por SIDA (Grmek, 1992) y la segunda, plantea que el virus causante del SIDA tiene gran similitud con el Virus de inmunodeficiencia simia (VIS) el cual afectaba a monos de dicho continente. Actualmente, se sabe que el VIH es una mutación del VIS debido a que en el mono africano la mutación de dicho virus se ha venido dando desde hace varios miles de años (Ballester, 1994).

Es probable que nunca se logre saber con exactitud la fecha exacta del contagio del virus en el hombre; lo que sí es claro es que en algún momento de la mitad del siglo XX, la infección del ser humano por el VIH se convirtió en la pandemia que se conoce y que se denomina SIDA, hay que recordar que el VIH y el SIDA no son lo mismo, por lo cual a continuación se explicará qué es el VIH y su consecuente el SIDA.

2.4 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Para entender la sigla VIH y tener una definición clara es necesario comprender a que se refiere cada uno de sus elementos (Casuto, Pesce, & Quaranta, 1991).

- **Virus:** Es una estructura aún más pequeña que las bacterias, tienen información para duplicarse pero carece de los medios para hacerlo, por lo que para reproducirse se introducen en las células, provocando en estas diversas enfermedades infecciosas, degenerativas y tumorales.
- **Inmunodeficiencia:** Se refiere al estado patológico en el que el sistema inmune no cumple con el papel de protección que le corresponde dejando al organismo vulnerable a la infección por patógenos (entidad biológica capaz de producir enfermedad o daño en la biología).
- **Humana,** porque sólo se reproduce en las células del cuerpo humano.

Por lo tanto, se entiende que el VIH es un tipo de retrovirus (invierte el proceso de información) incapaz de reproducirse por sí mismo ya que, sólo puede hacerlo invadiendo células humanas, se caracteriza por tener un periodo de incubación prolongado antes de que aparezcan los síntomas de la enfermedad, la infección de las células de la sangre y del sistema nervioso, y la suspensión del sistema inmunitario (Roa, 2002; IMSS, 2004). El proceso de desarrollo y de infección de este virus es complejo, de tal manera que enseguida se describirán estos procesos.

2.4.1 Reproducción e infección por VIH

Para que el virus del VIH pueda reproducirse en el organismo es necesario que éste lo haga en forma de ADN, por lo que es necesario un proceso denominado transcripción inversa, que consiste en penetrar una célula viva con ARN recodificado mediante la enzima conocida como transcriptasa inversa en ADN; de acuerdo con esto el material genético del VIH es ARN en la partícula viral y ADN una vez que ha penetrado en la célula infectada.

El proceso de conversión de ARN en ADN se denomina transcripción inversa y constituye una característica principal de los retrovirus, ya que pasa una parte de su ciclo biológico químico en marcha atrás, por esta razón, es que el VIH pertenece a la familia de los retrovirus (Grmek, 1992; Roa, 2002)

Antes de explicar el proceso de infección es importante recordar que el sistema inmunitario del organismo actúa como un defensor contra diversos agentes externos, como los virus y las bacterias, produciendo células denominadas linfocitos o células TCD4, que combate las infecciones *virales*; ahora bien, el VIH destruye estas células de tal manera que el sistema inmunológico ya no puede defender al organismo contra otras enfermedades, incluyendo diversos tipos de tumores (Brannon y Feist, 2001; Roa, 2002); por esta razón el cuerpo humano se ve indefenso. Una vez recodificado el ARN en ADN se inicia la infección por el VIH.

2.5 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Las siglas SIDA refieren al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, a continuación se describirá a detalle el significado de cada elemento de la sigla.

- **Síndrome:** es el término que se emplea para referirse a un conjunto de enfermedades que pueden estar relacionadas a su vez con otra enfermedad. En el caso que nos ocupa, diversas enfermedades aprovechan la debilitación del sistema inmunológico, dando lugar al hecho que define la aparición del SIDA (Programa sobre ETS y Virus de Transmisión Sanguínea (Roa, 2002).
- **Inmunodeficiencia:** se refiere al debilitamiento del sistema inmunológico del organismo (Roa, 2002).
- **Adquirida:** es el proceso mediante el cual un virus puede adquirirse y debilita al sistema inmune, existen dos formas: 1) de origen innato o genético (Inmunodeficiencia primaria) y 2)

cuando es causada por un factor externo (inmunodeficiencia secundaria) (PAHO, 2008).

De tal manera que el SIDA es una enfermedad causada por el VIH, que se instala en las células y permanece allí por años antes de manifestarse, razón por la cual el individuo infectado puede transmitir el virus sin darse cuenta ((Torres, Alfaro, Díaz-Loving, 1999; citado en Díaz-Loving y Torres, 1999). El SIDA es un Síndrome constituido por una amplia variedad de enfermedades e infecciones oportunistas que afectan al sistema Inmunológico del organismo, causando en él una deficiencia en su capacidad de protección contra la enfermedad, dando lugar a una infección que es adquirida, no heredada genéticamente (Roa, 2002).

El SIDA es la última etapa clínica de la infección por VIH (Ponce de León, et al., 2001) que posee características y síntomas que evolucionan por etapas.

2.5.1 Evolución de la enfermedad

La historia natural de este padecimiento se ha dividido en cuatro fases:

Fase 1: Transmisión viral e Infección aguda. Inicia desde el momento en que el VIH penetra en el torrente sanguíneo, se considera que la persona es portadora del virus y que puede transmitirlo a otros; una vez adquirida la infección –en un periodo de tres a seis semanas aproximadamente–, las personas desarrollan un síndrome agudo por VIH, en donde se pueden presentar las primeras manifestaciones asociadas al episodio de replicación viral; por lo que en un inicio se presentan fiebres, dolor de garganta, cansancio, pérdida de apetito, náusea, vómito, diarrea, baja en las defensas. Durante este tiempo, las pruebas de anticuerpos al virus no son perceptibles (Branon y Feist, 2001, Camacho, 2000, Del Almo, 1999; Ponce de León et al., 2001).

Fase 2: Asintomática. Esta etapa es variable, tiene una duración de aproximadamente de 8 a 10 años, se producen masivamente millones de células TCD4, que a su vez son destruidas por el VIH, provocando en el sistema

inmunitario un debilitamiento, de tal manera que, cuando el sistema inmune ya no puede regenerar más células TCD4 el organismo se vuelve vulnerable, dando inicio a la siguiente fase presentándose los primeros síntomas de la enfermedad (SIDA) (Branon y Feist, 2001, Camacho, 2000, Del Almo, 1999; Ponce de León *et al.*, 2001).

Fase 3: *Sintomática*. Ante la vulnerabilidad del sistema inmunológico se presentan manifestaciones clínicas debidas a la destrucción de las células TCD4, tales como: el aumento en el tamaño de los ganglios, manchas blancas en la lengua de origen infeccioso, hematomas o hemorragias inexplicables, y “las enfermedades del SIDA”, como la neumonía por *Pneumocystis carinii*, el *sarcoma de Kaposi*, así como la pérdida importante de peso, pérdida importante de células TCD4 (200 por milímetro cúbico de sangre) dando pauta a la última fase (Camacho, 2000, Del Almo, 1999; Ponce de León *et al.*, 2000).

Fase 4: *SIDA*. En esta etapa la cuenta de linfocitos TCD4 es menor de 200, lo que expone a mayor riesgo de adquirir infecciones oportunistas, tumores como sarcoma de Kaposi y alteraciones neurológicas que provocan demencia asociada al SIDA. Esta etapa se caracteriza por fatiga inexplicable, sudoración nocturna, pérdida de peso, herpes zoster, fiebre, diarreas inexplicables por más de un mes, disminución de los leucocitos, dificultad para respirar, tos seca, bultos morados ó abscesos (pus) en la piel, anemia hemolítica (destrucción de los glóbulos rojos) y neumonía, estos síntomas son la causa de la defunción del paciente (Ponce de León *et al.*, 2000).

De acuerdo con lo anterior Ponce de León *et al.* (2001) menciona que el cuadro clínico de un paciente con SIDA se divide en tres grupos de síntomas:

Grupo A: Síndrome retroviral agudo. Se caracteriza por fiebre, adenomegalias, exantema maculopapular generalizado, manifestaciones neurológicas variables, úlceras bucales, por mencionar algunos.

Grupo B: Síntomas inespecíficos. Caracterizado por linfadenopatía generalizada persistente, pérdida de peso, algunas infecciones no definitorias como herpes zoster, neumonía bacteriana, candidiasis bucofaríngea, entre otros.

Grupo C: Manifestaciones clínicas definitorias de SIDA. Se presentan diversos procesos infecciosos oportunistas como neumonías, candidiasis esofágica, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, toxoplasmosis cerebral o bien, neoplasias como sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.

2.6 Vías de transmisión

El VIH es un organismo infeccioso que muere fácilmente si no cuenta con las condiciones necesarias para su propagación, lo cual hace suponer que no se transmite fácilmente, sin embargo, hasta el momento se tienen identificadas como principales vías de transmisión:

1) Transmisión sexual: Es la vía de transmisión que ocurre cuando se tienen relaciones sexuales –ya sean de tipo anal, vaginal u oral–, con una persona infectada sin tomar las precauciones necesarias como el uso del condón (sexo protegido); el contagio por esta vía sigue siendo la más frecuente, ya que el 97.1% de los casos se ha dado por éste medio (CONASIDA, 2008).

2) Transmisión perinatal: Esta vía de transmisión es la que ocurre cuando la madre contagia a su niño durante el embarazo o el parto, o mediante la lactancia; en el caso de que sea seropositiva y esté gestando, debe buscar orientación especializada, pues el uso de medicamentos antiretrovirales y el empleo de cesárea disminuye las posibilidades de infección madre-niño. Otra recomendación muy importante en esta circunstancia es el no dar de lactar, ya que el virus se encuentra también en la leche materna y puede transmitirse de esta manera (Ruiz-Argüelles, 2003; IMSS, 2004).

3) Transmisión Sanguínea: Esta vía de transmisión consiste en la introducción de sangre infectada en el torrente sanguíneo mediante el uso compartido de agujas, jeringuillas y otros instrumentos para la inyección de

drogas. Cabe mencionar que hoy en día, el contagio por transfusiones sanguíneas está más controlado, ya que existen medidas que permiten prevenir el contagio, pues los donantes de transfusiones deben ser sometidos a la prueba de anticuerpos al VIH; las agujas y jeringas no deben volver a utilizarse y los instrumentos de uso médico deben esterilizarse de manera adecuada (Brannon y Feist, 2001; Roa, 2002; IMSS, 2004).

2.7 Prevención

Florencia, Ramírez, Villaseñor y Celis (2001) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (2004) mencionan que las medidas más recomendadas para evitar o disminuir el riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, son:

- Abstinencia sexual, consiste en no tener relaciones sexuales de ningún tipo.
- Relación monógama, se refiere al trato única y exclusivamente entre dos personas en donde, ambos miembros de la pareja estén sanos.
- Relación sexual protegida (sexo protegido), es el tipo de relación en donde, el intercambio de secreciones es nulo, ya que se **usa condón**.
- Sexo seguro, se refiere al tipo de relación en la que no es posible que ocurra un intercambio de secreciones (sangre, semen, fluidos). Ejemplo de ello son los besos, caricias, masturbación mutua.

Los autores antes citados señalan al respecto que las prácticas sexuales se han considerado como riesgosas cuando se trata del sexo seguro y de poco riesgo si éstas son protegidas. Por lo tanto, el uso correcto y consistente del condón está considerado como una de las principales estrategias de prevención

del VIH/SIDA que disminuyen el riesgo de adquirirlo (CENSIDA, 2007; Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos; 2003) A continuación se mencionarán aspectos relacionados que sustentan la importancia del condón como la mejor herramienta ante las ITS, el VIH y embarazos no deseados.

2.8 El condón masculino: una herramienta eficaz contra el VIH/SIDA

En apartados anteriores se mencionó que las cuatro formas de prevenir las Infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH es la abstinencia, tener relaciones sexuales con una sola persona no infectada, el sexo seguro y el uso correcto y consistente del condón (sexo protegido). La alternativa más eficaz y recomendada por la Organización Mundial de la Salud es el uso del condón, ya que protege y previene contra las ITS, VIH y embarazos (Del Río-Chiriboga y Uribe, 1995) en un 90 a 95% (Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos; 2003), siempre y cuando el uso de éste sea consistente y correcto, lo cual lo hace una de las medidas más promovidas para combatir los problemas de salud sexual. Además, dentro del mercado de los condones existe una gran diversidad que se adapta a las necesidades y prácticas de cada individuo; en el siguiente apartado se señalarán los tipos de condones que deben ser usados de acuerdo al tipo de práctica.

2.8.1 Práctica sexual y tipos de condones

Está comprobado que el condón es un método eficaz y preventivo en contra del VIH/SIDA al usarlo correcta y consistentemente (CENSIDA, 2007). El uso correcto implica saber emplearlo y elegirlo, para ello se debe estar al tanto del tipo de práctica sexual, ya sea sexo vaginal (cuando el pene se introduce en la vagina), sexo oral (estimulación de los genitales con la boca, de hombre a mujer “cunilingüis” o de mujer a hombre “felación”), y sexo anal (la relación pene-ano). De acuerdo con esto existen diferentes tipos de condones que se adecuan a cada una de las prácticas.

Por ejemplo en el **sexo vaginal** se pueden emplear dos prototipos diferentes 1) el condón femenino que está hecho de poliuretano, que tiene la forma de una bolsita suelta, suave y delgada, con dos anillos flexibles, uno en cada extremo. El anillo en el extremo cerrado se usa para insertar el condón en la vagina y mantenerlo en su lugar. El anillo exterior queda fuera de la vagina y cubre parte de los órganos genitales externos (Feminist Women's Health Center, 2007). 2) El condón masculino que es el que comúnmente se utiliza, es una funda de látex o poliuretano, muy fina, elástica y resistente que se coloca en el pene cuando está en erección y que, al desenrollarlo, lo cubre en su totalidad. Es el anticonceptivo más utilizado en el mundo, porque es accesible y económico, además es de fácil uso y manejo (Feminist Women's Health Center, 2007, Durex, 2007).

En cuanto al condón masculino existen tres variantes de condones que fueron diseñados específicamente para el sexo vaginal:

- **Normales:** Es una funda de látex, poliuretano y de piel de cordero, este último posee pequeños poros (agujeros) que son lo suficientemente grandes como para dejar pasar al VIH, por lo que no previenen la transmisión del virus, en tanto se recomienda el uso de condones de látex y poliuretano, estos tienen un grosor de 0.06mm (Gordiu, 2006) y no permiten el paso del VIH.
- **Sensitivos:** estos tienen la característica de proporcionar mayor placer tanto al hombre como a la mujer, ya que son más delgados (Sico, 2008), se adaptan al pene, y tienen texturas; existen dos tipos: 1) *texturizados*: son lisos y presentan algunas protuberancias según el tipo de estimulación; existen tres tipos de texturas: grabado de botones o taches, anillos o costillas y la combinación de ambas texturas. Cuando la textura es de rayas estimula al hombre y cuando ésta es con pequeños puntos salientes en forma de taches sirve para estimular a la mujer en las paredes vaginales; son indicados cuando existe dilatación vaginal, algo muy habitual después de un parto; por último existen los condones texturizados con ambas formas con la finalidad de que exista estimulación tanto para la mujer como para el hombre (Coesda, 2007). 2) *anatómicos*: son condones que tienen diferentes formas que se adaptan al cuerpo del pene,

existen dos variaciones de este tipo. El primero tiene forma de campana y produce una mayor estimulación en el glande del pene. El segundo, es recto y es ligeramente más ancho en el extremo superior, hacen sentirse más cómodo al hombre ya que le proporciona seguridad, se ajustan más en la zona del glande y se obtiene mayor sensibilidad, es apropiado para hombres que tienen grande el glande (Coesda, 2007).

- **Ultrasensitivos.** Poseen las mismas características del sensitivo, sólo que el nivel de grosor es de 0.04mm, aunque la sensibilidad es prácticamente la misma, las de los ultrasensitivos, añaden un factor psicológico positivo muy importante como sensación de calor en los genitales, aspecto muy importante, sobre todo para las personas reacias al uso del condón (Sico, 2008; Condón.pon, 2004).

En el caso del **sexo oral**, se sugieren condones delgados que aumenten la sensibilidad, esta misma cualidad puede provocar un mayor riesgo de ruptura por lo que no son recomendables para sexo anal ó vaginal, ya que, al usarlos las sustancias empleadas para el aroma producen en algunas personas infecciones. (Coesda, 2007). En el mercado hay condones con aroma, con sabor, o ambos en uno solo. Al usarlos dejan un suave sabor en la boca, ya que incluyen sustancias saborizantes y aromáticas, por ejemplo plátano, naranja, vainilla, menta entre otros. Otro tipo son los de colores: son delgados, lo que proporciona mayor sensibilidad, su elaboración incluye una amplia variedad de tonos con la finalidad de hacerlos atractivos a la vista de los usuarios, además de ser usados para este tipo de práctica también pueden ser utilizados para la práctica vaginal (Condón.pon, 2004).

Por último, en cuanto al **sexo anal**, es conveniente utilizar un condón más grueso (reforzado) y con suficiente lubricante debido a que el condón es sometido a mayores esfuerzos. Al respecto en el mercado se encuentran condones extrafuertes o extra resistentes, a diferencia de los sensitivos y ultrasensitivos, pues tiene un grosor de 0.09mm, también pueden ser usados en las relaciones de tipo vaginal duraderas (aproximadamente 10 minutos sin eyaculación) por el

tiempo de fricción (Coesda, 2007). El condón femenino es una opción más por su grosor y por el material del que está hecho.

2.8.2 Uso del condón

Los condones protegen en un 88 a 97% (Feminist Women's Health Center, 2007) si el uso de éste es adecuado, por lo tanto las fallas en el uso de éste sólo se deben a dos factores, 1) al uso incorrecto y a la inconsistencia. La consistencia se refiere al uso del condón en cada una de las relaciones sexuales (Del Río Chiriboga y Uribe, 1995) y el uso correcto se entiende como la realización de una serie de pasos correctos que garantizan la efectividad del condón.

CENSIDA (2007); IMMS (2006) PROFECO (2006) refieren que 8 son los pasos que deben realizarse para usar correctamente el condón masculino durante la penetración; Robles *et al.* (2006) propone 15 pasos que van desde la verificación del estado del condón, el uso durante la práctica (ponerlo y quitarlo) y finalmente desecharlo, los pasos para usar el condón correctamente son los siguientes:

1. Revisar burbuja de aire en el condón.
2. Revisar fecha de caducidad.
3. Buscar muesquillas por donde se pueda abrir el paquete.
4. Bajar el condón antes de abrir el paquete.
5. Abrir el paquete sin usar uñas ni dientes.
6. Sacar el condón del paquete cuidando no rasgarlo.
7. Ver hacia que lado se desenrolla.
8. Apretar el receptáculo del depósito del semen.
9. Girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas.
10. Colocar en el glande el condón.
11. Bajar el condón con las yemas de los dedos hasta la base del pene.
12. Pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo.

13. Tomar el receptáculo del semen y darle vueltas.
14. Retirar el condón.
15. Desecharlo envuelto en pape en el bote de basura.

En el caso del condón femenino, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) los pasos a seguir en la colocación son los siguientes:

1. Abrir la envoltura con cuidado de no rasgar o romper el condón.
2. La mujer tiene que adoptar dos posiciones según le resulte más cómoda al ponerlo, la primera, consiste en estar recostada con sobre la espalda con las piernas flexionadas en un ángulo de 45 grados y separadas, la segunda manera de colocarlo es parada con un pie sobre una silla.
3. Flexionar el anillo pequeño con los dedos índice, medio y pulgar presionándolo para colocarlo en el interior de la vagina para introducirlo hasta el fondo de la vagina. El anillo más grande queda por fuera del cuerpo de la mujer
4. Durante el coito el pene se introduce en el condón mientras que el arillo grande permanece afuera hasta que el hombre haya eyaculado.
5. Para retirar el condón se gira el arillo grande antes de extraerlo de la vagina, cuidando que no se derrame el contenido, ya torcido el arillo se jala el condón hacia fuera y se desecha.

Además de los pasos del uso del condón, algunos expertos (PROFECO, 2006; Feminist Women's Health Center, 2007) sugieren tomar en cuenta lo siguiente:

- Utilizar un condón nuevo, cada vez que se tenga relaciones sexuales o cuando el pene va del recto a la vagina.
- No usar un condón masculino y femenino al mismo tiempo.
- Utilizar lubricantes hechos **a base de agua** con los condones de látex.
- No usar lubricantes **a base de aceite**.

- Los aceites como mantequilla, aceite para bebé, vaselina o crema pueden destruir el látex.
- Mantener los condones de látex en un lugar seco y fresco. No exponer los condones de látex a la luz solar directa o a temperaturas altas.
- Usar condones que no estén dañados en la envoltura.
- Usar el condón antes de la fecha de caducidad.
- Practicar el uso del condón antes de usarlos con la pareja.
- No tirar condones en el inodoro ya que pueden tapar las cañerías.

En los últimos apartados se ha visto como usar correctamente el condón y a lo largo del capítulo se ha hecho énfasis en que su uso debe ser consistente, lo cual quiere decir que el condón se debe usar cada vez que se tienen relaciones sexuales (100% de las veces) (Frenk, 2002). Al respecto está demostrado que los adolescentes podrán saber usar el condón pero en cuanto a la consistencia, éste sigue siendo un factor de riesgo, ya que su uso sigue siendo inconsistente, representando así un problema latente para los problemas de salud sexual, sobre todo el VIH/SIDA.

Uno de los factores que se ha asociado con dicho problema es el nivel de implicación emocional con la pareja, recordemos que los adolescentes son una población que no tienen estabilidad en el área emocional, por ende, es importante ahondar y conocer la investigaciones que se han hecho al respecto y cómo este vínculo emocional en la pareja, afecta el uso correcto y consistente del condón.

CAPÍTULO III

RELACIÓN DE PAREJA Y USO DEL CONDÓN EN ADOLESCENTES

*“El amor y el odio no son ciegos,
sino que están cegados por
el fuego que llevan dentro.”*

Friedrich Nietzsche,

En capítulos anteriores se hizo referencia al proceso de desarrollo físico, social y psicológico del adolescente y a los problemas de salud sexual a los que se enfrenta, una de las principales causas de estos problemas es el inicio de la actividad sexual a edades tempranas, lo cual se complica aún más, ya que se ha demostrado que los adolescentes no toman las medidas necesarias de prevención como lo es el uso correcto y consistente del condón.

Entre los factores que afectan el uso del condón están la percepción de riesgo, el apoyo social, la accesibilidad, la aceptabilidad y el género, estos dos últimos factores, según Finguer y Piribila (2003), juegan un papel determinante en el uso del condón, respecto a la aceptabilidad los argumentos para usar o no condón se basan en el decremento de placer y demostración de afecto; con respecto al género, el uso del condón tienen que ver con la implicación y demostración de afecto dentro del vínculo de la pareja.

En torno a este contexto se puede ver la importancia de ahondar en temas como el vínculo de la pareja en los adolescentes y su relación con el uso del preservativo por tanto, el objetivo de este capítulo es conocer el proceso de formación de las relaciones de pareja de los adolescentes y el inicio de su actividad sexual a través de un modelo que permita evaluar la relación entre el vínculo afectivo y el uso del condón.

3.1 Las relaciones de pareja en los adolescentes

Los cambios que viven los seres humanos en la adolescencia forman parte de un proceso en el cual los individuos experimentan la sexualidad y el amor (Barranco, 2004). A través de la relación que se establece con otras personas se logra la integración con la sociedad; estas relaciones son determinantes para realizar una serie de cambios en el comportamiento. En un inicio las relaciones con los padres son fundamentales en el desarrollo, pero al llegar la adolescencia éstas son menos importantes, tomando su sitio las relaciones de amistad y noviazgo, ambas relaciones sirven para el establecimiento de la identidad, pues es necesario que los adolescentes se reconozcan como personas únicas y diferentes de los demás, lo cual fortalecerá su autoestima (Vargas y Barrera, 2002).

Díaz-Sánchez (2003) señala que el noviazgo es una experiencia emocional que ocurre prácticamente por primera vez entre los 15 y 19 años; su finalidad es experimentar la sensación de amar a alguien y de compartir sentimientos, sólo un pequeño porcentaje piensa casarse o formar una familia, estas relaciones son mejor conocidas como relaciones románticas.

Por relación romántica se entiende la serie de interacciones que ocurren a lo largo del tiempo y que se caracterizan por involucrar a dos individuos que reconocen algún tipo de vínculo entre sí, son voluntarias, existe algún tipo de atracción física basada en las características de la personalidad, la compatibilidad de intereses o habilidades, implican manifestaciones de compañerismo e intimidad, protección y apoyo (Brown, Fering y Furman, 1999; citado en Vargas, Barrera, 2002).

De acuerdo con Taradash, Conoly, Pepler, Craig y Costa (2001) y Shulman y Seiffge-Krenke (2001), las relaciones románticas entre los adolescentes se llevan a cabo a través de un proceso que consiste en cuatro fases:

- En la primera fase se da un *proceso de iniciación*. Sus características principales son la atracción física y el deseo que son parte esencial del

proceso; en esta etapa las personas se encuentran principalmente interesados –y a menudo preocupados–, por cómo se sienten, cómo actúan y si su comportamiento es aceptado por los demás. La interacción se limita a encuentros ocasionales o llamadas telefónicas; el no tener novio o novia resulta ser muy estresante para los adolescentes, quienes generalmente se sienten rechazados o excluidos, celosos enojados y lastimados cuando sus amigos inician una relación de noviazgo.

- En la segunda fase, se da un proceso de *afiliación* en el cual tanto ellas como ellos se relacionan dentro de grupos mixtos (masculino y femenino); aún cuando existe una necesidad sexual, el principal motivo de esta fase es la compañía más que la intimidad, se establece lo que se conoce como relaciones amistosas.
- En la tercera fase las relaciones son más *románticas e íntimas*, donde se busca un mayor acercamiento físico, se involucran en una mayor actividad sexual, se experimentan sentimientos profundos, se da mayor énfasis a la intimidad con el compañero romántico y el grupo de compañeros ya no es tan importante en la construcción de su relación; en esta etapa la pareja se encuentra establecida, ya que conviven con mayor frecuencia.
- Por último en la cuarta fase, las relaciones de los adolescentes se basan en el *compromiso* buscando una mayor estabilidad, por consiguiente, las relaciones se establecen a largo plazo, muestran un mayor comportamiento afectuoso, la fuerza fundamental incluye atracción física mutua, deseo de intimar y disposición y habilidad para mostrar conductas de cuidado hacia el otro; son relaciones profundas, ambos se sienten comprometidos; se asemejan, en algún sentido, a las relaciones maritales.

La perspectiva de estar enamorado o no, varía entre los 13 y 25 años. En un estudio realizado por Castro (2001) se encontró que entre los 13 y 15 años los varones dan más importancia a la atracción mutua mientras que las mujeres ponen énfasis en la posibilidad de compartir cosas y el compañerismo. A partir de los 16 años tanto para hombres como para mujeres es importante el poder estar

CAPÍTULO III

juntos, así como tener sentimientos profundos, aunque existe una diferencia, ya que los hombres consideran que el estar enamorados implica pensar mucho en la otra persona. Después de los 20 y hasta los 25 años en los hombres, a diferencia de las mujeres, el compañerismo y la sensación de felicidad plena son señales de estar enamorado, pasando a segundo término la atracción mutua. Finalmente tanto para hombres como para mujeres a edades mayores de los 25 años el enamoramiento no está vinculado con proyectos en común, además aspectos como el respeto, el cuidado y la confianza tienen menor valor.

Es importante señalar que el amor y noviazgo no son lo mismo, ya que el noviazgo es el proceso en el cual dos personas establecen una relación de pareja en donde se manifiestan sentimientos, emociones y se demuestra amor. El amor, por su parte, es el sentimiento que se tiene hacia la otra persona. Sternberg (1989, citado en Díaz- Loving y Sánchez Aragón (2002) señala que para entender el amor es necesario conocer sus componentes básicos: intimidad, pasión y compromiso.

- a) *Intimidad* se refiere a los sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión con el otro. Respeto, entrega de uno mismo, entendimiento mutuo y deseo de intimidad con la persona amada, son algunos aspectos que incluye, así como deseo de promover el bien de ésta o sentimiento de felicidad al estar juntos.
- b) *Pasión*: estado de intenso deseo de unión con el otro. Implica entrega, pertenencia, sumisión y especial atracción física y deseo de satisfacción sexual.
- c) *Compromiso*: Implica dos aspectos, la decisión de amar a otra persona y el compromiso de mantener ese amor, aunque estos dos aspectos pueden no aparecer de manera simultánea.

De acuerdo con Labrador (2006), la pasión suele ser el primer componente que aparece en una relación amorosa, el que más rápido se desarrolla pero también el que se agota con mayor facilidad. Por el contrario, la intimidad y el

CAPÍTULO III

compromiso, tardan en aparecer y se van desarrollando con el tiempo y la edad, son los responsables de que el amor evolucione y se mantenga, desarrollando lo que se conoce como el noviazgo o relaciones románticas. De tal manera que el amor y el noviazgo están muy relacionados entre sí, ya que normalmente al existir un noviazgo éste va acompañado del sentimiento del amor.

Puede resultar confuso el pensar que exista un noviazgo sin amor, sin embargo dentro del noviazgo el amor puede establecerse de dos maneras: 1) románticamente y 2) racionalmente. De acuerdo con Shulman Seffge-Krenke (2001) dentro de toda relación existen características de ambos tipos de amor, la diferencia radica en lo siguiente:

- a) *Amor Romántico*: Es un amor basado en sentimientos y emociones, implica una fuerte unión emocional con tendencia hacia la idealización y a una marcada atracción física, por ende, es irreal y tiende a debilitarse fácilmente, se caracteriza por:
- Posesión
 - Se expresan o manifiestan celos exagerados.
 - Se idealiza a la pareja, por lo tanto no se identifican defectos.
 - El amor es prohibido o presenta muchas dificultades u oposiciones.
 - Da mayor importancia a los sentimientos intensos como palpitaciones, sudoración y nerviosismo, entre otros.
 - La persona vive el momento sin pensar en las consecuencias.
 - Piensa que no puede vivir sin la otra persona.
 - Existe mayor atracción física, vanidad.
 - Se le otorga más importancia a los atributos físicos de la pareja (sonrisa, ojos, forma de caminar).
 - A menudo incluye fuertes peleas, discusiones y malos entendidos.
 - La relación se enfoca en obtener ventajas personales.
 - Suele incluir sentimientos de culpa, inseguridad y frustración.
 - Ejerce su efecto destructor sobre la personalidad.

- b) *Amor Racional*: Es aquel que lleva a analizar y evaluar la relación y a la persona que está considerando como posible candidato(a). Este permite estar conscientes de las metas, necesidades y de las características que se desean de la pareja.

Sí bien es cierto que ambos tipos de amor se manifiestan en cada relación, es importante recordar que con el paso del tiempo, la percepción de la pareja y de lo romántico cambia entre los adolescentes y los jóvenes.

En un estudio realizado por Shulman y Kipnis (2001) se encontró que las percepciones que se tenían de la pareja cuando se era adolescente, a diferencia de la adultez, es que el romanticismo dentro de la pareja era visto como una forma de compañía y fue valorado como una experiencia total, placentera y entusiasta en la que los problemas se toleran, a diferencia el romanticismo en la adultez, ya que los adultos describieron las relaciones de pareja como una relación madura caracterizada por la confianza, el apoyo y la estabilidad.

Lo anterior reafirma que los adolescentes tienden a la idealización que se tiene por la pareja y la manera romántica y no racional de amar, lo cual los pone en desventaja en el terreno sexual, ya que en la tercera fase de la relación, según Taradash et al., (2001), Shulman Seffge-Krenke (2001) y Shulman, Kipnis (2001), es cuando la intimidad no sólo es emocional sino que además se busca un mayor acercamiento físico, que en la mayoría de las ocasiones se deriva en el inicio de la actividad sexual, ya que las relaciones románticas promueven elementos de confianza e intimidad (Penagos, Rodríguez, Carrillo y Castro, 2006); además no hay que olvidar que la sexualidad es fundamental en el adolescente (Weisfeldy Woodward, 2004).

3.2 Características del inicio de la actividad sexual de los adolescentes

En la etapa de la adolescencia un acontecimiento que retoma gran importancia es el inicio de la actividad sexual, ésta es progresiva, ya que va de menores grados de intimidad (tomarse de la mano) y estimulación, hasta llegar a la compenetración

y máxima estimulación con el acto sexual con penetración (Vargas y Barrera, 2002). Esta progresión puede variar según la oportunidad de ocurrencia; por lo que Bronw y *co/s.* (2001, citado en Vargas y Barrera, 2002) señalan que el hecho de que los adolescentes inicien su actividad sexual a edades muy temprana y otros la posterguen hasta alcanzar una relación romántica relativamente estable, dependerá del número de veces que estos cuenten con las condiciones necesarias para poder tener o iniciar una relación sexual. No obstante, algunos estudios demuestran que la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes ha disminuido en forma paulatina durante las últimas décadas (Bimbuela, Jiménez; Alfaro, Gutiérrez, March 2002; Robles et al., 2006).

El inicio de la actividad sexual depende del significado que tiene el primer encuentro sexual para las personas involucradas; por ejemplo, entre hombres y mujeres el significado es distinto; en los hombres la primera relación sexual constituye un episodio sin mayor trascendencia, sólo es una prueba que les permite confirmar su “virilidad”, mientras que las mujeres reportan que su primera experiencia sexual fue por amor y con alguien emocionalmente importante (Vargas y Barrera, 2002). Esto último concuerda con lo dicho por la Encuesta Nacional de la Juventud (2001), la cual reporta que la primera relación sexual ocurre en su gran mayoría con una pareja sentimental que normalmente es novio(a). En este mismo sentido, los resultados de Kastle y Tucker (2005) obtenidos en su estudio sobre la actividad sexual y las relaciones románticas con amigos, conocidos o desconocidos, muestran que quienes tenían pareja actualmente tenían relaciones sexuales y tanto hombres como mujeres habían tenido lazos sociales pre-románticos; en el caso de las mujeres el lazo pre-romántico había sido con amigos mientras que en los hombres sólo eran conocidos; en ambos sexos se encontró que estos no tuvieron relaciones con personas *desconocidas*. También con adolescentes de escuelas públicas de secundaria y preparatoria del Estado de México, Moreno *et al.*, (2008) encontraron que la mayoría de la muestra estudiada tuvo su primera relación sexual con el novio(a).

Uno de los factores que propician el inicio de la actividad sexual es el contexto en el que éstas ocurren. Generalmente la primera relación sexual ocurre

CAPÍTULO III

en la casa de alguno de los dos miembros de la pareja (Moreno, et al., 2008), y esto es entendible porque una casa sola y con poca supervisión proporciona la oportunidad ideal para que los adolescentes se involucren en la práctica sexual.

Vargas y Barrera (2002) señalan una serie de factores que están asociados con la actividad sexual y las relaciones románticas en la adolescencia.

Factor individual: Se refiere a los componentes individuales que suelen agruparse bajo el concepto de competencia psicosocial por ejemplo la autoestima y la autoeficacia.

Respecto a la autoestima y su relación con la actividad sexual ésta es significativa ya que, la forma en como estos dos factores influyen uno sobre el otro, depende básicamente del contexto normativo en el que se encuentran los adolescentes, por lo que sí el comportamiento sexual contradice los valores personales esto se asocia con sentimientos como la aflicción, pena o tristeza y baja autoestima (Miller y Moore, 1990; Millar, Cristensen y Olson, 1987, citados en Vargas y Barrera, 2002). Es importante señalar que la calidad de las relaciones románticas de los adolescentes esta relacionada con baja autoestima producto de las relaciones negativas y el comportamiento controlador por parte de las parejas (Furman, 2000 citado en Vargas y Barrera, 2002).

En cuanto a la autoeficacia y su relación con la actividad sexual, en los adolescentes ésta se considera un factor importante, ya que refleja la medida en la cual los individuos creen que tienen control sobre sus intereses, comportamientos y ambiente (Richard, Van der Pligt, 1991; citado en Vargas, Barrera, 2002). Al respecto en una investigación realizada por Heaven (1996; citado en Vargas, Barrera, 2002) señala que los hombres son quienes son menos capaces de rehusarse a tener una relación sexual con su pareja y su vez de rechazar a una persona distinta a esta que le proponga alguna actividad sexual con la cual no se sientan cómodos. En este sentido la capacidad de decisión se vuelve un punto importante del factor individual, un estudio realizado por Levinson (1993; citado en Vargas, Barrera, 2002) sobre el comportamiento sexual y contraceptivo relacionado con la autoeficacia percibida, señala que los adolescentes tienen la capacidad de generar situaciones sin riesgo y buscar métodos anticonceptivos;

CAPÍTULO III

conjuntamente asumen la responsabilidad de la dirección de la actividad sexual y del uso de anticonceptivos previniendo el coito sexual no protegido, esto con base en su asertividad; asimismo, Vargas y Barrera (2002) señalan que si los adolescentes evitan y reconocen la posibilidad de involucrarse en actividades sexuales de riesgo, también son capaces de iniciar su actividad sexual, siempre y cuando las razones, sobre todo en los hombres, sean el placer y el gusto (Chirinos *et al.*, 1999).

Factor Familiar: Los padres son un elemento dentro de la relación familiar que promueve o ayuda a postergar el inicio de las relaciones sexuales, según la información y la actitud que estos manejen; entre más informados y dispuestos estén ellos a brindar información sobre aspectos sexuales a sus hijos, los adolescentes postergarán el encuentro sexual, o bien, emplearán algún método preventivo (Vargas y Barrera, 2002).

Factor social: Se refiere a la influencia del grupo o grupos cercanos al individuo, un ejemplo muy claro es el grupo de compañeros como factor determinante que influye en las relaciones románticas; estos, a su vez, proporcionan el contexto adecuado (fiestas, salidas) que se requiere para profundizar en el terreno del noviazgo y entender la intimidad sexual y emocional. Entre las características importantes de este factor están las normas y la aprobación por parte del grupo; por ejemplo, en la primera relación sexual influye de manera significativa el que ésta se realice con el mejor amigo o amiga de la persona con la cual se tiene una relación estable o de noviazgo.

Al respecto, Vargas y Barrera (2002), haciendo referencia a la encuesta sobre sexualidad y comportamiento de riesgo para la salud de los adolescentes, señalan que las mujeres, a diferencia de los hombres, tuvieron su primera relación sexual por presión de su pareja, mientras que los hombres sintieron más presión por parte de los amigos. Cabe señalar que no sólo los grupos son fuentes incitadoras del inicio de la actividad sexual, otras fuentes de influencia sexual son la televisión y la literatura (Vargas, Barrera y Labrador, 2004).

Los trabajos revisados hasta el momento reflejan el tipo de vínculos que establecen los adolescentes en su relación de pareja y las características del inicio

de su actividad sexual, la cual es espontánea, no planeada y no protegida. Una vez que los adolescentes inician su vida sexual, se vuelve sumamente importante el estudio de los factores que promueven o impiden que se protejan, considerando las características afectivas que distinguen las relaciones románticas en esta población. En el siguiente apartado se expone este aspecto.

3.3 Investigaciones sobre uso del condón y relaciones de pareja de los adolescentes

Pese a que las estadísticas señalan que una de las poblaciones donde se concentra el mayor porcentaje de personas que han adquirido el Virus de Inmunodeficiencia Humana son las personas mayores de 15 años y que sólo el 2% son menores de 15 años, el proceso de desarrollo de la infección por el VIH y producción del SIDA indica que los adolescentes son una población en riesgo, donde la principal causa es la inconsistencia del uso del condón, siendo uno de los factores que agravan este problema.

Tener múltiples parejas sexuales de las cuales no se conoce su historia sexual, se considera una de las conductas que hacen altamente probable la transmisión del VIH (Villaseñor et al., 2003); este aspecto se ha vuelto un foco de atención que se sintetiza en términos de la importancia que juega la implicación afectiva.

En relación con lo anterior el uso del condón puede variar considerablemente si se toma en cuenta que el grado de intimidad o involucramiento afectivo con la pareja es una variable que se encuentra vinculada con su uso. En torno a este tema se han seguido dos líneas, la primera referente al tipo de pareja y la segunda a los motivos por los cuales se tienen relaciones sexuales con determinadas parejas.

Finguer y Pribila (2003) señalan que algunas encuestas demográficas y de salud indican que el uso del condón es más elevado entre los jóvenes solteros que entre los jóvenes casados, es mayor su uso en los hombres que en las mujeres, y

CAPÍTULO III

entre compañeros casuales que con compañeros regulares, esto se debe principalmente a tres factores:

1. *Percepción de riesgo*. Los jóvenes no se consideran en riesgo de contraer VIH/SIDA cuando tienen relaciones sexuales con una pareja estable, ya que confían en su pareja, y no toman en consideración los antecedentes sexuales de dicha pareja ni las consecuencias de no protegerse.
2. *Apoyo social, aceptabilidad y accesibilidad*. El usar o no condón depende en alguna medida de qué tan accesibles resulten ser los condones para los adolescentes, del apoyo social que brindan los encargados de proveer condones y, en mayor medida, de qué tanto acepten los adolescentes usar el condón. En cuanto a la aceptabilidad, el argumento que generalmente se utiliza para no aceptarlo descansa en la ausencia de placer y la pérdida de espontaneidad.
3. *Género*. Generalmente, en la mujer el uso del condón es una señal de amor y protección, mientras que los varones lo usan con compañeras casuales como medida de protección.

En un estudio realizado por Gebhardt et al., (2003) con adolescentes de 15 a 23 años, se encontró que el uso del condón depende del tipo de relación, ya sea con una pareja regular (la cual se entiende como una relación de tiempo) o pareja ocasional (con quien no se tiene una relación de tiempo, por ejemplo sólo por una noche), y los motivos para tener sexo. De tal manera que se puede ver que quienes usan con mayor frecuencia el condón son los que tienen parejas ocasionales, a diferencia de los que tienen una pareja regular; los que tienen parejas ocasionales usan condón con mayor frecuencia por motivos como el complacer a otros o por placer, a diferencia de los que lo hacen por expresar amor, dado que tienen un mayor grado de intimidad con la pareja, lo cual provoca una inconsistencia del uso del condón.

En un estudio similar (García et al., 2006) sobre el comportamiento sexual en adolescentes, la mayoría justificaban que el no usar condón se debía a la incomodidad de éste (la pérdida de placer) y que no le gustaba a su pareja, así

CAPÍTULO III

como a la estabilidad y la confianza con la pareja. Estos datos concuerdan con un estudio realizado por Bimbela et al., (2002), en donde el objetivo fue describir el uso del condón entre jóvenes de 14 a 24 años en sus relaciones vaginales e identificar los factores asociados a dicho uso; encontraron que quienes usaron más el condón fueron aquellos que reportaron haber tenido más de una relación vaginal y en donde el usar o no condón se basa en términos de confianza, por lo que quienes no usan condón refieren que no es necesario usarlo "si se confía en la pareja"; por el contrario, quienes lo usan son aquellos que tienen una pareja habitual pero tienen relaciones sexuales con baja frecuencia.

Asimismo, Plichta et al., (1992) y Rattlenbeck y Hagaze (2004) coinciden en que el uso del condón depende del tipo de pareja y los motivos para intimar con esta. En el caso de los jóvenes, la percepción de la pareja influye en el uso del condón; por ejemplo, cuando los jóvenes tienen una nueva pareja es más probable que usen el condón (Bayés, Pastells y Tuldrá, 1996; Fortenberry *et al.*, 2002) pero, al percibirla como estable, la frecuencia de su uso decrementa considerablemente y la percepción de la estabilidad puede variar, un dato específico es que las mujeres perciben a su pareja como estable a los **21** días de haber iniciado una relación, en consecuencia, el uso del condón decrementa considerablemente a partir de ese rango de tiempo (Fortenberry, *et al.*, 2002); además el uso del condón es más frecuente con la pareja ocasional que con la estable (Fortenberry, *et al.*, 2002; Robles y Díaz Loving, 2007; Robles Díaz-Loving, 2008). Resultados similares se encontraron en un estudio realizado por Pérez y Pick (2006) que identificó los predictores psicosociales de la conducta sexual protegida en adolescentes, en el caso de las relaciones sexuales con una pareja regular la comunicación asertiva fue el mejor predictor; seguido de los conocimientos. En tanto para la pareja tipo ocasional el mejor predictor son las creencias.

Por otro lado, Rosenthal, Gifford y Moore (1998) encontraron que para las mujeres y algunos hombres el tener relaciones sexuales con parejas informales forma parte de una estrategia para obtener la posibilidad de establecer una relación de amor, de tal manera que para ambos grupos el sexo sin protección es

CAPÍTULO III

visto como una estrategia para aumentar la posibilidad de que de un encuentro informal resulte una relación de largo plazo. Por el contrario, el sexo con protección se visualiza como una estrategia que probabiliza la interrupción de una relación a largo plazo, considerándolo como un encuentro causal en el que se pierde la posibilidad de enamorarse.

Kirkman, Roshenthal y Smith (2001) mencionan que los adolescentes utilizan más el condón cuando se perciben en riesgo de un embarazo a diferencia de la percepción de contraer alguna infección sexual, el argumento de utilizar el condón para la anticoncepción es compatible con una visión romántica del futuro y confirma la virilidad hombre, pero el razonamiento sobre el "Sexo seguro" en los adolescentes no puede ser incluido dentro del relato romántico o la visión romántica a futuro, ya que el hablar de sexo seguro implica no tener sentimiento de amor hacia la persona, por tal motivo es que el uso del condón decremента bajo esta situación. La temporalidad, la intimidad, la confianza mutua y la fidelidad son elementos dentro de la relación de pareja que influyen considerablemente respecto al uso consistente del condón (Bayés, Pastells y Tuldrá, 1996; Fortenberry et al., 2002; Gebhardt et al., 2003).

El establecimiento del vínculo afectivo se basa en la temporalidad, la intimidad, la confianza mutua y la fidelidad, los cuales son factores de la relación de pareja que influyen considerablemente en el uso consistente del condón (Bayés, Pastells y Tuldrá, 1996; Fortenberry *et al.*, 2002; Gebhardt, Kuyper y Greunsvan, 2003). Por lo tanto, la relación de pareja es más compleja y su estudio no debe estar limitado sólo al tipo de pareja ó los motivos por los cuales se tiene sexo.

A través del Modelo del patrón de acercamiento-alejamiento de la relación de pareja propuesto por Díaz-Loving (1996), se puede hacer un análisis de los afectos, cogniciones y conductas con lo cual se puede establecer y categorizar el tipo de relación de la pareja esto aunado al uso consistente del condón. A continuación se revisara y analizara dicho modelo a fin de establecer el proceso de desarrollo establecimiento y disolución de la pareja y su relación con el uso del condón.

CAPÍTULO IV

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

El estudio que aquí se presenta forma parte de un proyecto más general titulado “Programa de intervención conductual para postergar el debut sexual en adolescentes”, el cual está financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), con número de registro IN303306, cuyos responsable y corresponsable son la Dra. Susana Robles Montijo de la FES Iztacala, UNAM y el Dr. Rolando Díaz Loving de la Facultad de Psicología de la UNAM. Este proyecto está conformado por dos estudios. El primero de ellos constituye un estudio diagnóstico. El segundo es un estudio de intervención diseñado para prolongar la edad del debut sexual de los adolescentes de preparatoria y de secundaria.

El objetivo del estudio diagnóstico consiste en obtener información sobre el nivel de conocimientos, actitudes y conductas de riesgo relacionadas con VIH/ITS y embarazos no deseados e identificar el nivel de implicación emocional con la pareja en estudiantes de secundaria y preparatoria, determinando las diferencias por sexo, nivel de escolaridad y debut sexual.

Para el estudio de intervención se tiene por objetivo lograr que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales desarrollen habilidades para hablar abiertamente sobre temas de sexualidad, para demorar el inicio de su vida sexual y para usar correctamente el condón en su primer encuentro sexual.

En este contexto, el estudio que aquí se presenta constituye un reporte de resultados parciales que corresponden al estudio diagnóstico antes referido, centrándose en el análisis de las variables vinculadas con el nivel de implicación emocional y el comportamiento sexual de los adolescentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si lo que se pretende es entender por qué los adolescentes no usan condón en sus relaciones sexuales, lo que habría que investigar son las características particulares del tipo de relación que se establece en una pareja (que es la que finalmente hace uso del condón). Díaz-Loving (1999), basado en un modelo biopsicosociocultural (Díaz-Guerrero, 1972, citado en Díaz Loving, 1999), propone y describe un patrón de acercamiento-alejamiento de las parejas, que refleja las formas genéricas de las relaciones de pareja de acuerdo con sus cogniciones, sus afectos y sus conductas. Dicho patrón contempla 13 etapas por las que una pareja puede pasar en su relación amorosa, que aunque se entremezclan y no son puras, permiten entender los aspectos significativos de las personas involucradas en distintos momentos de su evolución como parejas. Dichas etapas son las siguientes: desconocido-extraño / amistad / atracción / pasión-romance / compromiso / mantenimiento / conflicto / desamor / alejamiento / separación / olvido. De acuerdo con Díaz-Loving y Sánchez Aragón (2002), cada miembro de la pareja evaluará cognoscitiva y afectivamente el comportamiento del otro, dependiendo del grado de acercamiento-alejamiento que exista en la relación. A continuación se presenta una síntesis de cada etapa.

- *Extraño o desconocido*: Los sujetos se perciben como extraños, aunque se reconoce al otro, no se realizan conductas o cogniciones dirigidas al fomento de algún tipo de relación o acercamiento.
- *Etapas de conocido*: Esta etapa se caracteriza por un cierto grado de familiaridad y por conductas de reconocimiento (sonrisas y saludos) a nivel superficial, manteniendo un bajo grado de cercanía o intimidad. Lo que determina el pasar a la siguiente etapa, es la evaluación de los encuentros casuales con el conocido y los rasgos externos más sobresalientes, de tal manera que el sujeto considera las desventajas de intimar, y decide si

quiere o no continuar la relación en términos de mayor cercanía o simplemente mantenerla a nivel de conocidos.

- *Etapa de amistad:* Esta etapa esta caracterizada por sentimientos de intimidad y cercanía profundos, no obstante excluye aspectos románticos sexuales o pasionales. El interés de esta etapa es acercarse más, lo cual implica una motivación afectiva y motivación instrumental (resolver necesidades), dado que se reevalúa constantemente a la persona de interés y se definen las normas y los alcances que se pretenden establecer, a su vez, con esta.
- *Etapa de atracción:* Inicia la construcción de cogniciones en torno al romanticismo; siendo la unión un motivo con el cual se busca interactuar y conocer más acerca del otro, aunado a la forma de hacerse más interdependientes.
- *Etapa de romance:* Existe una mayor cercanía, se busca una mayor comprensión y se siente por la otra persona amor y agrado.
- *Etapa de pasión:* Existe una respuesta fisiológica intensa y persiste el deseo y la entrega total.
- *Etapa de compromiso:* Se decide si es adecuado comprometerse en una relación más íntima y a largo plazo.
- *Etapa de mantenimiento:* Se caracteriza por una convivencia diaria y por búsqueda de resolución de incógnitas sobre planes a corto, mediano y largo plazo.
- *Etapa de conflicto:* Como su nombre lo indica, es un cúmulo de problemáticas no resueltas y que se mantienen provocando la falta de deseo por estar con la otra persona.
- *Etapa de alejamiento y desamor:* Se caracteriza por la evitación del cotidiano contacto con la pareja, decrementando el gusto de interactuar y conocerla, asimismo se busca individualidad.
- *Etapa de separación y olvido:* estas etapas van de la mano en la mayoría de las ocasiones, por lo que en la separación se busca el compromiso individual así como el divorcio (en el caso de las parejas casadas), mientras

que en la etapa de olvido puede existir una nueva selección y nuevas actividades.

Considerando el interés por entender el comportamiento sexual de riesgo de los jóvenes, particularmente por qué no usan el condón en sus relaciones sexuales, es posible que dicho comportamiento sexual de riesgo se vea afectado por las características cognoscitivas, afectivas y conductuales que ocurren y distinguen una etapa determinada de la relación de pareja. Pero al mismo tiempo, es necesario explorar si existe algún patrón de comportamiento sexual que se distinga en cada etapa y determinar si el comportamiento sexual de riesgo está asociado con alguna característica de las etapas en cuestión.

La propuesta de Díaz Loving (1999), además de incorporar elementos importantes descritos por autores especializados en el tema de las relaciones amorosas, tiene la gran ventaja de contar con un instrumento que permite identificar en qué estado del ciclo se encuentra una persona que tiene una relación de pareja. Con base a este modelo se puede tener una evaluación más precisa del nivel o vínculo afectivo y del grado de intimidad en la pareja, asociándolo con el uso consistente del condón.

Ante este planteamiento el presente trabajo tiene el propósito de identificar y evaluar las etapas de acercamiento de la relación de pareja en las que se encuentran los adolescentes y su relación con el uso del condón determinando las diferencias por sexo y nivel de escolaridad.

Objetivo general

Identificar el nivel de implicación emocional que caracteriza la relación de pareja de adolescentes de secundaria y preparatoria y evaluar su relación con el uso del condón, determinando las diferencias por sexo y nivel de escolaridad.

Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de consistencia del uso del condón en los estudiantes de preparatoria y secundaria, determinando las diferencias por sexo y nivel de escolaridad.
2. Identificar en toda la muestra el nivel de implicación emocional de acuerdo al patrón de acercamiento de la relación de pareja, determinando las diferencias por sexo y nivel escolar.
3. Identificar el tipo de persona con la que tuvieron su primera relación sexual en toda la población, por sexo y nivel escolar.
4. Identificar el tipo de persona con la que tuvieron relaciones sexuales durante los últimos tres meses determinando las diferencias por sexo y nivel escolar.
5. Identificar el tipo de persona con la que tuvieron su última relación sexual los adolescentes de toda la muestra.
6. Identificar la proporción de estudiantes de toda la muestra que usaron condón en su primera relación sexual y en los últimos 3 meses, determinando las diferencias por sexo y nivel escolar.
7. Determinar la relación entre la consistencia del uso del condón y nivel de implicación emocional de toda la muestra por sexo y nivel escolar.

MÉTODO

Participantes

De una muestra de 583 estudiantes que participaron en un estudio previo (Robles y Díaz-Loving, 2006) y fueron elegidos a través de un muestreo intencional por cuotas (150 estudiantes por nivel educativo y 50 por cada grado escolar), se seleccionaron aquellos que reportaron tener relaciones sexuales. En total participaron en este estudio 141 adolescentes entre los 12 y 16 años de edad; 50 estaban cursando la secundaria y 91 la preparatoria.

Tipo de Estudio

De acuerdo con la clasificación de Méndez, Namihira, Moreno y Sosa (2006), este estudio es de corte prospectivo-transversal-comparativo-observacional, ya que los instrumentos de evaluación se diseñaron y seleccionaron con base en los objetivos de esta investigación, las variables se midieron en una sola ocasión, se realizaron comparaciones por sexo y nivel escolar, y, finalmente, no se llevó a cabo ninguna manipulación de variables.

Variables

Las variables que se evaluaron en este estudio se calificaron en variables descriptivas, de comparación y dependiente.

Variables descriptivas: Dentro de ellas se tomaron en cuenta el número total de participantes en el estudio, la edad promedio y con quién viven (solos, con su familia, ó con su pareja).

Variables de comparación: Se consideraron el sexo (hombre-mujer) y el nivel de escolaridad (secundaria-preparatoria).

CAPÍTULO IV

Variables dependientes. Se consideró el patrón de conducta sexual y patrón de acercamiento de la relación de pareja (nivel de implicación emocional), las cuales contemplan los siguientes aspectos:

a) Patrón de conducta sexual. Se evaluaron aspectos como la edad del debut sexual, número de parejas sexuales en toda la vida, tipo de pareja en la primera y en la última relación sexual y uso del condón durante la primera y última relación sexual, así como la consistencia de su uso en los últimos tres meses.

b) Nivel de implicación emocional. Esta variable consideró el conjunto de cogniciones, afectos y conductas vinculadas con la atracción física, el romance, el amor pasional, la negociación y el compromiso de la relación de pareja. De acuerdo con Díaz-Loving y Sánchez-Aragón (2002), cada uno de estos aspectos se definen a continuación:

Atracción física. Hace referencia a la construcción de cogniciones en torno al inicio del romanticismo, en donde la unión es un motivo con el cual se busca interactuar y conocer más acerca del otro.

Romance. Se entiende como la fase en la cual se busca estar todo el tiempo con la pareja, tener mayor contacto físico y comunicación más profunda. Existe mayor cercanía, se busca una mayor comprensión y se siente por la otra persona amor y agrado.

Amor pasional. Es la etapa en la que el deseo sexual hacia el otro se manifiesta a través de respuestas fisiológicas intensas, persiste el deseo y la entrega total, se busca mayor cercanía física y el bienestar del otro.

Negociación de la relación. Se caracteriza por una convivencia diaria y por la búsqueda de resolución de incógnitas sobre planes a corto, mediano y largo plazo.

Compromiso. Hace referencia a la toma de decisiones sobre formar una relación sólida y estable, basada en la convicción de que es la persona con la que se quiere vivir; esta etapa de la relación se caracteriza por la unión de la pareja y la fidelidad.

Instrumentos de evaluación

Para evaluar el *Patrón de Conducta Sexual* se empleó el instrumento de autorreporte elaborado por Robles (2005), diseñado específicamente para obtener información sobre la conducta sexual de los participantes (ver anexo).

El nivel de *Implicación Emocional* de la relación de pareja se evaluó empleando el instrumento diagnóstico de las etapas de acercamiento-alejamiento de la relación de pareja desarrollado por Díaz-Loving y Sánchez-Aragón (2002). Para este estudio sólo se utilizó la parte del instrumento que evalúa las etapas de acercamiento de la relación de pareja. Se realizó un análisis factorial de componentes principales por el método de Rotación Varimax. Para la etapa de Acercamiento se extrajeron 5 factores que explicaron el 48.80% de la varianza total, seleccionándose los reactivos con cargas factoriales mayores a .40. De acuerdo con la evolución de la relación de pareja se ordenaron los factores de la siguiente manera:

Factor 1: Atracción física, con 4 reactivos y un Alfa de .7498

Factor 2: Romance, con 21 reactivos y un Alfa de .8991

Factor 3: Amor pasional, con 8 reactivos y un Alfa de .7642

Factor 4: Negociación de la relación, con 10 reactivos y un Alfa de .8038

Factor 5: Compromiso, con 6 reactivos y un Alfa de .7866

La consistencia interna de los 49 reactivos fue de .9423.

Todos los reactivos estuvieron definidos en un formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta que representaron el grado en el que cada afirmación describía a los

CAPÍTULO IV

participantes en relación con su pareja actual o su última pareja, con valores de 1 (para nada me describe) a 5 (totalmente me describe).

Medidas

En el Cuadro No. 1 se describen las medidas que se obtuvieron de cada una de las variables evaluadas.

Cuadro No. 1
Medidas de las variables

| Variables descriptivas | | | | |
|---|---|--|---|--|
| Variables | Tipo de respuesta | Escala | Medidas | |
| Edad | Númerica | Intervalo | Promedio de edad de toda la población. | |
| Con quien viven | 1) solos, 2) familia, y 3) con su pareja | Nominal | Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción | |
| Variables de comparación | | | | |
| Sexo | 1) Hombre y 2) Mujer | Nominal | Porcentaje de hombres y mujeres. | |
| Nivel escolar | 1) Secundaria y 2) Preparatoria | Nominal | Porcentaje de estudiantes de secundaria y preparatoria. | |
| Variables dependientes | | | | |
| <i>a) Patrón de conducta sexual</i> | | | | |
| Edad del debut sexual | Número | Intervalo | Promedio | |
| No. de parejas sexuales en toda la vida. | Número | Intervalo | | |
| Tipo de pareja | 1ra. rel. sex. | 1) Novio, 2) amigo, 3) familiar, 4) desconocido y 5) sexoservidor. | Nominal | Porcentaje de estudiantes que respondieron a cada opción |
| | Última relación sexual. | | | |
| Uso del condón | 1ra. relación sexual | 1) Si y 2) no | Nominal | |
| | En los últimos tres meses | 1) Si y 2) No | Nominal | |
| | Consistencia en los últimos 3 meses | Número | Intervalo | El resultado de dividir el número de veces que usaron condón en los últimos 3 meses entre el número de veces que tuvieron relaciones sexuales en el mismo periodo se multiplicó por 100 y se obtuvo la proporción de encuentros sexuales protegidos que permitió identificar el nivel de consistencia del uso del condón.. |
| <i>b) Patrón de acercamiento de la relación de pareja</i> | | | | |
| Factor 1 Atracción física | Escala tipo likert con valores de 1 (para nada me describe) a 5 (totalmente me describe). | Ordinal | Puntuación promedio obtenida en el conjunto de reactivos que definen cada factor. | |
| Factor 2 Romance | | | | |
| Factor 3 Amor pasional | | | | |
| Factor 4 Negociación | | | | |
| Factor 5 Compromiso | | | | |

Procedimiento

Con la anuencia de las autoridades de las instituciones educativas participantes, dos instructores previamente capacitados acudieron a las escuelas seleccionadas para aplicar los instrumentos de evaluación. Dentro del salón de clases de cada grupo de estudiantes los instructores dieron una explicación que señaló el motivo de su presencia y las características del instrumento que tenían que responder. Se aclararon dudas y se enfatizó que su participación sería voluntaria y que las respuestas que se obtuvieran serían anónimas y confidenciales. El instrumento se respondió de manera individual en un lapso aproximado de 40 a 50 minutos.

RESULTADOS

En el estudio participaron 141 adolescentes sexualmente activos con una edad promedio de 14.4 años, el 55.3%(78) fueron hombres y el 44.7%(63) mujeres; el 35.5% (50) pertenecía al nivel secundaria y el 64.5% (91) al de preparatoria. El 96.2% (75) de los hombres y el 96.8%(61) de las mujeres reportó vivir con su familia y sólo un hombre y una mujer reportó vivir con su pareja. Respecto al nivel escolar, el 98.0% (49) de los estudiantes de secundaria y el 95.6% (87) de preparatoria reportaron vivir con su familia, y los dos estudiantes que reportaron vivir con su pareja estaban cursando la preparatoria.

a) Patrón de conducta sexual

La edad promedio del debut sexual en toda la muestra fue de 14.7 años, con un rango de 10 a 19 años, Desviación Estándar de 1.63 y una moda de 15 años. En la Tabla No. 1 se presenta la edad promedio del debut sexual en hombres y mujeres y se observa que los hombres iniciaron su vida sexual a edades significativamente más tempranas que las mujeres, con 14.4 y 15.2 años, respectivamente ($t=-2.927$, $p=.004$); en esta misma tabla se observa que para los estudiantes de secundaria la edad del debut sexual fue de 15.3 años y de 14.4 años para los de preparatoria, esta diferencia resultó ser significativa ($t = -6.873$, $p=.000$).

Tabla No. 1
Edad promedio del debut sexual por sexo y nivel escolar

| Patrón de conducta sexual | Variables de comparación | | Puntuaciones promedio | Prueba | Probabilidad |
|---------------------------|--------------------------|--------------|-----------------------|--------------|--------------|
| Edad del debut sexual | Sexo | Mujeres | 15.2 años | $t = -.927$ | .004 |
| | | Hombres | 14.4 años | | |
| Edad del debut sexual | Nivel escolar | Secundaria | 15.3 años | $t = -6.873$ | .000 |
| | | Preparatoria | 14.4 años | | |

En la Tabla No. 2 se presenta el porcentaje de estudiantes que reportaron tener su primera relación sexual con diferentes tipos de pareja, comparando sexo y nivel escolar. Los datos muestran diferencias por sexo en la categoría de novio ($\chi^2= 24.128$, $p =.001$), ya que fue mayor el porcentaje de mujeres (87.1%)

CAPÍTULO IV

comparado con el de hombres (52.6%); por el contrario, el porcentaje fue mayor en los hombres(24.4%) que en mujeres (11.3%) en la categoría de amigo, no obstante los hombres fueron los únicos en reportar tener relaciones con familiares (2.6%), desconocidos(5.1%) y con personas trabajadoras del sexo (2.6%). Por nivel escolar también se encontraron diferencias significativas ($X^2= 12.869$, $p= .025$), ya que fue mayor el porcentaje de estudiantes de preparatoria (73.6%) que tuvieron su primera relación sexual con el novio (a), a diferencia de la categoría de amigo, donde el porcentaje fue mayor para los estudiantes de preparatoria (19.8%) que para los de secundaria (16.3%); en cuanto las categorías de familiar, desconocido y trabajadores del sexo los porcentajes fueron mínimos en cada uno de los niveles escolares.

Tabla No. 2
Tipo de pareja en la primera relación sexual, por sexo y nivel escolar

| Tipo de pareja | Hombres | | Mujeres | | Secundaria | | Preparatoria | |
|---------------------------|---|----|---------|----|--|----|--------------|----|
| | % | n | % | n | % | n | % | n |
| Novio | 52.6 | 41 | 87.1 | 54 | 57.1 | 28 | 73.6 | 67 |
| Amigo | 24.4 | 19 | 11.3 | 7 | 16.3 | 8 | 19.8 | 18 |
| Familiar | 2.6 | 2 | | 1 | 2.0 | 1 | 1.1 | 1 |
| Desconocido | 5.1 | 4 | | | 4.1 | 2 | 2.2 | 2 |
| Trabajadores del sexo | 2.6 | 2 | | | 2.0 | 1 | 1.1 | 1 |
| Ninguna de las anteriores | 12.8 | 10 | 1.6 | 1 | 18.4 | 9 | 2.2 | 2 |
| Prueba estadística | ($X^2= 24.128$, $p=. 001$) | | | | ($X^2=12.869$, $p=. 025$) | | | |

Después de la primera relación sexual, el tipo de pareja con la que reportaron tener relaciones sexuales los adolescentes de toda la muestra fue, en primer lugar, la categoría de novio, con el 48.2% (68), seguida de la categoría de amigo con el 26.2%(37), siendo las dos categorías con mayor puntaje, ya que para las categorías de familiar (2.1%), desconocido (4.2) y trabajadores del sexo (.7%) los porcentajes fueron mínimos

En toda la muestra el promedio de parejas sexuales en toda la vida fue de 2.82, sin embargo, al obtener los puntajes por sexo este promedio cambia, ya que el número de parejas fue mayor en hombres (3.4) que en mujeres (2), resultando significativa esta diferencia ($t = -3.555$, $p=.001$). Con respecto al nivel escolar, el promedio de parejas sexuales en toda la vida fue de 2.4 para los de secundaria y 2.9 para los de preparatoria, la comparación entre las medias de ambos grupos no resultó significativa ($t =-1.121$, $p=.264$) (ver Tabla No. 3).

Tabla No. 3
Parejas sexuales en toda la vida por sexo y nivel escolar

| Patrón de conducta sexual | Variables de comparación | | Puntuaciones promedio | Prueba | Probabilidad |
|----------------------------------|--------------------------|--------------|-----------------------|--------------|--------------|
| Parejas sexuales en toda la vida | Sexo | Mujeres | 2.0 | $t = 3.555$ | .001 |
| | | Hombres | 3.4 | | |
| | Nivel escolar | Secundaria | 2.4 | $t = -1.121$ | .264 |
| | | Preparatoria | 2.9 | | |

Los resultados obtenidos en relación con el uso de condón se presentan en la Tabla No. 4 por sexo y nivel escolar. Se puede observar que el 62.9% de las mujeres y el 54.5% de los hombres usaron condón en la primera relación sexual, la diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($X^2 = .987$, $p = .321$). Por nivel escolar fue mayor el porcentaje (62.2%) de estudiantes de preparatoria, en comparación con los de secundaria (51.0%), que reportaron haber utilizado el condón en su primera relación sexual, no obstante la diferencia no fue significativa ($X^2 = 1.637$, $p = .201$). Con respecto al uso del condón en los últimos tres meses el porcentaje fue similar para las mujeres (63.2%) y para los hombres (63.3%); aunque que por nivel escolar el porcentaje fue mayor en los estudiantes de preparatoria (67.9%) comparados con los de secundaria (55.9%), esta diferencia no fue significativa ($X^2 = 1.292$, $p = .256$). Por último, en cuanto al porcentaje de consistencia de uso de condón, se encontró que del total de relaciones que se tuvieron en los últimos tres meses, el 59.7% de las que tuvieron los hombres y el 56.2% de las que tuvieron las mujeres, fueron protegidas, esta diferencia no fue significativa ($t = .276$, $p = .784$). Sin embargo, la comparación por nivel escolar muestra diferencias marginalmente significativas ($t = 1.738$, $p = .086$), ya que el porcentaje de la consistencia en el uso del condón fue mayor en los de preparatoria (65.5%) en comparación con los de secundaria (47.5%).

Tabla No. 4
Uso de condón por sexo y nivel escolar

| Patrón de comportamiento sexual | | Variables de comparación | | % | N | Prueba | Probabilidad |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------|------|----|----------------|--------------|
| Uso de condón | Primera relación sexual | Sexo | Mujer | 62.9 | 39 | $\chi^2=.987$ | .321 |
| | | | Hombre | 54.5 | 42 | | |
| | | Nivel escolar | Secundaria | 61 | 25 | $\chi^2=1.637$ | |
| | | | Preparatoria | 62 | 56 | | |
| | Últimos tres meses | Sexo | Mujer | 63.3 | 24 | $\chi^2=.000$ | .992 |
| | | | Hombre | 63.2 | 31 | | |
| | | Nivel escolar | Secundaria | 55.9 | 19 | $\chi^2=1.292$ | |
| | | | Preparatoria | 67.9 | 36 | | |
| | Consistencia | Sexo | Mujer | 59.2 | 36 | t= .276 | .784 |
| | | | Hombre | 59.7 | 43 | | |
| | | Nivel escolar | Secundaria | 47.5 | 31 | t=-1.738 | |
| | | | Preparatoria | 65.5 | 48 | | |

En resumen, los hombres son quienes inician su actividad sexual a edades más tempranas que las mujeres y tienen un mayor número de parejas sexuales, además, al iniciar la actividad sexual el tipo de pareja puede ser indistinta, ya que puede ser con la novia, amigas o trabajadoras del sexo. A diferencia las mujeres inician su actividad sexual a edades más tardías y tienen un menor número de parejas y la pareja con la que tienen su primer encuentro sexual es con quien entablan un noviazgo. El número de parejas y la diversidad de éstas muestran que los adolescentes varones tienen mayores posibilidades de riesgo a diferencia de las mujeres. No obstante, los datos presentados en torno al uso del condón muestran que tanto hombres como mujeres se encuentran en riesgo, puesto que ambos son inconsistentes en el uso del condón, además el nivel escolar y el sexo no resultaron ser un factor determinante del uso del condón, ya que las diferencias debidas al sexo y al nivel escolar no resultaron significativas para ninguna de las tres variables medidas en cuanto al uso del condón.

b) Implicación emocional de la relación de pareja

En la Tabla No. 5 se presenta la puntuación promedio obtenida en cada uno de los 5 factores que evalúan el nivel de implicación emocional de la relación de pareja. En el factor que refiere la etapa de *romance* se observa que tanto hombres (3.7) como mujeres (4.3) obtuvieron una puntuación por arriba de la media teórica, pero

CAPÍTULO IV

la puntuación fue significativamente mayor en las mujeres ($t=-3.485$, $p=.001$). En forma contraria, en el factor que refiere la etapa de *atracción física* los hombres obtuvieron una puntuación significativamente mayor (4.0) que las mujeres (3.5) ($t= -3.027$, $p=.003$). En los factores que refieren las etapas de amor pasional, negociación de la relación y compromiso, las puntuaciones obtenidas estuvieron por arriba de la media teórica (3) pero las diferencias entre los hombres y las mujeres no fueron significativas.

Tabla No. 5
Puntuación promedio obtenida por hombres y mujeres en los 5 factores que evalúan el nivel de implicación emocional de la relación de pareja

| <i>Factores</i> | Sexo | n | Media | Prueba t | Sig. |
|----------------------------|--------|----|-------|----------|-------------|
| Atracción física | Mujer | 68 | 3.5 | -3.027 | .003 |
| | Hombre | 53 | 4.0 | | |
| Romance | Mujer | 48 | 3.7 | -3.485 | .001 |
| | Hombre | 40 | 4.3 | | |
| Amor pasional | Mujer | 61 | 3.4 | -1.546 | .125 |
| | Hombre | 48 | 3.6 | | |
| Negociación de la relación | Mujer | 58 | 3.4 | -1.287 | .201 |
| | Hombre | 51 | 3.6 | | |
| Compromiso | Mujer | 63 | 3.1 | -.698 | .487 |
| | Hombre | 48 | 3.3 | | |

Al comparar el nivel de implicación emocional entre los estudiantes de secundaria y preparatoria, se encontró que en todos los factores la puntuación promedio obtenida fue mayor en los de preparatoria que en los de secundaria (ver Tabla No. 6).

Tabla No. 6
Puntuación promedio obtenida por nivel escolar en los 5 factores que evalúan el nivel de implicación emocional de la relación de pareja

| <i>Factores</i> | Nivel escolar | N | Media | Prueba t | Sig |
|----------------------------|---------------|----|-------|----------|-------------|
| Atracción física | Secundaria | 42 | 3.4 | -2.794 | .006 |
| | Preparatoria | 79 | 3.9 | | |
| Romance | Secundaria | 25 | 3.7 | -2.262 | .026 |
| | Preparatoria | 63 | 4.1 | | |
| Amor pasional | Secundaria | 37 | 3.2 | -2.229 | .028 |
| | Preparatoria | 72 | 3.6 | | |
| Negociación de la relación | Secundaria | 35 | 3.1 | -3.494 | .001 |
| | Preparatoria | 74 | 3.7 | | |
| Compromiso | Secundaria | 37 | 3.0 | -1.041 | .003 |
| | Preparatoria | 72 | 3.2 | | |

CAPÍTULO IV

Como se ha observado hasta el momento, las mujeres se identifican más con la etapa de romance en comparación con los hombres, quienes se ubican en la etapa de atracción física, mientras que por nivel escolar, los estudiantes de preparatoria se identificaron más que los de secundaria con cada una de las etapas de la relación de pareja.

Para determinar la relación entre la consistencia del uso del condón y cada uno de los factores que evalúan el nivel de implicación emocional se utilizó el índice de correlación r de Pearson por separado para hombres y mujeres y por nivel escolar. Los resultados por sexo se muestran en la Tabla No. 7, indicando que ninguno de los factores, excepto el de *amor pasional*, se correlacionó significativamente con la consistencia del uso de condón, únicamente en las mujeres el *amor pasional* se correlacionó positivamente con el uso consistente del condón.

Tabla No. 7
Correlación entre el nivel de implicación emocional y la consistencia del uso del condón en hombres y mujeres

| IMPLICACIÓN EMOCIONAL | Sexo | n | r de Pearson | Sig. |
|----------------------------|---------|----|----------------|------|
| Atracción física | Hombres | 38 | .092 | .581 |
| | Mujeres | 31 | .199 | .284 |
| Romance | Hombres | 25 | .174 | .405 |
| | Mujeres | 26 | .233 | .252 |
| Amor pasional | Hombres | 33 | .089 | .622 |
| | Mujeres | 31 | .452 | .011 |
| Negociación de la relación | Hombres | 33 | .129 | .475 |
| | Mujeres | 29 | .297 | .118 |
| Compromiso | Hombres | 34 | -.119 | .502 |
| | Mujeres | 28 | .049 | .805 |

En la Tabla No. 8 se presentan los datos de correlación obtenidos por nivel escolar. Se observa que en los en los estudiantes de preparatoria no se relaciona de manera significativa ninguna de las etapas de acercamiento con la consistencia; en tanto que en los estudiantes de secundaria la consistencia del uso del condón se correlacionó de manera significativa con la etapa de *amor pasional* ($r=438$, $p=.037$).

Tabla No. 8
Correlación entre el nivel de implicación emocional y consistencia del uso del condón en estudiantes de secundaria y preparatoria

| ETAPAS | Nivel escolar | n | r de Pearson | Sig. |
|----------------------------|---------------|----|--------------|-------------|
| Atracción Física | Secundaria | 26 | .131 | .524 |
| | Preparatoria | 43 | .040 | .798 |
| Romance | Secundaria | 14 | .374 | .188 |
| | Preparatoria | 37 | .043 | .803 |
| Amor pasional | Secundaria | 23 | .438 | .037 |
| | Preparatoria | 41 | .071 | .661 |
| Negociación de la relación | Secundaria | 21 | .282 | .215 |
| | Preparatoria | 41 | .038 | .816 |
| Compromiso | Secundaria | 19 | .866 | .866 |
| | Preparatoria | 43 | -.101 | .519 |

Al correlacionar las etapas de acercamiento de la relación de pareja con la consistencia del uso del condón por sexo y nivel escolar, se encontró que solamente en las mujeres de secundaria el uso consistente del condón se correlacionó con la etapa de *atracción física* ($r=.625$, $p=.05$) (ver Tabla No. 9).

Tabla No. 9
Correlación por sexo y nivel escolar del nivel de implicación emocional con la consistencia del uso del condón

| Consistencia/ Implicación emocional | | Nivel escolar | |
|--|---------|--|-----------------------|
| | | Secundaria | Preparatoria |
| Sexo | Hombres | No se correlacionaron | No se correlacionaron |
| | Mujeres | Atracción física ($r=.625$, $p=.05$) | No se correlacionaron |

Por último se realizó la correlación entre la consistencia y las etapas de acercamiento tomando en cuenta el al tipo de pareja que reportaron tener los estudiantes. En la Tabla No. 10 se observa que la consistencia del uso del condón se correlaciona de manera significativa con la etapa de *amor pasional* ($r=.343$, $p=.030$) en la categoría de novio, mientras que para la categoría de amigo sólo se correlacionó la consistencia de manera negativa en la etapa de *compromiso* ($r=-.519$, $p=.047$).

Tabla No. 10
Correlaciones entre consistencia y nivel de implicación emocional por tipo de pareja

| Tipo de pareja | Nivel de implicación emocional / Consistencia uso del condón |
|-----------------------|---|
| Novio | <i>Amor pasional</i> $r=.343, p=.030$ (n=40) |
| Amigo | <i>Compromiso</i> $r=-.519, p=.047$ (n=15) |

En síntesis, estos resultados indican que el nivel de implicación emocional en la etapa de *amor pasional* y *atracción física* son determinantes en las mujeres con relación a la consistencia en el uso del condón, a diferencia de los hombres, en quienes el nivel de implicación emocional no es un factor que determine el uso consistente del condón.

DISCUSIÓN

El patrón de conducta sexual que caracteriza a la muestra de adolescentes que participaron en este estudio puede ser un indicador del nivel de riesgo que tienen de adquirir una infección de transmisión sexual o tener un embarazo no deseado. Tanto hombres como mujeres tuvieron su primer encuentro sexual antes de los 16 años, por lo tanto esto los pone en una situación vulnerable dado que a menor edad se corre mayor riesgo de enfrentarse a un problema de salud sexual debido a la falta de información que poseen (Tuñong & Nazar, 2004), aunado a la probabilidad de tener un mayor número de parejas sexuales (Villaseñor et al., 2003).

Los hombres de este estudio iniciaron su actividad sexual a edades más tempranas que las mujeres y reportaron tener un mayor número y diversidad (novia, amistades, sexoservidoras) de parejas sexuales que las mujeres, lo cual los pone en una situación de mayor riesgo (Bimbuela, Jiménez; Alfaro, Gutiérrez y March, 2002). Esto podría explicarse en término de la libertad que culturalmente se le da al hombre respecto al ejercicio de su sexualidad (Villagran y Díaz, 1992; Díaz Alfaro, 1999); es bien sabido que en la cultura mexicana es el padre quien incita al varón a involucrarse sexualmente. También tendría que considerarse el papel que juega el grupo de iguales, dónde los amigos son quienes propician el contexto adecuado para que se pueda dar un encuentro sexual (fiestas y salidas), dónde la aprobación por parte de los iguales influye de manera significativa. En las mujeres a pesar de que hoy en día experimentan mayor libertad sexual, aspectos como el embarazo y sus consecuencias, y el vínculo afectivo con la pareja, hacen menos probable que tengan mayor número de parejas.

La mayor parte de los adolescentes de este estudio tuvieron su primera relación sexual con el novio/novia o con alguna amistad. Esto concuerda con lo planteado por Robles y Díaz-Loving respecto al tipo de pareja sexual que suelen tener los jóvenes, pero también puede ser explicado con base en la fase de afiliación de las relaciones románticas de los adolescentes (Shulman & Seiffge-Krenke, 2001; Taradash, Conoly, Pepler, Craig & Costa, 2001), pues es en esta

CAPÍTULO IV

etapa donde ellos tienen una necesidad sexual, pero el principal motivo es la compañía más que la intimidad, estableciéndose relaciones amistosas (Taradash, *et. al.*, 2001; Shulman y Seiffge-Krenke, 2001); sin embargo, de acuerdo con Penagos et al. (2006), las relaciones románticas, sobre todo en la etapa de afiliación, promueven elementos de confianza e intimidad que propician el contexto adecuado para el debut sexual. Además, el noviazgo representa para los adolescentes la puerta al campo de las relaciones emocionales y sobre todo sexuales, ya que es sólo una experiencia emocional donde la finalidad principal es experimentar la sensación de amar a alguien y de compartir sentimientos, en donde el matrimonio y la formación de una familia representan aspectos de menor importancia (Díaz-Sánchez, 2003).

El que las mujeres de este estudio hayan tenido su primer encuentro sexual con su novio, puede explicarse en términos de que para ellas esto tiene que ser un evento con alguien emocionalmente importante y con quien han establecido lazos pre-románticos (Vargas y Barrera, 2002). Mientras que en los hombres, la primera relación sexual puede llevarse a cabo con novias, amigas o trabajadoras del sexo, esta diversidad en cuanto al tipo de pareja constituye para los varones un episodio sin mayor trascendencia, sólo es una prueba que les permite confirmar su "virilidad" (Vargas y Barrera, 2002), por lo tanto, el tipo de pareja no es un factor determinante del debut sexual en los hombres.

En cuanto al uso de protección en las relaciones sexuales, las mujeres son quienes más se protegen en su primer encuentro sexual a diferencia de los hombres, esto se explica en términos del vínculo con la pareja y la necesidad de protección, ya que mientras el uso del condón para la mujer es una señal de amor y protección, para el hombre es sólo una medida de prevenir que se emplea con parejas casuales (Finger y Piribila, 2003).

En cuanto al uso consistente del condón los hallazgos de este estudio muestran que tanto hombres como mujeres se encuentran en riesgo, puesto que en ambos cerca de la mitad de sus encuentros sexuales no son protegidos. Esto se puede explicar en términos de la actividad sexual en los adolescentes porque comúnmente el tener relaciones sexuales con la pareja se lleva a cabo dentro del

CAPÍTULO IV

contexto donde predomina la espontaneidad y por consiguiente no emplean medidas preventivas como el uso del condón (Campos, Silva, Meneses, Castillo y Navarrete, 2004; Díaz-Sánchez, 2003; García, Cortes, Vila, Chirinos, Brindis, Salazar, Bardales y Reategui, 1999). La razón por la cual las mujeres tienen baja frecuencia en el uso del condón se debe a la percepción que se tiene de la pareja, ya que al verla como estable la frecuencia en uso del condón decremента, mientras que en los hombres el uso del condón incrementa cuando perciben a la pareja como ocasional (Finguer y Pribila, 2003; Campos, Silva, Meneses, Castillo y Navarrete, 2004; Díaz-Sánchez, 2003; García, 2003).

Por otro lado, al hacer el análisis del nivel escolar y por sexo como factores que pudieran influir en el uso del condón, el presente estudio muestra que ambos factores no están asociados con el uso de protección, ya que no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las tres variables medidas respecto al uso del condón, lo cual quiere decir que sin importar el sexo y el nivel de estudios, los adolescentes de 12 a 16 años son una población que tiene mayores posibilidades de tener una ITS/VIH y algún embarazo no deseado. En cuanto al nivel escolar y su relación con el uso del condón durante la primera relación sexual, la frecuencia y la consistencia se encontró que quienes se protegen más son estudiantes de preparatoria a diferencia de los de secundaria, sin embargo ninguno de estos aspectos fue significativo, por lo tanto el uso del condón no está determinado por el nivel escolar (Tuñong & Nazar, 2004).

Lo señalado hasta el momento muestra que nivel escolar y el sexo como variables estudiadas dentro de este estudio muestra que ambos factores no están asociados con el uso de protección, ya que no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las variables medidas sobre el uso del condón, lo cual quiere decir que sin importar el sexo y el nivel de estudios, los adolescentes de 12 a 16 años son una población que tiene mayores posibilidades de tener una ITS/VIH y algún embarazo no deseado (Tuñong, & Nazar, 2004).

En lo que respecta al nivel de implicación emocional, las mujeres de este estudio se identifican más con la etapa de romance a diferencia de los hombres, quienes no tienen una inclinación o identificación con una etapa determinada; la

CAPÍTULO IV

diferencia radica en la formación cultural, pues para las mujeres el estar enamoradas implica aspectos como la confianza y fidelidad; mientras que para los hombres el estar enamorado implica mayor compromiso y de acuerdo con estudios que han analizado a la población adolescente, estos dentro de su repertorio aun no conceptualizan la parte del compromiso (Castro, 2001).

El vínculo entre la consistencia del uso del condón y la implicación emocional está determinado en las mujeres de toda la muestra por la etapa de amor pasional, y en las mujeres de secundaria por la atracción física, lo cual coincide con los resultados de Díaz-Loving y Robles (2009), al respecto refieren que la determinación de usar o no condón en las mujeres tiene que ver con la intención, por lo tanto quienes tienen mayor intención de tener relaciones sexuales y a su vez se encuentran en una etapa de atracción física tienen mayor intención de usar condón.

En cuanto a la escolaridad en los estudiantes de secundaria la consistencia del uso del condón está relacionado significativamente con la etapa de amor pasional, recapitulando la edad promedio del adolescente de secundaria en nuestro país es de 12 a 15 años por lo tanto se encuentra en una etapa donde su respuesta esta regulada principalmente por la respuesta fisiológica esto aunado a la etapa de amor pasional coincide con las características de esta fase donde predomina la pasión y el deseo por entrar con el otro, donde el empleo del condón es una herramienta de prevención, más que demostración de amor.

Para los adolescentes de este estudio, a mayor amor pasional dentro de una relación de novios, mayor consistencia en el uso del condón. Al respecto Castro (2001) señala que al haber mayor confianza en la relación de pareja la preocupación por protegerse disminuye, dado que las relaciones de noviazgo se tornan estables y a largo plazo basándose en el amor, intimidad y pasión (Stenber, 1989 citado en Díaz-Loving y Sánchez-Aragón, 2002).

La consistencia del uso de condón puede variar si dentro de una relación de amigos existe o no el compromiso, entre mayor compromiso menor uso del condón entre los adolescentes, por lo tanto, si estas relaciones se establecen a largo plazo existe una muestra de mayor comportamiento afectuoso y deseo de

CAPÍTULO IV

intimar, también existe la disposición para mostrar conductas de cuidado sobre el otro (Taradash, et. al, 2001 y Shulman y Seiffge-Krenke (2001).

Finalmente, este estudio sugiere que el nivel de implicación emocional es un factor que debe incorporarse al estudio del uso del condón, de tal manera que se logre un análisis adicional sobre factores emocionales y afectivos que determinen en el uso consistente del condón dentro de la relación de pareja.

REFERENCIAS

- Alfaro, L., Rivera, S. y Díaz, R. (1992). Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria. *La Psicología Social en México*, 4, 95-100.
- Aragón, L. (2004). Normalización del cuestionario de adaptación para adolescentes. Tesis de Maestría no publicada, UNAM-FES Iztacala.
- Arenas, R. (1987). *Dermatología. Atlas, Diagnóstico y Tratamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Asencio, C. F. (2000). *La vida Sexual*. España: Könnemann Verlagsgesellschaft.
- Asociación de Medicina Interna. (2002). *Infecciones de transmisión sexual*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Astudillo, G. (2000). *El aborto como derecho a terminar un embarazo no deseado*. Obtenido 21 de diciembre de 2006 desde <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/aborto/texto10.htm>
- Ballester, A. (1994). Intervención psicología en SIDA y VIH: prevención y tratamiento. En: P. J. M. Latorre y M.P.J. Veinte (Eds.), *Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionistas de la salud*, (pp.207-247). Argentina: Tomen.
- Barranco, E. (2001). Salud y relaciones afectivas y sexuales adolescentes. *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia*. Obtenido el 9 de agosto del 2007, desde [http://www.sec.es/salud reproductiva. htm](http://www.sec.es/salud%20reproductiva.htm)-35k
- Bascuñan, M.L.; Dörr, A. y Gorostegui, M. E. (2004). *Pubertad y adolescencia*. Obtenido el 16 de noviembre del 2007, desde <http://www.adolescencia.com>
- Bauman, L. J & Breman, R. (2005). Adolescent relationships condom use: Trust, love and Commitmen. *AIDS Behavior*, 9 (2), 211-222.
- Bayés, R., Pastells, S y Tuldrá, A. (1996). Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 39, 24-31.
- Berger, K.S. (2004). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

REFERENCIAS

- Bimbuella, J. L., Jiménez J. M, Alfaro, N., Gutiérrez, P. y March, J. C. (2002). Uso del profiláctico entre la juventud y sus relaciones de coito vaginal. *Gaceta Sanitaria*, 16, (4), 298-307.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología y salud*. España: Paraninfo Thomson Learning.
- Braselli, A., Chiparelli, H., Dutra, A., Gonzalez, A., Mansilla, M., Marchese, A., et al. (2006). *Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA)*. Guías para diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización adultos y embarazadas. Obtenido el 3 de agosto del 2006 desde <http://www.todosida.org/condones.htm#Guía>.
- Caballero, R. & Villaseñor, A. (2001). El estado socioeconómico como factor predictivo del uso constante del condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 35 (6), 531-538.
- Camacho, M.F. (2000). Evolución natural de la infección por VIH. En: D.L.S. Ponce, & F. S. Rangel (Eds.), *SIDA. Aspectos clínicos y terapéuticos*. (pp.115-138).México: Mc Graw-Hill.
- Campo, A.; Silva, J.; Meneses, M., Castillo, M. y Navarrete, P. (2004). Factores asociados con el inicio de las relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (4), 378-377.
- Castro, A. (2001). ¿"Qué entienden los Jóvenes por estar enamorado"? *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 25-38.
- Casuto, J.P., Pesce, A., & Quaranta, J. F. (1991). Definición y clasificaciones, En: J. F. Quaranta (Eds.) *SIDA e infección por VIH*. Barcelona: Masson.
- CELSAM. (2007). *En México se reportaron 220 mil nuevos casos de infecciones de transmisión sexual*. Obtenido el 9 de septiembre del 2007, desde <http://www.celsam.org>
- CENSIDA. (2007). *El condón en la prevención por el VIH*. Recuperado el 1 de noviembre del 2007, desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- CENSIDA. (2008). *Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México 2007*. Obtenido el 1 de diciembre del 2008 desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- Coesida. (2007). El condón Masculino. Recuperado el 20 de noviembre del 2007 desde: <http://coesida.jalisco.gob.mx/docs/CONDONMAS07.ppt>

REFERENCIAS

- CONASIDA. (2006). *El condón una buena opinión*. Tríptico informativo sobre la eficacia el uso correcto, constante y la promoción del condón. Obtenido el 13 de febrero del 2007 desde [http://www.salud.gob.mx/conasida/preven/el_condon / el condón.html](http://www.salud.gob.mx/conasida/preven/el_condon/el_condon.html).
- CONDON.PON (2006). *Condomes*. Obtenido el 3 de agosto del 2006 desde <http://www.condon.pon.com>
- Cruz, A. (2001). *El aborto, grave problema de salud pública. Cada año se registran 100 millones de embarazos no deseados en el mundo*. Obtenido el 9 de agosto del 2006 desde <http://www.caps.ucsf.edu./spancondetex.html>
- Cruz, P. C, Egremy, M. G. y Ramos, A. U. (2004). *Manual para capacitadores en el manejo sindromático de la infecciones de transmisión sexual (ITS)*. Obtenido el 9 de junio del 2007, desde <http://evaluacion.salud.gob.mx/saludmex2004/sm2004.pdf>
- Del Almo, J. (1999). *El SIDA y la mujer. España: Pirámide*.
- De la Cruz, C. (2008). Situaciones embarazosas: Claves para situarse y prevenir embarazos no deseados. Recuperado el 11 de diciembre del 2007, desde [http:// www.cje.org](http://www.cje.org)
- Del Rio- Chiriboga, C. & Uribe, Z.P. (1993). Prevención de enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA mediante el uso del condón. *SIDA-ETS*, (1), 11-18.
- Díaz-Loving, R y Alfaro, L. (1999). Conocimientos, actitudes, creencias, conductas, percepción de riesgo y temor al contagio de VIH en estudiantes de preparatoria. En Díaz-Loving (2ª. Eds.), *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz-Loving, R. (1999). *Antología psicosocial de la pareja*. México: Asociación Mexicana de Psicología Social-Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz-Loving y Robles, S. (en prensa). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1).
- Díaz Loving, R. y Sánchez Aragón, R. (2002). *Psicología del amor una visión integral de la relación de pareja*. México: UNAM-Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz-Sánchez, V. (2003), El embarazo de las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*, 139 (1), 23-28.
- Durex (2007) *Historia del Condón*. Obtenido el 21 de noviembre del 2007, desde [http://www.durex.com/es/condomhistori.asp?inthistory.step=152&intmenu Open=3](http://www.durex.com/es/condomhistori.asp?inthistory.step=152&intmenuOpen=3)

REFERENCIAS

Encuesta Nacional de Juventud. (2001). *Secretaría de Educación Pública*. México, D.F., Instituto Mexicano de la Juventud.

Family Health International (2006). *Chapter 3 sidebar: Defining Condom Failure*. Obtenido el 28 de agosto del 2006 desde <http://FHI.org/en/RH/Pubs/boocks/reports/latexcondom/correctuse.htm>

Family Care Internacional (2000). *Fichas Informativas sobre la salud sexual reproductiva*. Obtenido el 3 de diciembre del 2007, desde <http://www.familycareintl.org>

Feminist Women's Health Center (2007). *El condón Femenino*. Recuperado el 15 de noviembre del 2007, desde: <http://www.FWHC.org>

Finger, W. y Piribila, M. (2003). Los condones y los jóvenes que tiene relaciones sexuales: La percepción de riesgo, la aceptabilidad y el género y otros factores que influyen en su uso. *La gente joven en salud reproductiva y VIH/SIDA*. Recuperado el 23 de abril del 2007, desde <http://fhi.org/younet>.

Fortenberry, J., Tu, W., Harezlak, J., Katz, B. & Orr, D. (2002). Condom use as a function of time in new and established adolescent sexual relationships. *American Journal of Public Health, 2(2)*, 211-213.

Fundación Anti-Sida de San Francisco (2001). La vacuna del VIH: contra la realidad y el deseo. Recuperado el: 23 de enero del 2007 de <http://www.citaid.com.mx/vacuna.html>

García, J. P., Pérez, E. C y Perepiña, J. (2001). *Enfermedades de Transmisión Sexual y Adolescencia: Generalidades y Prevención*. En: Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Recuperado el 9 de agosto del 2007, desde http://www.sec.es/salud_reproductiva.htm-35k

García, G. E. (2003). *Psicología de la infancia y la adolescencia*. Guía para padres y maestros. México: Trillas.

Gebhardt, W., Kuper, L. & Geunsvan, G. (2003). Need for intimacy in relationships and motive for sex as determinants of adolescents condom use. *Journal of Adolescents Health, 33(3)*, 154-164.

Germerk, M. (1992). *Historia del Sida*. México: Siglo XXI Editores.

González de León, D., Billings, D., Gasman, N. y Velasco, L. (2002). El aborto en México. Recuperado el 29 de octubre del 2007, desde <http://ipas.org.mx>

Gonzales, T. y Rosado, A. (2000). Uso del condón en estudiantes de enseñanza técnica y profesional, *Revista Cubana de Enfermería, 16 (1)*, 5-40.

REFERENCIAS

- Gordhue, T. Aids Action Comitte (2006). Condones. Obtenido el 28 de agosto del 2007, desde http://.aac.org/PageServe?paganame=español_condones&printer_frienly1
- Gross, R. (1998). *Psicología: La ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida A. C. (GIRE) (2003). Embarazo adolescente. Recuperado el 20 de abril del 2007 desde <http://www.gire.org.mx/derechos/d4.html>
- Herrera C., Marín, J. y Rojas, C. (2008). *Efectos psicológicos del aborto, inducido y espontaneo*. Recuperado el 5 de enero del 2008, desde <http://efectos/psicologicos%abortoorg.mx/d7.pdf>
- Horrocks. J.E, (1996). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- INEGI (2006). *Conteo de población y vivienda*. Recuperado el 13 de noviembre del 2006, desde <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10215>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMMS). (2004). *Guía para el cuidado de la salud. Mujeres de 20 a 59 años*. México: Impresora y encuadernadora Progreso, S.A.
- IPAS (2006). Intersección de riesgos a la salud: el embarazo no deseado, el aborto en condiciones de riesgo y el SIDA entre las adolescentes. Recuperado el 9 de agosto del 2006, desde <http://www.ipas.org>
- Kastle, C., & Turcker, C. (2005). Sexual activity among adolescents in romantic relationships with friends. *American Medical Association*. 159, 849-853.
- Kirkman, M., Rosenthal, D. & Smith, A.M.A. (1998). Adolescent sex and the romantic narrative: why some young heterosexuals use condoms to prevent pregnancy but not disease. *Psychology, Health & Medicine*, 98(3), 213-219.
- Labrador (2002). La atracción física. En: F. Labrador (Coord.) *Enciclopedia de la sexualidad, Capítulo 17* (Vol. 1, pp. 163-170). España: ESPASA CALPE, S. A.
- LETRA S. (diciembre del 2001). *Cronología de una epidemia. A 20 años*. Recuperado el 5 de febrero del 2007de <http://www.jornada.unam.mx/2001/dic01/011206/ls-cronologia.html>
- Wyet-Lederle, C. (2004). Manual de Merck: Información médica para el hogar. Obtenido el 10 de abril del 2007, desde [www.mdm](http://www.mdm.com).

REFERENCIAS

- Martínez S, H. (2003). Salud del adolescente. *Salud Pública de México*, 45 (1), 1-2.
- Martínez, A., Villaseñor, M., Celis, A. (2002). El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares, *Revista Médica del IMSS*, 40 (1), 35-41.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, C. (2001). El protocolo de investigación. México: Trillas.
- Montenegro, A. H. (2000). Educación sexual de niños y adolescentes. *Revista Medica Chile*, 128(6), 571-573.
- Moreno, D., Rivera, B., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2008). *Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial*, 18(2), 207-225.
- Morfornet. (2008). El aborto como un problema de salud pública. Recuperado el 3 de agosto del 2007, desde <http://www.monfornet.cl/secciones/informe/001a.htm>
- Muñoz, Ch. S. (2001). En busca del pater-familias: Construcción de identidad Masculina y Paternidad en adolescentes y jóvenes. En: Donas, B. S. (COMP.) *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica: LUR
- Myers, D.G., (2005). *Psicología del desarrollo*. España: Panamericana.
- OMS (2007). Programa de Salud y Desarrollo de los Adolescentes. Salud Familiar y Reproductiva. Recuperado el 9 de septiembre del 2007, desde: <http://www.who.int/topics/es/>
- ONUSIDA (2006). Situación epidémica del SIDA. Programa de conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización mundial de la Salud (OMS). Recuperado el 11 de enero del 2006 de http://www.cemera.uchile.cl/IV2_responsabilidad.doc
- PAHO. (2008) *¿Qué es el SIDA?* Recuperado el 29 de diciembre del 2007, desde: <http://publications.paho.org>
- Papalia, D. E.; Wendkos, O.S.; Duskin, F.R., (2004). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Papalia, D.E., (2001). *Fundamentos de desarrollo humano*. México: McGraw-Hill Interamericana.

REFERENCIAS

- Penagos, A., Rodríguez, M., Carrillo, S y Castro, J. (2006). Apego, relaciones románticas y autoconcepto en adolescentes Bogotanos. *Universitas psychoogica*, . 5(1), 21-36.
- Perepiña, J., García, J. P. y Pérez, E. C, (2001). Enfermedades de Transmisión Sexual y Adolescencia: Entidades Nosológicas En: Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Recuperado el 9 de agosto del 2007, desde http://www.sec.es/salud_reproductiva.htm-35k
- Pérez, C. y Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos, *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), 333-340.
- Perinat, A. (2002). *Psicología de desarrollo: del nacimiento al final de la adolescencia*. Barcelona: UOC.
- Piña, J. (2004). Eventos disposicionales que potabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA, *Anales de Psicología*, 21(1), 23-32.
- Piña, J.A. y Urquidi, L. (2004). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 227-236.
- Planned Parenthood Federation of America. (2001). La sexualidad en los adolescentes. Recuperado el 9 de agosto del 2006 en www.plannedparenthood.org.
- Ponce de León, S. y Rangel, S. (2000). *SIDA. Aspectos clínicos y terapéuticos*. México: McGraw-Hill interamericana.
- PROFECO (2006). *Condomes*. Recuperado el 15 de agosto del 2007, desde <http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est-06-nov.pdf>
- Rasmussen, B., Hidalgo, A. y Alfaro, N. (2003). Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud Pública de México*, 45(1), 81-91.
- García, R., Cortés, A., Vila, L., Hernández, M. y Mesquia, A. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 22 (1), Recuperado el 20 de noviembre de 2008 desde http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.pdf
- Roa, A. A. (2002). SIDA. En: F. Labrador (Coord.). *Enciclopedia de la sexualidad Capítulo 46(Vol. 2, pp.383-399)*. España: ESPASA CALPE, S. A.

REFERENCIAS

- Robles, S. y Díaz- Loving R. (2007). Tipo de pareja casual y comportamiento sexual en jóvenes universitarios, *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 12(1), 105-118.
- Robles, S. y Díaz- Loving, R. (2008). Determinantes del uso del condón con pareja regular y pareja ocasional en adolescentes. En: S. Rivera, R- Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón e I. Reyes (Eds.), *La Psicología Social en México*, Vol. XII, Cap. 41, pp- 299-305.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. et al. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón, *Anales de Psicología*, 22(1), 60-71.
- Rodríguez, M., Frías, B. y Barroso, R. (2006). Sexualidad Humana. En: M.E. Orozco, R. Peña y E. Calleja (Coords.) *Ciencias Biomédicas*. México: UNAM-FES IZTACALA.
- Romo, G. J., & Salido, R.F. (1997). *SIDA: Manejo del paciente con VIH*. México: Manual Moderno.
- Rosas, G.I., Serrano, S.M., (2007). Conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual entre estudiantes y trabajadores de las Universidad de las Américas Puebla, México. *inFÁRMate*, 2(14). Recuperado el 20 de noviembre de 2008 desde http://www.infarmate.org/pdfs/julio_agosto07/ets.pdf
- Rosenthal, D., Gifford, S. & Moore, S. (1998). Safe sex or safe love: competing discourses?, *AIDS Care*, 10(1), 35-47.
- Ruiz-Argüelles, A. (2003). El Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Ciencia y Cultura*, 49(10), 31-37.
- Santos, J., Villa, J., García, M., León, J., Quezada, S. y Tapia, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45(1), 140-152.
- Santrock, John W. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Saúl, A. (2001). *Lecciones de dermatología*. México: Méndez Editores, pp. 339-369.
- Secretaria de Salud Pública. (2005). Salud-México: Informe de rendición de cuentas. Obtenido el 1 de noviembre del 2007, desde <http://www.evaluacion.salud.gob.mx/saludmex2004/sm2004.pdf>

REFERENCIAS

- Shafer, D. R. (2000). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México: International.
- Shulman, S. & Kipnis, O. (2001). Adolescent romantic relationships: a look from the future. *Journal of Adolescence*, 24, 337-351.
- Shulman, S. & Seiffge-Krenke, I. (2001). Adolescent romance: between experience and relationships. *Journal of Adolescence*, 24, 417-428.
- SICO. (2006). La Producción de los condones. Recuperado el 28 de agosto, 2006 de www.sico.com.mx/fabricación2.html.
- Simón, M. (1999). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Taradash, A. y Connolly, J, Pepler, D, Craig W & Monique C. (2001). The interpersonal context of romantic autonomy in adolescence. *Journal of Adolescence*, 24, 365-377.
- Toledo, H., Navas, J., Navas, L. y Pérez, N (2002). La adolescencia y el Sida. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 54(2), 152-159.
- Torres, K. B. y Díaz- Loving, R. (1999). *Juventud y SIDA: una visión psicosocial*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Tulloch, H.E., McCaul, K.D., Mitenberger, R.G & Smyth, J.M. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. *Journal of American College Health*, 52(6), 236-267.
- Tuñong, E. y Nazar, A. (2004). Género, escolaridad y sexualidad en adolescentes solteros del sureste de México. *Papeles de Población*, 39, 159-175.
- UNFPA (2005). Estado de la población Mundial 2005. Obtenido el 9 de noviembre del 2006, desde <http://www.unfpa.org/swp/2005/español/ch5/index.htm>
- Vargas, T. E, y Barrera, F. (2002). Adolescentes, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 115-134.
- Velásquez, U. T. (2003). Situación actual del Aborto. *Ciencias*. (69), enero-marzo 2003 Obtenido el 2 de octubre del 2007, desde <http://www.ejournal.unam.mx/ciencias/no69/CNSO6906.pdf>
- Villagrán, G. y Díaz-Loving, R. (1992). Conocimientos sobre SIDA: Prácticas sexuales y actitudes hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología Social*, 9(1), 35-40.

ANEXOS

COMPORTAMIENTO SEXUAL

INSTRUCCIONES: Lee cada pregunta con cuidado y llena el círculo al lado de tu respuesta. Marca sólo una respuesta, a menos que las instrucciones te indiquen que puedes dar más de una respuesta.

DATOS GENERALES:

1. Sexo: Hombre Mujer

2. ¿Cuántos años tienes?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 12 o menos años | <input type="checkbox"/> 17 años |
| <input type="checkbox"/> 13 años | <input type="checkbox"/> 18 años |
| <input type="checkbox"/> 14 años | <input type="checkbox"/> 19 años |
| <input type="checkbox"/> 15 años | <input type="checkbox"/> 20 años |
| <input type="checkbox"/> 16 años | <input type="checkbox"/> 21 años o mayores de 21 años |

3. ¿En qué grado estás ahora?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1° de secundaria | <input type="checkbox"/> 1er año de preparatoria o bachillerato |
| <input type="checkbox"/> 2° de secundaria | <input type="checkbox"/> 2° año de preparatoria o bachillerato |
| <input type="checkbox"/> 3° de secundaria | <input type="checkbox"/> 3er año de preparatoria o bachillerato |

4. ¿Cuál es el nombre de tu escuela?

5. ¿Con quién vives?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Con mi familia (padres, hermanos) | <input type="checkbox"/> Con mi pareja |
| <input type="checkbox"/> Solo(a) | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

LO QUE HACES

De aquí en adelante algunas preguntas contienen las palabras “tener relaciones sexuales”. Esto significa el pene de un hombre en la vagina de una mujer.

1. ¿Actualmente tienes novio(a)?

- sí no

2. ¿Has hablado con tu novio(a) sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales con él o ella?

- sí no

3. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?

- sí no (si marcaste NO pasa a la pregunta 22)

4. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

A los _____ años.

5. Tu primera relación sexual la tuviste con:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La persona que era tu novio(a) | <input type="checkbox"/> Una persona desconocida |
| <input type="checkbox"/> Un amigo(a) | <input type="checkbox"/> Una persona trabajadora del sexo |
| <input type="checkbox"/> Un familiar | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

6. ¿Tu primera relación sexual fue algo que planeaste con tu pareja?

- sí no

20. Después de tu primera relación sexual, ¿con qué otro tipo de persona has tenido relaciones sexuales? Puedes marcar más de una opción si así fuera tu caso.

- Con mi novio(a) Con una persona desconocida
 Con un amigo(a) Con una persona trabajadora del sexo
 Con un familiar Ninguna de las anteriores

21. Después de tu primera relación sexual, ¿con qué tipo de persona has usado condón al tener relaciones sexuales? Puedes marcar más de una opción si así fuera tu caso.

- No he usado condón Con mi novio(a)
 Con una persona desconocida Con un amigo(a)
 Con una persona trabajadora del sexo Ninguna de las anteriores

22. ¿Tienes la intención de tener relaciones sexuales dentro de poco tiempo (por ejemplo, dentro de los siguientes 6 meses)?

- sí no

23. ¿Tienes la intención de usar condón en tu próxima relación sexual?

- sí no

24. ¿Tienes la intención de usar pastillas anticonceptivas en tu próxima relación sexual?

- sí no

25. Alguna vez has platicado con tus padres sobre temas sexuales (por ejemplo, sobre el condón, el VIH/Sida, las Infecciones de Transmisión Sexual, el embarazo no deseado, el aborto, el tener relaciones sexuales, etc.)

- sí no (si marcaste NO pasa a la pregunta 29)

26. Marca con una X los temas que ya hayas platicado con tus padres:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> La posibilidad de tener relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas |
| <input type="checkbox"/> Embarazos no deseados | <input type="checkbox"/> El VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> El condón |
| <input type="checkbox"/> Las infecciones de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Uso de drogas |
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |

27. ¿Con qué frecuencia has hablado con tus padres sobre alguno de estos temas?

- muy frecuentemente ocasionalmente casi nunca

28. ¿Con quien has platicado más sobre temas sexuales?

- con tu papá con tu mamá

29. ¿Alguna vez has platicado con tu pareja actual (novio, pareja sexual, etc.) sobre temas sexuales?

- sí no (si marcaste NO pasa a la pregunta 32)

30. Marca con una X los temas que ya hayas platicado con tu pareja actual:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> La posibilidad de tener relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas |
| <input type="checkbox"/> Embarazos no deseados | <input type="checkbox"/> El VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> El condón |
| <input type="checkbox"/> Las infecciones de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Uso de drogas |
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |

31. ¿Con qué frecuencia has hablado con tu pareja actual (novio, pareja sexual, etc.) sobre estos temas?

- muy frecuentemente ocasionalmente casi nunca

32. Marca con una X el número de parejas sexuales que hayas tenido en toda tu vida?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

más de 10

33. ¿Alguna vez has tenido alguna infección de transmisión sexual?

- sí no no sé

34. ¿Con qué frecuencia has tenido alguna infección de transmisión sexual?

- muy frecuentemente ocasionalmente casi nunca nunca

35. ¿Sabes si tienes el VIH?

- sí no

36. ¿Alguna vez te has hecho la prueba del VIH?

- sí no

37. ¿Estarías dispuesto(a) a hacerte la prueba del VIH/SIDA?

- sí no

38. ¿Has tenido algún embarazo en tu vida? o si eres hombre, ¿alguna pareja tuya ha tenido un embarazo por tener relaciones contigo?

- sí no (si marcaste NO pasa a la sección: “Cómo eres con tu pareja”)

39. Si tu respuesta a la pregunta anterior fue SÍ, ¿el embarazo fue planeado o fue no planeado?

- sí fue planeado no fue planeado

40. Un embarazo “no deseado” es diferente de un embarazo “no planeado”, ya que puedes querer tener el bebé aunque no hayas planeado tenerlo. Tomando esto en cuenta, marca con una X la opción o las opciones que corresponda a lo que te ha pasado:

- si he tenido un embarazo no **planeado**
 sí he tenido un embarazo no **deseado**
 NO he tenido un embarazo no **planeado**
 NO he tenido un embarazo no **deseado**
 Nunca he vivido un embarazo

41. ¿Alguna vez tú o tu pareja han tenido un aborto?

- sí no (si marcaste NO pasa a la siguiente sección)

42. El aborto fue:

- Acordado con mi pareja
 Fue mi decisión
 Me obligaron a mí o a mi pareja hacerlo
 Ninguna de las anteriores

**INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE LAS ETAPAS DE ACERCAMIENTO
ALEJAMIENTO DE LA RELACIÓN DE PAREJA**

(Rolando Díaz Loving y Rozzana Sánchez Aragón, 2002)

CÓMO ERES CON TU PAREJA

A continuación encontrarás una serie de aspectos que describen la forma en la que nos relacionamos con otras personas. Para responder a cada uno de esos aspectos piensa en tu novio(a) actual o en el último novio o novia que tuviste y marca con una **X** el número que mejor te represente. El número **1** indica que la frase **no te describe en ningún sentido**, por eso tiene el cuadro más pequeño, mientras que el número **5** indica que **es lo que mejor haces, sientes o piensas con relación a tu pareja**, y por eso tiene el cuadro más grande; el número 3 indica que no tienes ni mucho ni poco la característica que se menciona, el resto de los números indican diferentes grados de la característica. Utiliza el número más adecuado para tu propia persona.

1 (para nada) 2 (poco) 3 (ni mucho ni poco) 4 (mucho) 5 (totalmente)

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Buscas mayor acercamiento | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Buscas un arreglo equitativo y razonable | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Buscas unión | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Compartes todo | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Consolidas un compromiso | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Deseas resolver conflictos | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Eres amable | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Estás creando un acuerdo a largo plazo | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Extrañas y buscas acercarte de nuevo | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Haces todo por llamar la atención | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Hay interés en la persona | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Intentas reintegrarte a tu pareja | <input type="checkbox"/> |
| 13 | La persona te gusta físicamente | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Platicas con mayor intimidad | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Procuras a tu pareja | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Quieres formar una familia | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Recuerdas lo positivo de tu relación | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Reevalúas para mantener la relación | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Saludas | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Siente agrado de convivir todo el tiempo con tu pareja | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Siente amor romántico | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Sientes agrado de estar con la persona | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Sientes agrado o simpatía | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Sientes apoyo | <input type="checkbox"/> |

ANEXOS

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25 | Sientes cariño | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Sientes comprensión | <input type="checkbox"/> |
| 27 | Sientes confianza | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Sientes confianza limitada | <input type="checkbox"/> |
| 29 | Sientes deseo sexual intenso | <input type="checkbox"/> |
| 30 | Sientes familiaridad | <input type="checkbox"/> |
| 31 | Sientes felicidad | <input type="checkbox"/> |
| 32 | Sientes pasión | <input type="checkbox"/> |
| 33 | Sientes poca cercanía | <input type="checkbox"/> |
| 34 | Sientes que la persona resuelve tus necesidades | <input type="checkbox"/> |
| 35 | Sientes que tienes una respuesta fisiológica intensa | <input type="checkbox"/> |
| 36 | Sientes que tu amor es eterno | <input type="checkbox"/> |
| 37 | Sientes una rebotante carga de afecto | <input type="checkbox"/> |
| 38 | Sonríes | <input type="checkbox"/> |
| 39 | Te comunicas | <input type="checkbox"/> |
| 40 | Te entregas sin medida | <input type="checkbox"/> |
| 41 | Tienes acercamiento afectivo | <input type="checkbox"/> |
| 42 | Tienes ánimo como para que la relación prospere en amistad | <input type="checkbox"/> |
| 43 | Tienes detalles | <input type="checkbox"/> |
| 44 | Tienes ilusiones | <input type="checkbox"/> |
| 45 | Tienes interés por conocer a la persona | <input type="checkbox"/> |
| 46 | Tienes interés por interactuar | <input type="checkbox"/> |
| 47 | Tienes interés romántico | <input type="checkbox"/> |
| 48 | Tienes la convicción de que es la persona con la que quieres vivir | <input type="checkbox"/> |
| 49 | Tienes necesidad de acercarte físicamente a la persona | <input type="checkbox"/> |
| 50 | Tienes necesidad de estar cerca de tu pareja constantemente | <input type="checkbox"/> |
| 51 | Tomas una decisión matrimonial | <input type="checkbox"/> |