



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Factores asociados a las conductas sexuales de riesgo y su
protección en jóvenes**

**T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)**

Regina Fernanda Sánchez Alonso

Directora: Dra. Adriana Guadalupe Reyes Luna

Dictaminadores: Mtra. Adriana Garrido Garduño

Mtro. Ernesto Arenas Govea



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 01/09/2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| 1. Psicología de la salud | 4 |
| 1.1 Definición | 5 |
| 1.2 Modelo biopsicosocial de la salud | 8 |
| 1.3 Conductas saludables y de riesgo | 9 |
| 1.4 Enfoques teóricos | 11 |
| 2. Salud sexual | 16 |
| 2.1 Sexualidad y salud sexual | 19 |
| 2.2 Conductas sexuales de riesgo | 23 |
| 2.2.1 Embarazos no deseados | 25 |
| 2.2.2 Infecciones de transmisión sexual (ITS) | 28 |
| 2.3 Factores asociados a las conductas sexuales de riesgo | 31 |
| 2.4 Prevención en salud sexual | 37 |
| 2.4.1 Medidas preventivas para las conductas sexuales de riesgo | 37 |
| 2.4.2 Educación sexual, programas educativos | 38 |
| 2.4.3 Uso correcto del condón | 41 |
| 2.4.4 Métodos anticonceptivos | 44 |
| 3. Conductas sexuales de riesgo vs conductas de prevención en salud sexual | 47 |
| 3.1 Mantenimiento de conductas sexuales de riesgo en la actualidad | 50 |
| 3.2 Alcances y limitaciones de las conductas preventivas | 51 |
| 3.3 Planes y programas para prevenir y combatir las conductas sexuales de riesgo en adolescentes | 54 |

| | |
|--------------------|----|
| Conclusiones | 58 |
| Referencias | 62 |

El término vulnerabilidad engloba una gran complejidad, hace referencia a la posibilidad de un daño a cierto individuo o a un sector de la población. De manera general, se puede decir que la vulnerabilidad hace referencia a un fenómeno social que implica la presencia de cierta condición de riesgo que padece un individuo o una familia, siendo el resultado de la acumulación de desventajas sociales, de manera que esa situación impide que esas condiciones no sean superadas por ellos mismos y queden limitados para incorporarse a las oportunidades de desarrollo (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2017).

Entre los grupos más vulnerables de la población se encuentran las mujeres, las personas de la tercera edad, personas en situación de pobreza, personas discapacitadas, población indígena, niños y adolescentes (González, Hernández y Sánchez, 2001).

En cuanto a la adolescencia, esta es una etapa del desarrollo que suele caracterizarse por diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011), esta etapa puede dividirse en dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años); en la primera, generalmente empiezan a manifestarse los cambios físicos, los cuales suelen comenzar con aceleración en el crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos y las características sexuales secundarias. Por otra parte, para la adolescencia tardía, ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, sin embargo, el cuerpo sigue desarrollándose, el pensamiento analítico y reflexivo aumenta, así como la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones; no obstante, es durante esta etapa que los jóvenes corren un mayor riesgo en cuanto a consecuencias negativas para su salud (consumo de drogas, embarazos no planeados, contagio de ITS, depresión, etc.). Aunado a lo anterior Reis, Correa, Méndez, Henrique y Faria (2013) mencionan que esta vulnerabilidad en este sector de la población se debe a influencias sociales, culturales y ambientales.

Una de las problemáticas a las que se enfrentan los jóvenes se refieren a las derivadas de las conductas sexuales de riesgo, esta vulnerabilidad se origina en la falta de competencias para el ejercicio de una sexualidad responsable, lo que deriva en comportamientos sexuales no protegidos, por ejemplo, el inicio temprano de las relaciones sexuales, las presiones sociales para aceptar comportamientos de riesgo, el alto número de parejas sexuales, el

desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, la inadecuada y deficiente información sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y su prevención, la inmunidad percibida ante los embarazos no deseados y la baja percepción de riesgo al no usar preservativo (Velásquez y Bedoya, 2010).

En cuanto a esto último, algunos autores establecen que entre las variables predictoras para no usar preservativo se encuentran las falsas creencias sobre la disminución de sensibilidad en las relaciones, la falta de conocimientos sobre cómo usarlo adecuadamente, el no planificar las relaciones, el tener una pareja estable y el sentirse menos vulnerables (Mohammad et al, 2007, como se citó en García, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012).

De manera general, las conductas de riesgo hacen referencia al inicio temprano de la vida sexual, las relaciones sexuales con múltiples parejas sin protección y el uso del condón; el interés en esta problemática radica en que aun cuando se ha visto que los jóvenes cuentan con la preparación teórica respecto al tema, se siguen presentando estas conductas, lo cual demuestra que entonces se encuentran involucrados otros tipos de factores como lo son familiares, sociales, biológicos y psicológicos. En consecuencia, el presente trabajo tendrá como objetivo analizar los factores asociados a las conductas sexuales de riesgo y su prevención, para lo cual se desarrollará su contenido de la siguiente forma: en el primer capítulo se abordará la psicología de la salud y los enfoques teóricos; en el segundo capítulo se presentarán los factores asociados las conductas sexuales, incluyendo aquellas conductas de riesgo y de protección; por último, en el tercer capítulo se abordarán los planes y programas de prevención en materia de salud sexual, así como sus alcances y limitaciones, para finalmente concluir el trabajo.

Objetivo

Analizar los factores asociados a las conductas sexuales de riesgo y su prevención en jóvenes.

Objetivos específicos

- Identificar qué factores (psicológicos, sociales, familiares, y biológicos) y cómo influyen en las conductas sexuales de riesgo
- Identificar qué factores (psicológicos, sociales, familiares, y biológicos) y cómo influyen en la prevención de las conductas sexuales de riesgo
- Analizar la eficacia de la educación sexual que reciben los jóvenes

1. Psicología de la salud

Salud y enfermedad son conceptos en los que está basada la psicología de la salud; para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), la salud no sólo es la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que hace referencia a un estado completo de bienestar físico, mental y social; por otro lado, la enfermedad se define como una alteración del estado fisiológico en el que se presentan síntomas y signos característicos y cuya evolución puede ser previsible.

Ahora bien, los avances de la medicina han demostrado que, en cuestiones de salud, no sólo se trata de atender los sistemas biológicos cuando estos presentan alguna anomalía, ya que también va a influir todo lo que el individuo haga para la prevención de la enfermedad y la promoción de su bienestar (Amigo, 2012). Esto último puso de manifiesto la necesidad de estudiar los comportamientos relacionados directamente con el desarrollo o mantenimiento de la salud, es decir, los estilos de vida y su influencia en las enfermedades, el abuso del alcohol y otras sustancias, la capacidad para enfrentarse a situaciones estresantes, hábitos alimenticios, conductas sexuales, etc.; en este sentido, la psicología de la salud comienza a desarrollarse, aportando estudios de relevancia experimental, social, clínica, epidemiológica y fisiológica (Mebarak, Salamanca y Quintero, 2009).

Amigo (2012) menciona que son tres las razones principales por las que surge la necesidad de la psicología de la salud: 1) A mediados del siglo XX crece la preocupación sanitaria por las enfermedades crónicas, cuya aparición se ve influenciada por los estilos de vida de la sociedad industrializada y los comportamientos y hábitos poco saludables, 2) al tener un auge este tipo de enfermedades, el paciente se ve obligado a realizar cambios en su estilo de vida a los que deben adaptarse, así como generar y mantener una adherencia al tratamiento y 3) el modelo médico dualista de ese entonces, no permite dar un entendimiento completo a los problemas de salud; es por ello que la Asociación Americana de Psicología (APA) crea en 1978 una nueva división: La división de psicología de la Salud.

1.1 Definición

El concepto de psicología de la salud ha sido modificado desde su definición inicial a lo largo de la historia, se le atribuye a Matarazzo (1980 como se citó en Palacios y Pérez, 2017) el uso del término, quien la define como:

La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud. (Matarazzo, 1980, p. 183).

A su vez, Piña, Sánchez, García, Ybarra y García (2013) agregan a esta definición las actividades vinculadas a la rehabilitación, ya que en enfermedades como la diabetes o del corazón, la dimensión psicológica influye tanto en la prevención como en la rehabilitación; asimismo mencionan que el profesional de la psicología de la salud debe contar con las competencias teóricas y metodológicas tanto en psicología como en psicología de la salud, generando así un actuar profesional que tenga bien definida su labor, independiente con las profesiones biomédicas y sociales pero que a su vez se incorpore con éstas formando un equipo interdisciplinario.

Por otra parte, Mebarak, Castro, Salamanca y Quintero (2009) agregan que la psicología de la salud debería trabajar principalmente a nivel primario de intervención, de tal forma que su énfasis se centre como tal sobre la salud y no tanto en la enfermedad, así, la intervención secundaria y terciaria pasaría a ser objeto de estudio primordialmente de la psicología clínica o medicina conductual.

Otra definición que se puede encontrar es la dada por Oblitas (2008), quien menciona que es un campo de especialización de la psicología que utiliza los conocimientos teóricos y aplicados de ésta para la evaluación, diagnóstico, prevención, explicación, tratamiento y/o modificación de trastornos físicos y/o mentales o algún otro comportamiento que influya en

el proceso de salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.

Entre sus principales aportaciones se encuentra el promover estilos de vida saludables, prevenir enfermedades a partir de la modificación de conductas que favorecen la enfermedad, dar tratamiento psicológico a pacientes con ciertas enfermedades y evaluar y mejorar el sistema sanitario.

A pesar de que existen diversas definiciones, Palacios y Pérez (2017) destacan ciertos elementos en común: 1) es una rama de la psicología, 2) es una especialidad de esta ciencia, 3) principalmente es un área aplicada de la psicología, sin embargo, al tomar en cuenta las diversas teorías y métodos psicológicos, contribuye también a la comprensión teórica de la salud y la enfermedad, generando así, investigación básica y aplicada, 4) se enfoca en estudiar la conducta relacionada con la salud y la enfermedad y 5) le interesa la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, así como la intervención terapéutica en aquellas conductas que se encuentran afectando el estado de salud del individuo.

Ahora bien, es importante diferenciar la psicología de la salud de otras disciplinas que comparten campo de estudio, como lo es la medicina psicosomática, la psicología médica y la medicina conductual. En cuanto a la primera, esta tiene como objeto de estudio los factores psicológicos en las causas de las enfermedades físicas (Palacios y Pérez, 2017), de acuerdo con Rivera y Bulbena (2014), es una práctica en medicina que tiene en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales, ya que un acontecimiento ya sea a nivel molecular o simbólico, puede repercutir en otros sistemas, de tal forma que la psicoterapia puede contribuir de forma eficaz cuando los factores psicológicos contribuyen significativamente en el mantenimiento de la enfermedad. Orozco y Castiblanco (2014) mencionan que en pacientes diagnosticados con enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles (ECDNT), la psicoterapia es de gran importancia ya que facilita minimizar riesgos de recaída y facilitar ajustes en el estilo de vida, evitando que se presenten aquellos factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad, de ahí que sea fundamental que este tipo de intervenciones psicológicas se den con calidad y pertinencia.

En cuanto a la psicología médica, se le considera un campo de la psicología aplicada que provee de conocimientos explicativos y criterios clínicos sobre aspectos psicológicos a los problemas médicos y del trabajo del médico (Álvarez, 2016). Esta disciplina da un equilibrio a la formación médica básica (fisiología, anatomía, bioquímica, etc.), agregando conocimientos del ser humano como emociones, ideas, actitudes, estilos de vida, circunstancias familiares, culturales y sociales, interacción con otros y habilidades, las cuales se deberán abordar y conocer en consulta, creando así conciencia de la relevancia que tienen estos elementos dentro de las problemáticas de la salud (Petra, Zamora, Zúñiga, Ramírez y Fouilloux, 2018). El equipo de psicología médica, puede estar integrado por psicólogos, médicos con especialidad en medicina interna o en medicina familiar y psiquiatras, lo que lo vuelve un grupo interdisciplinario, así, por ejemplo, encontramos que una de sus labores es dar un diagnóstico biopsicosocial del paciente, y a partir de ahí diseñar e implementar intervenciones, sin embargo, en ocasiones la interconsulta no va enfocada como tal al paciente, sino al equipo de salud en cuanto al asesoramiento para comprender los comportamientos de los pacientes y la forma de ayudarlos (Dapueto, 2016).

Por último, respecto a la medicina conductual, esta es considerada como un campo interdisciplinario que se enfoca en el desarrollo e integración de las ciencias biomédicas y conductuales, aplicando técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dentro del marco de la salud y la enfermedad en el ámbito hospitalario. Algunas de las funciones en contextos hospitalarios, son, la preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos, manejo de la depresión y miedo por la estancia hospitalaria, manejo del dolor, comunicación de noticias a pacientes y familiares, intervención en crisis, adherencia al tratamiento y canalización (Reynoso, Hernández, Bravo y Anguiano, 2010). Debido a que uno de sus intereses son los aspectos conductuales y sociales en torno a las condiciones médicas de los pacientes, esta disciplina permite trabajar con niños, adolescentes, adultos y ancianos, tanto de manera individual, como en grupo (Alderete, Arroyo y Villarruel, 2013). En este sentido, el trabajo de Ramírez, Rojas y Lada (2017) muestra que la intervención que se realiza desde la medicina conductual a pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía resulta favorecedora, ya que al utilizar la psicoeducación, técnicas de reestructuración cognitiva, método de solución de problemas y relajación autógena, las pacientes con esta problemática muestran cambios significativos en

sus estilos de afrontamiento, así como en sus niveles de ansiedad; datos parecidos a los encontrados por Hernández, Gómez, Becerra y Hernández (2018), quienes mencionan que este tipo de intervenciones, utilizando técnicas cognitivo-conductuales (psico-educación, técnicas de respiración, imaginación guiada, entrenamiento en comunicación asertiva y en solución de problemas) tienen resultados positivos en cuanto al nivel de dolor, ansiedad y depresión en pacientes con lumbalgia; asimismo, diversos estudios indican que estas intervenciones resultan eficaces para problemáticas como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, enfermedades renales, obesidad, asma y VIH (Reynoso y Becerra, Vázquez y Reynoso, Noguera y Pérez, Guillén, y Lugo, 2013).

Durante los años veinte, tanto la medicina psicosomática, como la psicología médica servían como conectores entre la medicina y las ciencias comportamentales; más tarde, durante este período, tuvo lugar el nacimiento de la medicina conductual, que con el objetivo de desarrollar e integrar conocimientos y técnicas biomédicas y del comportamiento, influyó dentro de las áreas de la salud y la enfermedad. En conjunto, estos tres campos de estudio contribuyeron al nacimiento de la psicología de la salud (Berrocal, Fava y Sonino, 2016).

Estas disciplinas comparten aspectos en común, sin embargo, las principales diferencias entre estas, se encuentran en que la psicología psicosomática se interesa más en el proceso de enfermedad y en aquellos aspectos de índole psicológico que se encuentran relacionados en su mantenimiento o desarrollo; por otro lado, la psicología médica realiza un análisis interdisciplinario en donde se ve al paciente desde una visión holística con el objetivo de dar una intervención apropiada para su problemática; por último, la medicina conductual se enfoca más en el bienestar psicológico del paciente y todo lo que esto conlleva.

1.2 Modelo biopsicosocial de la salud

Durante varios años, el modelo biomédico era el que regía el ámbito de la salud, este sostenía el dualismo entre mente y cuerpo, reduciendo las enfermedades a reacciones físicas y químicas, sin embargo, debido a las limitantes que este presentaba, surge la necesidad de una nueva perspectiva para comprender y tener un mayor control sobre las enfermedades.

El modelo biopsicosocial de la salud es propuesto por Engel en 1977, en donde se explica la multiplicidad de causas de la salud, esta perspectiva es una propuesta que integra

los niveles biológicos, psicológicos y sociales del individuo, los cuales interactúan entre sí, permitiendo la concepción holista. Este modelo da una importante flexibilidad para el estudio de la salud, ya que permite explorar las diversas causas presentes en los problemas de salud (Juárez, 2011).

Se basa en la teoría de sistemas, en la cual, todos los niveles de organización se encuentran relacionados entre sí jerárquicamente y, por lo tanto, los cambios en cualquier nivel afectarán a todos los demás; debido a los procesos que interactúa el diagnóstico de salud/enfermedad deberá ser abordado desde una perspectiva multidisciplinar, ajustándose a las necesidades de cada persona (Amigo, 2011).

Autores como Concha y Rodríguez (2010), Herrera (2009) y Pulgar (2010) mencionan en sus trabajos que trabajar desde el enfoque biopsicosocial ha traído resultados positivos al tratar problemas como la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, cáncer, hipertensión y diabetes, debido a que se ha encontrado que más allá de los factores puramente biológicos, los psicosociales pueden llegar a influir en este tipo de problemáticas. A nivel de paciente, Ibarra, Hernández y Meza (2012), en su investigación acerca de la percepción sobre el modelo biomédico y biopsicosocial en usuarios internos en hospital, destacan que los usuarios perciben el modelo biomédico como un paradigma histórico, centrado en la patología, en comparación con el modelo biopsicosocial, el cual se percibe como un marco conceptual contemporáneo, orientado a la persona desde un punto de vista psicológico, que privilegia la calidad de la atención, teniendo una visión integral del usuario.

Como se ha visto, este enfoque representa un cambio en el modo de comprender la salud y la enfermedad, ya que las diferentes dimensiones del individuo no pueden ser tomadas de forma aislada si se pretende realizar una intervención en este ámbito.

1.3 Conductas saludables y de riesgo

Para hablar de comportamientos saludables y de riesgo es necesario tener en cuenta el concepto estilo de vida, el cual se asocia a comportamientos individuales y patrones de conducta.

Dentro de los estilos de vida se encuentran las actividades y rutinas, como lo son las horas de sueño, el número de comidas diarias, consumo de alcohol y otras drogas, actividad física, etc., a este conjunto de actividades se les considera hábitos, los cuales se pueden dividir en dos: comportamientos saludables y conductas de riesgo, los primeros son aquellos que mantienen la salud y la longevidad y los segundos son los que limitan la salud y resultan dañinos, disminuyendo así, la esperanza de vida (Montoya y León, 2010).

Prevención de la salud y prevención de la enfermedad son tareas que pueden resultar con objetivos diferentes, sin embargo, no existen estrategias que por sí solas se enfoquen en una de estas dos tareas, sino que al prevenir salud de forma indirecta se está previniendo enfermedad y viceversa, tal y como sucede en los niveles de prevención (Amigo, 2012). Respecto a estos niveles, se pueden clasificar en a) prevención primaria, esta consta de estrategias para evitar una enfermedad o problema de salud, por ejemplo, promover el uso de preservativo para la prevención de ITS, programas educativos sobre drogas o la prevención de enfermedades como diabetes o dengue; b) prevención secundaria, la cual está enfocada en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad inicial, por ejemplo el tratamiento de la hipertensión arterial en estadios iniciales a partir de un control periódico y seguimiento para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas y c) Prevención terciaria, que se refiere a las acciones centradas en la recuperación de la enfermedad a partir del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, busca minimizar las consecuencias causadas por la enfermedad (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

García, García, Tapiero y Ramos (2012) mencionan que otro aspecto importante que se debe abordar, son los factores que influyen en estas conductas, como lo son los sociales, ya que, por ejemplo, un bajo nivel socioeconómico se asocia con comportamientos poco saludables, como lo son, el sedentarismo o una alimentación poco saludable; por su parte Páez y Castaño (2012), en su investigación sobre estilos de vida (EV) en jóvenes, muestra que los EV están influenciados por factores aprendidos y por lo tanto modificables, como lo son las costumbres, los hábitos, modas y valores existentes en un determinado momento, contexto y época, ahora bien, entre la población joven, no se advierte un riesgo, sino que se presenta una percepción de invulnerabilidad, lo que provoca que se presenten diversas conductas de riesgo, entre las principales se encuentran el sedentarismo, el consumo abusivo

de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y drogas ilegales), dietas nutricionales incorrectas, conductas sexuales de riesgo, entre otras; este tipo de conductas pueden estar relacionadas con las escasas redes de apoyo con las que cuentan los jóvenes; estos datos son parecidos a los mencionados por Sánchez y de Luna (2015) quienes encontraron las mismas conductas de riesgo en jóvenes universitarios: malos hábitos alimenticios, consumiendo dietas desequilibradas con alto contenido calórico, nula actividad física, consumo elevado de alcohol, tabaco y marihuana y prácticas sexuales de riesgo como no usar preservativo y tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas; asimismo, encontraron una alta presencia de creencias favorables sobre las conductas saludables, sin embargo, a pesar de ello, esto no se llevaba a la práctica; esto último también es encontrado por Arguello, Bautista, Carvajal, de Castro, Díaz, Escobar, Gómez, Morales, Pinto, Rincón, Rueda, Serrano, Suárez, Toloza y Agudelo (2009), quienes, en su investigación con el objetivo de evaluar los estilos de vida en estudiantes del área de la salud, muestran que aun cuando los jóvenes poseen conocimientos sobre conductas saludables y creencias adecuadas de la salud, siguen presentando conductas poco saludables en cuanto a la actividad física, el consumo de alcohol, cigarrillos y sustancias psicoactivas y sexualidad, lo cual muestra que contar con la información no es suficiente para la prevención.

Las conductas saludables y de riesgo van a estar influenciadas más que por los factores socioculturales, por aquellos de índole psicológico, como lo son las creencias, las motivaciones, la baja percepción de riesgo y sensación de autocontrol, así como las falsas expectativas y la baja sensibilidad antes quienes ya han vivido la problemática cuando se trata de conductas de riesgo, sin embargo, a pesar de que tienen presentes estos factores, las conductas saludables son las que en menor medida se presentan, de ahí la importancia de analizar las estrategias de prevención y promoción de la salud, así como los modelos desde los cuales se abordan estas temáticas.

1.4 Enfoques teóricos

Dentro del estudio de la psicología de la salud, el enfoque de la psicología positiva da grandes aportaciones, ya que permite definir y comprender el bienestar humano, de tal forma que al tomar en cuenta los elementos positivos, se amplían las respuestas a los procesos de salud, pues hay evidencia de que los estados positivos a nivel psicológico llegan a tener influencia

tanto en la aparición de enfermedades, como en la recuperación, así mismo pueden dar como resultado no sólo una vida más plena sino más saludable (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

La psicología positiva, fundada por Martín Seligman en 1998, busca poner énfasis en el estudio del bienestar humano y de las fortalezas humanas, sus temas principales pueden ser agrupados en los siguientes bloques: estudio de las emociones positivas, estudio de rasgos positivos, estudio de organizaciones positivas y años más tarde se añadió las relaciones positivas, dentro de estos se busca conocer sus precursores y consecuencias, su funcionamiento y su relación con otras áreas de la psicología (Hervás, 2009).

Debido a que la psicología de la salud cumple las funciones de explicar e intervenir en el proceso de salud/enfermedad, se han desarrollado varios modelos explicativos respecto a la toma de decisiones al momento de presentar conductas saludables o de riesgo con el objetivo de predecir e intervenir. Para explicar este tipo de conductas, se encuentran los modelos de creencias en salud, el modelo de acción razonada y de acción planeada, la teoría de la autoeficacia de Bandura y el modelo de promoción de la salud de Pender, todos estos modelos pueden ser divididos en dos ramas: en modelos cognitivos y en modelos cognitivos sociales (Salamanca y Giraldo, 2012).

Las creencias que tenga un individuo han resultado tener mayor valor predictivo sobre la aparición de conductas saludables y de riesgo, el Modelo de Creencias en Salud (MCS), propuesto por Rosentock en 1974, explica y predice la aparición de comportamientos saludables, ya que toma en cuenta la interacción entre diversos tipos de creencias que las personas tienen respecto a los eventos de salud, modelo que toma en cuenta el enfoque conductista al tener presente la relación estímulo-respuesta y el cognitivo, al tomar en cuenta el valor que el individuo da a las consecuencias de su acción. Este modelo plantea que las personas van construyendo creencias acerca de la salud en general, creencias que a su vez van influenciando la actitud hacia ciertas prácticas en salud y por tanto el que se presenten ciertos comportamientos. La probabilidad de que se presente una conducta depende principalmente de: 1) el riesgo percibido, es decir la visión que tiene la persona sobre el riesgo de padecer algo, 2) la vulnerabilidad percibida, aquellos factores personales que aumentan la probabilidad de un riesgo, 3) la severidad del riesgo, que se centra en la gravedad

de los daños y 4) las barreras para alcanzar la conducta saludable y los beneficios percibidos producidos por la conducta de reducción de riesgo, que hace referencia a los costos, conveniencias, dolor, incomodidad. De manera general, para que una persona presente un comportamiento sano, debe tener la creencia de que es susceptible a la enfermedad, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener consecuencias importantes en su vida y que tomar medidas factibles y eficaces, pueden ser benéficas para reducir el riesgo, y que, a su vez, estos beneficios superan las barreras psicológicas percibidas respecto a la acción preventiva (Valencia, 2009). Así, entre mayores beneficios se relacionen con una conducta, mayor probabilidad habrá de realizarla, y a mayores prejuicios o barreras, menor probabilidad para ejercerla (Salamanca y Giraldo, 2012). Si bien, entre sus principales limitantes se encuentra el hecho de que deja de lado los factores sociales, algunos autores como Londoño y Valencia (2008), mencionan que otro componente del MCS, es la percepción que se tiene respecto a lo esperado por los pares, la motivación para complacerlos, así como la presión social que se percibe para emitir una conducta específica.

Por otra parte, el Modelo de Acción Razonada (TRA) planteado por Ajzen y Fishbein, se basa en la relación existente entre creencias, actitud, intención y comportamiento; de manera general este modelo considera a la Intención como predictor del Comportamiento, y a su vez las Actitudes y las Normas subjetivas como variables explicativas de la Intención, a las Actitudes, les preceden las Creencias respecto a la conducta a desarrollar y a las Normas subjetivas, las Creencias normativas (Rueda, Fernández y Herrero, 2013). La Actitud será aquella posición que el individuo tome respecto a una acción u objeto, a partir de valores positivos y negativos, en una situación o contexto en específico; la Norma subjetiva hace referencia a la percepción social (opinión de otras personas, lo socialmente esperado) que tiene el individuo para realizar o no una conducta; el sistema de Creencias respecto a la conducta, son las ideas que se tienen en relación con un comportamiento u objeto, es decir la predisposición (Salamanca y Giraldo, 2012).

Posteriormente se crea el Modelo de Acción Planeada (MAP), el cual resulta complementario al TRA, en donde se incluye una nueva variable, que es la Percepción de control comportamental, la cual se da ante una determinada situación en la que es necesario tomar una decisión y actuar; esta percepción, irá en función de las creencias y capacidades

que tiene una persona para llevar a cabo una conducta, así, entre mayor sea el nivel de percepción, mayor probabilidad habrá de que se dé la conducta (Huéscar, Rodríguez, Cervelló y Moreno, 2014).

El siguiente modelo, es la Teoría de la autoeficacia de Bandura, la cual intenta demostrar que los factores cognitivos, conductuales, contextuales y afectivos se encuentran condicionados por la autoeficacia, la cual es entendida como los juicios que tienen las personas sobre sus propias capacidades para poder alcanzar determinados niveles de rendimiento, es decir la confianza que se tenga para poder tener éxito en cierta actividad (Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio, 2010). Aquellas personas que se perciban más eficaces ante las demandas del entorno, contarán con más herramientas para poder afrontar situaciones o tareas, ya que las percibirán como moldeables y no como amenazas y por lo tanto existirá una alta probabilidad de alcanzar los objetivos deseados, en comparación con bajos niveles de autoeficacia (Salamanca y Giraldo, 2012). Dentro de esta teoría se encuentra el determinismo recíproco, en donde los determinantes personales, comportamentales y ambientales interactúan entre sí, influyendo en el comportamiento de los individuos, de tal forma que las acciones están condicionadas por los pensamientos que tienen de sí mismas (Bandura, 2008, como se citó en Covarrubias y Mendoza, 2013).

Por último, se encuentra el modelo de promoción de la salud de Pender, este se basa en el modelo de acción razonada, planeada y la teoría de la autoeficacia de Bandura, postula que los comportamientos saludables estarán en función de 1) factores cognitivos-perceptuales (concepciones, experiencias, creencias, ideas sobre la salud) que influyen en que un individuo presente conductas favorecedoras de la salud o conductas de riesgo y 2) factores del entorno o sociales los cuales varían en cada cultura. Este modelo es de gran ayuda para la valoración de conductas en cuanto al estilo de vida, historia clínica o hábitos de las personas en relación con el cuidado de la salud (Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio, 2010).

Todo esto ha permitido una mejora en la atención de la salud al dar diversas explicaciones sobre las conductas saludables y de riesgo, así como su probabilidad de ocurrencia. Por otro lado, es importante que estos enfoques se tomen en cuenta para el diseño de campañas y programas de promoción de conductas saludables, dado que se ha visto que

la información teórica sólo es un factor para la prevención y por lo tanto no la asegura, por lo que es importante tener en cuenta factores motivaciones, de creencias y emociones.

Como se ha visto, los modelos teóricos surgen de la necesidad de dar una explicación a las conductas relacionadas con prevención y mantenimiento de conductas en materia de salud tomando en cuenta aquellos factores que podrían estar involucrados, sin embargo, las conductas de riesgo se siguen presentando, en especial las que tienen que ver con la sexualidad en jóvenes; por lo que entender la salud sexual desde sus componentes básicos se vuelve una labor de gran importancia. Debido a que los factores que se encuentran relacionados con las conductas de riesgo pueden ir desde factores cognitivos y sociales, se tomará como punto de partida el modelo de promoción de la salud de Pender, el cual involucra factores cognitivos-perceptuales y factores del entorno o socioculturales.

2. Salud sexual

De acuerdo con la OMS (2018) la salud sexual no sólo es la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar, sino que debe ser entendida como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad; requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de presiones, discriminación y/o violencia, asimismo con el fin de que todos los individuos alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer los derechos sexuales y reproductivos propios y de los demás. En cuanto a los derechos reproductivos, surgen por primera vez en 1968 en la Conferencia internacional de Derechos Humanos, sin embargo estos se limitan sólo al derecho de decidir de los padres en cuanto al número de hijos, posteriormente en 1994, se establece el término de salud reproductiva dentro de los derechos sexuales, estableciendo que cada individuo es libre de disfrutar su vida sexual de forma satisfactoria y sin riesgos de procrear, así como decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Romero y Muro, 2016). Actualmente son diez los derechos sexuales y reproductivos:

- 1.- Derecho a la libertad y autonomía sexuales: incluye cualquier forma de expresión de la sexualidad que no afecte los derechos de otras personas y sea lícita.
- 2.- Derecho a la información y educación sobre sexualidad basada en evidencia científica.
- 3.- Derecho a la salud sexual, que no se refiere sólo a la ausencia de enfermedades o infecciones de transmisión sexual, sino a la posibilidad del disfrute pleno de la propia sexualidad, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva y los insumos para su protección, como condones y anticonceptivos.
- 4.- Derecho a decidir libremente sobre ejercer o no la reproducción.
- 5.- Derecho a vivir conforme a la propia identidad de género y a la libre expresión de esta.
- 6.- Derecho a vivir conforme a la propia identidad de género y a la libre expresión de esta.
- 7.- Derecho a la equidad sexual, libre de discriminación por sexo, género, orientación sexual, edad, origen étnico, clase social, discapacidad, etc.

8.- Derecho a la privacidad y a intimidad, incluyendo la relativa a la propia sexualidad.

9.- Derecho a procurar el placer sexual. Cualquier forma de obtener placer sexual es legítima, siempre y cuando no afecte los derechos de los demás y sea lícita. Además de que es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

10.- Derecho a la libre asociación sexual: la elección de pareja sexual, duradera o efímera es una cuestión individual y sólo está sujeta a la aprobación de la otra parte involucrada, incluyendo el matrimonio y el divorcio.

Si bien estos derechos forman parte del código penal en México, existe mucho desconocimiento sobre ellos; Roncal y Carranza (2012) muestran en su investigación sobre el nivel de conocimientos y percepciones sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, que hay mayor porcentaje de desconocimiento (50.5%) sobre estos (54.3% en hombres y 45.7% en mujeres), centrándose en el grupo de 19 a 24 años (63.4%). Algunas de las problemáticas que se presentan en función de este desconocimiento es el contagio de virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y las dificultades que tienen las personas con alguna infección de transmisión sexual (ITS) para no ejercer su sexualidad (Campero, Kendall, Caballero, Mena y Herrera, 2010). Es importante promover los derechos sexuales y reproductivos, brindando información clara y oportuna, con el objetivo de combatir la falta de conocimiento sobre estos, la apropiación y su ejercicio, favoreciendo cambios culturales para combatir el estigma, discriminación y desigualdad.

Los conocimientos y prácticas que tienen los jóvenes en torno a la sexualidad, permiten identificar categorías sobre los factores que favorecen y/o desfavorecen una buena salud sexual, tomando en cuenta el contexto sociocultural, educativo y familiar en el cual se desarrollan; bajo este contexto, Rengifo, Córdoba y Serrano (2012) realizaron una investigación con el objetivo de identificar los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en adolescentes; sus resultados muestran que el 42% habían tenido relaciones sexuales, con edad de inicio promedio de 13 años, en cuanto a conocimientos sobre salud sexual se presentaron niveles altos y muy altos, el 95.5% recibió información sobre embarazo y sexualidad y la mayor fuente de información se encontró que provenía de los padres (67.5%), por otra parte, un bajo porcentaje dijo que el uso del condón significaba tener sexo

seguro (26%). Esta investigación permite ver que aun cuando los adolescentes refieren tener niveles altos sobre conocimientos en salud sexual, esto no es suficiente para impedir que inicien su vida sexual a edades tempranas y que aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan su vida sexual. Resultados parecidos a los encontrados por de la Ayala, Vizmanos y Portillo (2011) quienes en su investigación sobre el grado de información acerca de salud sexual (prevención de ITS, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos), encontraron que el 7.2% de los adolescentes ya había iniciado su vida sexual, con una edad promedio de 11 años, respecto a la información sobre ITS, el 84% dijo saber cómo prevenir una, encontrándose cifras más elevadas en hombres, en cuanto a métodos anticonceptivos se encontró que el 84.5% conoce por lo menos uno de ellos y fue el preservativo el más conocido (73.3%), seguido de los anticonceptivos orales (23.4%). De los adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual, el 100% de los hombres dijeron haber utilizado algún anticonceptivo mientras que sólo un 63.3% de las mujeres dijeron haber utilizado alguno. Se puede decir que, aunque un gran porcentaje conocía algún método anticonceptivo, se observa que los jóvenes no suelen usarlos durante las prácticas sexuales.

Por otro lado, los resultados de Guerrero, Guerrero, García y Moreno (2008) se muestran contrarios a las investigaciones anteriores; en su trabajo sobre los conocimientos de los adolescentes sobre salud sexual, encontraron que existe un alto desconocimiento en las siguientes áreas: 1) respecto al VIH, ya que el 28% no sabía que una vía de contagio es de la madre al feto, el 23.1% cree que actualmente se puede curar y un 33.5% desconoce que el contacto de fluidos con heridas en cavidad bucal es una vía de transmisión, 2) respecto al uso del condón, aunque se encontró que el 95% lo usaría como método para sus relaciones sexuales, un 13.3% desconoció la función del preservativo en la prevención de una ITS durante el coito vaginal y un 43.2% lo desconoce en el sexo anal, 3) sobre métodos anticonceptivos, debido a que un 30% de los jóvenes desconocía las características asociadas a estos, cómo lo son su uso y efectividad, 4) respecto al embarazo, el 25% de los adolescentes conserva creencias falsas sobre la imposibilidad de embarazo durante el período menstrual o como consecuencia del coito interrumpido y 5) el 50% de los jóvenes desconocía los síntomas asociados a una ITS. Estos resultados fueron similares a los reportados por Fernández, Fallas y García (2018) quienes realizaron una investigación con el objetivo de identificar mitos en torno a la salud sexual (VIH y otras ITS) y conductas sexuales de riesgo

en estudiantes universitarios, sus resultados muestran que el 23.8% de las mujeres y el 32.9% de los hombres afirmaron que compartir alimentos o agua con personas que tienen VIH o que incluso los animales domésticos pueden transmitir el virus; en cuanto a prevención, el 72.6% de los varones y el 52.4% de las mujeres, desconoce que el DIU no es un método efectivo para la prevención de VIH; en relación a otras ITS, el grado de desconocimiento es mayor, con porcentajes de desconocimiento alrededor del 50%; por último, en cuanto a las conductas sexuales de riesgo, se encontró que el 4.1% de los varones y el 11.5% de la mujeres dice que siempre tiene relaciones desprotegidas. Estas diferencias por sexo también se han encontrado respecto al uso del preservativo, Arrivillaga, Tovar y Correa (2012), muestran que un 22.1% de los hombres de su investigación dijo haber utilizado condón en su última relación sexual, en comparación con el grupo de las mujeres, en donde sólo un 13% dijo haberlo usado. Estas diferencias significativas pueden estar influenciadas por procesos sociales, donde las creencias de lo que significa ser hombre o mujer forman parte de los estereotipos de género, encontrando así, las características, responsabilidades, y actitudes del deber ser apropiados para cada sexo (Climent, 2009).

Si bien los resultados de algunas investigaciones resultan ser contrarios en cuanto al conocimiento que tienen los jóvenes respecto a la salud sexual, la prevalencia de las conductas sexuales de riesgo continúa, ya que estas se presentan independientemente de la información con la que cuentan los adolescentes, por tanto existe la necesidad de una educación integral de la sexualidad por parte de la familia y de las instituciones educativas, incluso a través de otros medios de comunicación, ya que los adolescentes presentan serias deficiencias en salud sexual, encontrándose que la principal fuente de información son los padres, hermanos, amigos, medios de comunicación (reportajes, noticias, notas), internet y profesores (Barbón, 2011; Ruiz, López, Carlos, Calatrava, Osorio y de Irala, 2011).

2.1 Sexualidad y salud sexual

Para poder entender la salud sexual, es necesario tener claridad respecto al concepto de sexualidad, de acuerdo con la OMS (2018) este término se puede definir como un aspecto central del ser humano que se encuentra presente a lo largo de toda la vida, abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción, se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias,

actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, sin embargo, no todas se expresan o se experimentan al mismo tiempo ni siempre; la sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, históricos, religiosos y espirituales.

La sexualidad se va manifestando en cada etapa de la vida de forma diferente, no obstante, durante la adolescencia, la sexualidad es vivida como una forma de exploración, aventura e incluso de desafíos hacia los padres y la sociedad, lo que da como resultado que en muchas ocasiones los jóvenes no sean conscientes de las repercusiones de sus actos; el problema de la sexualidad con los adolescentes, no es que tengan relaciones sexuales, sino que no cuentan con la orientación y preparación para una conducta sexual responsable (Guerrero, Guerrero, García y Moreno, 2008). Si bien es más común encontrar conductas de riesgo en esta sección de la población, en el caso de los adultos y personas de la tercera edad también es posible hallar este tipo de conductas, Arrivillaga, Trovar y Correa (2012), encontraron en su investigación sobre el uso del condón que el 80% de las personas mayores a 45 años no usaron preservativo en su última relación sexual, en comparación con los jóvenes de 18 a 24 años, en donde se encontró que sólo el 35% no lo utilizó. Estos resultados pueden estar influenciados por el hecho de que los adultos y adultos mayores, utilizan en su mayoría métodos anticonceptivos, sin protegerse de una ITS (González et al, 2010).

Ahora bien, estudiar y entender la sexualidad implica hacerlo desde diversas disciplinas para así tener una visión integral, desde la teoría de los sistemas, Rubio (1994) propone que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro holones los cuales no pueden ser considerados de manera aislada: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal; estos conceptos se manifiestan en todos los niveles de estudios del ser humano, por lo que no pueden ser tomados exclusivamente conceptos biológicos, sociales o psicológicos.

Esta teoría surge de la Teoría del Sistema General en la que se plantea que todos los sistemas se encuentran formados por elementos en interacción, los cuales a su vez son sistemas, en 1980 Arthur Koestler propuso que se les denominara holones para resaltar la importancia de que son partes constituyentes de un sistema, pero que a su vez tienen en sí

mismos, un alto grado de complejidad e integración. Los holones sexuales, es decir los elementos o subsistemas de la sexualidad, deberán ser conceptos que conserven su aplicabilidad vertical, lo que significa que puedan aplicarse a las diversas metodologías de estudios: antropológica, sociológica, psicológica y biológica Rubio (2019) A continuación, se explican cada uno de los holones propuestos:

El holón de la reproductividad.

Por reproductividad se entiende tanto la posibilidad de procrear individuos, como las construcciones mentales que se crean a partir de esta posibilidad. Este holón tiene implicaciones biológicas, psicológicas y sociales. En el nivel biológico, se manifiesta a partir de los aparatos reproductores y su funcionamiento, la posibilidad del control de la reproducción y las medidas necesarias para su consecución cuando existen ciertas problemáticas; en el plano psicológico, la reproductividad va más allá del nacimiento de un individuo, sino que se puede manifestar por medio de la maternidad y paternidad, así como en aquellas actividades a realizar con el fin de reproducción; por último, en el plano sociológico, se estudia a partir de las significaciones sociales del hecho reproductivo y la contracepción.

El holón del género.

El género puede ser entendido como todas las construcciones que se dan en torno a la pertenencia o no de las categorías dismórficas de los seres humanos (masculino/femenino), así como las características del individuo que lo pueden ubicar dentro de algún punto del rango de diferencias; al igual que los otros holones, se manifiesta en todos los niveles de estudio de la naturaleza humana. A nivel biológico, influyen los múltiples niveles de diferenciación sexual prenatal y postnatal y las manifestaciones anatómicas del dimorfismo; en el plano de lo psicológico, su relevancia se centra en la conformación de la identidad individual y de género; y a nivel social, se encuentran los roles de género, en donde se puede identificar lo esperado socialmente en función de un género.

El holón del erotismo.

El erotismo es el componente placentero de las experiencias individuales o en interacción con otro, este puede remitir a las experiencias identificadas como sexuales, en donde se encuentra la excitación sexual, el orgasmo y la vivencia del placer, así como las construcciones mentales alrededor de estas vivencias.

Sin embargo, García (2008) menciona que el erotismo no sólo tiene que hacer referencia a la sexualidad-genitalidad, sino que implica bienestar y placer en general, es decir, disfrutar a través de todos nuestros sentidos, lo que nos gusta mirar, percibir aromas agradables, degustar ciertos alimentos, beber líquidos, escuchar sonidos, sentir lo que tocamos con la piel, las texturas, las formas, temperaturas o disfrutar cuando somos tocados.

El holón de la vinculación afectiva interpersonal.

La vinculación afectiva puede definirse como la capacidad que tienen los seres humanos para desarrollar afectos intensos, ya sea ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro individuo en específico, asimismo incluye las construcciones mentales que se derivan de esta vinculación; en este sentido, el amor sería la forma más reconocida de vinculación; este tipo de vinculaciones se dan a partir de los afectos provocados por los otros y que son lo suficientemente intensos como para tratar de mantenerlo o simplemente evitarlos. En cuanto a las bases biológicas de este fenómeno se encuentran algunas formas de vinculación afectiva como el amor romántico, el enamoramiento o el vínculo materno-infantil; en el aspecto psicológico encontramos la experiencia subjetiva de la vinculación, el establecimiento de la pareja, su formación, ciclo y disolución, la institucionalización de estos vínculos a través del matrimonio o de su separación a través del divorcio, así como los procesos legales.

Barriga (2013) menciona que desde una perspectiva psicosocial, la construcción de la sexualidad y las conductas relacionadas a esta, depende del sujeto y del medio sociocultural en que se desarrolla, puede ser analizada desde distintos aspectos: biológicos (fisiología, evolución biológica o funciones del cerebro), conductuales (que conductas sexuales presenta el individuo consigo mismo y con los demás), aspectos clínicos (disfunciones sexuales o el vivir con alguna ITS), aspectos culturales (influencia del entorno cultural, incidencia de la

ético o religión) y aspectos psicosociales (la sexualidad en distintas fases evolutivas, aspectos objetivos y subjetivos de las relaciones de pareja, orientación y desarrollo sexual).

Los conceptos de salud sexual y sexualidad se diferencian en ciertos aspectos, sin embargo, se encuentran estrechamente relacionadas, tanto conceptualmente como en cuanto a la ejecución de programas y estudios (OMS, 2018).

2.2 Conductas sexuales de riesgo

Para hablar de conductas sexuales de riesgo es necesario distinguir estas de las conductas sexuales en general, las primeras se pueden entender como aquellos comportamientos que tienen como objetivo estimular el erotismo personal y/o de la pareja (García, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012). Respecto a las conductas sexuales de riesgo, estas serán aquellas que provocan daños en el bienestar y salud del individuo, como lo son el inicio temprano de la vida sexual, no usar preservativo en las relaciones sexuales, tener prácticas sexuales bajo efectos de sustancias, tener múltiples parejas sexuales, desencadenando que se tengan embarazos no deseados, abortos, o contagio por alguna ITS (Uribe, Castellanos y Cabán, 2016).

Durante la adolescencia las conductas sexuales de riesgo aumentan debido que durante esta etapa es común que los jóvenes tengan la sensación de invulnerabilidad, la necesidad de experimentación, susceptibilidad a influencia y presión por los grupos sociales, la dificultad para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras, por lo que se vuelve común que los riesgos dejen de importar, debido a que las expectativas de los daños disminuyen y las creencias de ganancias personales e inmediatas aumentan (Rosabal, Romero, Gaquín y Hernández, 2015).

Diversos indicadores muestran que existen políticas respecto a la salud sexual en América Latina, sin embargo, aún no se ha actuado eficazmente en esta problemática, con base en ello, Uribe y Orcasita (2009) realizaron un estudio con el objetivo de identificar las conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de Colombia, para así poder realizar énfasis en los programas de prevención en salud sexual y reproductiva dirigidos a esta población, los resultados más significativos muestran que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue a los 16 años, el 52.3% de los estudiantes afirmaron que durante

el último año mantuvieron relaciones sexuales con la misma persona, mientras que el 33.5% con más de una persona; de acuerdo con el uso del preservativo, el 26.9% lo utiliza cerca de una vez al mes en la conducta sexual vaginal, mientras que el 57.9% afirmó que en la relación sexual oral y anal nunca lo utilizan; con respecto al uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual, se encontró que el 52.8% utilizaron preservativo, comparado con la última relación sexual donde disminuyó el uso del preservativo a un 47%; se destaca que el 34% de los estudiantes no utilizaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual y el 36.5% no lo utilizaron en el último encuentro sexual, por último, dentro de las conductas de riesgo que practican los estudiantes están las relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias, principalmente el alcohol (41.1%) y los inhalantes (33.5%). Estos resultados aportan la identificación de los tipos de conductas de riesgo que prevalecen en los estudiantes universitarios, entre los cuales se encuentran inicio temprano de relaciones sexuales, consumo de sustancias psicoactivas, poco uso del preservativo y un alto número de parejas sexuales, en conjunto, esto indica la baja percepción de riesgo de transmisión del VIH y otras ITS, así como de embarazos no deseados entre los jóvenes.

Los resultados anteriores se muestran parecidos a los encontrados en nuestro país por Pulido et al (2013) quienes realizaron un estudio con el objetivo de documentar y comparar la conducta sexual de riesgo de tres universidades particulares de la Ciudad de México, los resultados mostraron que el 80% de los estudiantes tenía o había tenido actividad sexual y que esta se presentaba frecuentemente en condiciones riesgosas: no usando preservativo (67.4%), bajo el efecto del alcohol u otras drogas (60.5%), haciendo uso de métodos anticonceptivos naturales como el coito interrumpido y el método del ritmo (47.2%), teniendo actividad sexual con personas que se acababan de conocer (36.7%) y haciendo uso del servicio de sexoservidores (11.1%).

Resultados similares fueron encontrados en la investigación de Pulido, Carazo, Orta, Villalobos y Vera (2011) donde el objetivo fue evaluar la prevalencia de diferentes conductas de riesgo y algunas de sus consecuencias en los estudiantes de licenciatura de una universidad de México, sus resultados muestran que el 80.7% de los adolescentes ya habían iniciado su vida sexual, encontrándose un mayor índice en hombres que en mujeres, de los estudiantes sexualmente activos, el 61.7% aceptó no haber usado condón en alguna ocasión, el 54% había

estado alguna vez preocupado por la posibilidad de un embarazo, mientras que el 8.4% había tenido un embarazo no deseado y un 8.3% un aborto; en cuanto a una conducta sexual de riesgo diferente de aquella en la cual no se utiliza preservativo durante las relaciones se identificó que el 32.3% reportó ser sexualmente infiel, 8.5% reportaron haber tenido relaciones sexuales con sexoservidores, 58% dijo hacerlo bajo la influencia de drogas o alcohol y el 38.7% reportó la práctica del sexo casual. Ambas investigaciones plantean un panorama general en cuanto al ejercicio de la sexualidad en algunas universidades de la Ciudad de México, llamando la atención la elevada frecuencia de conducta sexual de riesgo, de ahí la necesidad de que en contextos educativos se ofrezca una formación integral sobre la salud sexual.

Como se ha visto, las principales fuentes de riesgo entre los jóvenes es no usar preservativo, tener encuentros sexuales bajo efectos del alcohol y tener relaciones sexuales con múltiples parejas sin protección, todas estas conductas tienen consecuencias a mediano y largo plazo, como lo es un embarazo no deseado o la adquisición de una ITS.

2.2.1 Embarazos no deseados.

Durante la adolescencia se presentan un gran número de cambios a nivel biológico, psicológico y social, estos cambios aunados al proceso de embarazo pueden desencadenar consecuencias negativas tanto para la salud de la madre como en el futuro hijo. Algunos de los factores que propician el incremento de esta problemática son el inicio temprano de relaciones sexuales, no utilizar métodos anticonceptivos o hacer mal uso de ellos y contar con poca o mala información respecto al tema; entre los principales riesgos en la salud del embarazo adolescente está la mortalidad materna y/o fetal, aborto, infecciones urinarias, rotura prematura de membranas, partos prematuros, cuadro hipertensivo y patología placentaria (Iglesias, 2016, citado en Sampayo, Márquez, Ortega y Salazar, 2019). Por otra parte, León, Minassian, Borgoño y Bustamante (2008) añaden otra categoría de consecuencias: las complicaciones psicosociales, en donde se encuentra la deserción escolar o la dificultad para reinsertarse en el sistema escolar, el asumir una multiplicidad de roles adultos para los cuales no se está cognitivamente maduro, presentar problemas económicos para solventar los gastos del nuevo hijo o la probabilidad de que el niño sea criado dentro de una familia monoparental.

A nivel mundial, aproximadamente 16 millones de jóvenes entre 15 y 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menos de 15 años, dan a luz cada año, la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes es de 49 por 1000 muchachas, encontrándose que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en esta población en todo el mundo (OMS, 2014). América Latina y el Caribe es la región con mayores embarazos adolescentes después de África subsahariana, proyecciones plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá estable durante el período 2020-2100. Las niñas que llegan a tener un embarazo no deseado difícilmente podrán tener acceso a la educación y a un nivel de vida adecuado, ya que comienzan a asumir comportamientos adultos, perdiendo su niñez (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2014).

En México, el Consejo Nacional de la Población (CONAPO, 2014) estima que sólo el 37.6% de los adolescentes emplea un método de anticoncepción en su primera relación sexual, encontrándose que principalmente se usan métodos con poca efectividad; a nivel nacional, la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012, con una edad de inicio de 15 años, teniendo como consecuencia que el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentara de 15.6% a 18.7% entre 2003 y 2012. Actualmente el porcentaje de adolescentes que iniciaron su vida sexual entre los 12 y 19 años se ha mantenido igual (23%), sin embargo, de estos, el 15% de los hombres y el 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexuales, de acuerdo con estos datos, se dan aproximadamente 340 mil nacimientos anuales en mujeres menores de 19 años (Instituto nacional de las Mujeres, 2019). Con base en los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018), se encontraron mayores niveles de fecundidad en aquellas mujeres que residen en una entidad rural en comparación con aquellas que viven en zonas urbanas; otro dato de interés fue que a medida que aumentaba la escolaridad de las mujeres, disminuía su fecundidad, la tasa global para mujeres que tenían algún grado de primaria fue de 2.8, en comparación con las que tenían algún grado de secundaria (2.66) o nivel media superior o superior (1.75).

Una de las consecuencias del embarazo es la deserción escolar, de acuerdo con cifras del 2010, el 17.7% de las mujeres menores de 18 años y el 30.7% de las menores de 15 años

que se embarazaron, dejaron la escuela después del embarazo. Otra problemática que se ha identificado es que las madres adolescentes llegan a tener mayor descendencia que las mujeres que aplazan su primer embarazo a una edad mayor, en el país, las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia terminan su periodo reproductivo hasta con tres hijos más que las mujeres que iniciaron su maternidad después de los 19 años.

Loredo, Vargas, Casas, González y Gutiérrez (2015) mencionan que algunas de las causas para que se siga dando esta problemática tienen que ver con aspectos biológicos como la maduración sexual temprana, aspectos sociales como lo son la región en que se habitan (rural o suburbana), así como las costumbres y creencias y aspectos educativos, los cuales tienen que ver con el nivel educativo, generalmente bajo en este tipo de población.

Villalobos et al (2015) realizaron una investigación con el objetivo de caracterizar a las adolescentes que han tenido algún embarazo y su relación con el rezago educativo a partir de una encuesta representativa en México, participaron 1790 mujeres de entre 12 y 19 años de edad con inicio de vida sexual y antecedente de embarazo, los resultados muestran que de las adolescentes que no habían tenido aún un embarazo, 52.3% son estudiantes, en tanto que aquellas que tuvieron al menos un embarazo se dedican principalmente a las labores del hogar (76.7%), el máximo grado de estudios por las jóvenes sin antecedente de embarazo es de preparatoria o bachillerato (41.4%), mientras que el 58.9% de las adolescentes con antecedente de embarazo sólo cursó hasta la secundaria. De las adolescentes que ya habían tenido al menos un embarazo, el 58.9% se encuentra en nivel socioeconómico bajo, mientras que el 41% de las nunca embarazadas se encuentra en la misma situación económica. El uso del condón entre las adolescentes sin embarazos previos es de 75.4% y 66% en la primera y última relación sexual respectivamente, por otro lado, entre las adolescentes con embarazo previo es de 52.4% y 56.2% en la primera y última relación sexual. Al analizar el número de embarazos, se observó que el riesgo de rezago educativo se identifica particularmente cuando la adolescente tiene más de un embarazo, dicho resultado sugiere que el rezago educativo se incrementa con el nacimiento de un hijo más que con la presencia de un embarazo, por tal motivo es necesario que el sector educativo mejore para asegurar la permanencia de los niños y adolescentes en el sistema escolar, estos resultados, en conjunto, hacen evidente también

que es de gran importancia garantizar desde nivel primaria el acceso a la educación sexual integral.

Dado que el embarazo adolescente en muchas ocasiones se da durante la etapa universitaria, Estupiñán y Rodríguez (2009) realizaron una investigación con el objetivo de determinar los aspectos psicosociales relacionados con este en estudiantes universitarias, a través de relatos de vida, para ello participaron 68 estudiantes de entre 17 y 20 años que ya habían tenido un embarazo; los resultados muestran que si bien el embarazo en esta etapa de la vida no es planeado ni esperado, poco a poco se van generando las transformaciones necesarias (asumir nuevos compromisos y responsabilidades, generar nuevos hábitos, reestructurar el plan de vida, etc.) para alcanzar un desarrollo pleno; en cuanto a la pareja, el acompañamiento de esta se da durante los primeros meses de vida, seguido por un abandono; finalmente, en lo que respecta a la familia de las jóvenes, es la madre de la gestante quién apoya permanentemente a su hija, en comparación con el padre con quien se presentan conflictos permanentes.

El embarazo adolescente ha cobrado mayor importancia debido a que entre las mujeres con edad fértil, el grupo de adolescentes es el más grande. Los datos han mostrado que en nuestro país las entidades federativas con mayor tasa de fecundidad adolescente para 2018 fue Coahuila y Durango con 94.3 y 95.2 hijos por cada mil mujeres respectivamente; la Ciudad de México fue la entidad con menor tasa, 38.6, seguida de Tamaulipas con 54.3 (INMUJERES, 2018).

Aun cuando existen programas educativos y preventivos en materia de salud sexual, las tasas de embarazos adolescentes siguen aumentando, pues aun cuando los jóvenes cuenten con la información sobre como tener una salud sexual saludable, se siguen presentando conductas de riesgo, por lo que sería necesario replantear tanto el contenido de estos programas, como la forma en que realmente se tenga un impacto de los jóvenes.

2.2.2 Infecciones de transmisión sexual.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) abarcan un conjunto de patologías de etiología infecciosa diversa, en donde predomina la vía sexual como principal medio de transmisión, sin ser esta la única vía; los agentes etiológicos de las ITS tienen como único reservorio al

ser humano, la transmisión se realiza a partir de las personas infectadas (con formas agudas, crónicas o asintomáticas), la probabilidad de transmisión de una persona infectada a otra, va a variar ampliamente de una ITS a otra (Díez y Díaz, 2011). Las ITS involucran principalmente a los genitales, sin embargo, existe la posibilidad para algunos agentes involucrados de generar lesiones en numerosos órganos; por otra parte, estas pueden ser clasificadas de acuerdo con los agentes involucrados: por bacterias, virus, parásitos y hongos (Anzalone y Mattera, 2009).

Son más de 30 virus, bacterias y parásitos que se saben transmiten una ITS por contacto sexual, de las cuales, ocho son las más comunes; de estas, cuatro tienen cura: la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis; las otras cuatro son incurables, aunque existen tratamientos para atenuar, controlar o modificar los síntomas de la enfermedad, estas son: hepatitis B, virus del herpes simple, VIH y VPH. Si bien, las ITS se propagan tanto por contacto durante el sexo vaginal, anal u oral, también se pueden contraer por medios no sexuales, por ejemplo, a través de transfusiones de sangre o productos sanguíneos, incluso de la madre al hijo durante el embarazo o el parto, como es el caso de la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B, el VIH y la sífilis. Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas, ya que la mayoría son asintomáticas o sólo van acompañadas de síntomas leves; entre los síntomas más comunes se incluyen el flujo vaginal, secreción uretral o ardor en hombres, úlceras genitales y dolor abdominal (OMS, 2019). Entre los factores de riesgo para contraer una ITS se encuentra el tener relaciones anales, vaginales u orales sin condón, usar drogas inyectables y compartir jeringas, ser víctima de abuso sexual o violación por uno o varios agresores (Sabando, Molina, Cueva y Cedeño, 2018).

Las infecciones de transmisión sexual abarcan un problema de salud pública a nivel global, de acuerdo con la OMS (2018) cada año se producen 357 millones de nuevos casos de contagio de alguna ITS, entre las más comunes se encuentran: virus del papiloma humano (VPH), clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis

En lo que respecta a México, la prevalencia de ITS representa un gran problema, durante 2017 se detectaron 4,703 casos de sífilis adquirida (61.5% hombres y 38.5% mujeres), 27,610 casos de VPH (4.1% hombres y 95.9% mujeres), 8,113 casos de VIH (82.1% hombres y 17.9% mujeres) y 195,194 casos de SIDA (82.1% hombres y 17.9%

mujeres), respecto a esta última ITS, la principal vía de transmisión del VIH en nuestro país es la sexual, afectando principalmente a grupos de la población específicos: los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se dedican al trabajo sexual y personas que usan drogas inyectables (Instituto Nacional de las Mujeres, INMUJERES, 2018).

Por otra parte, en cuanto a la prevención, Mejía (2014) menciona que son diversas las formas para prevenir el contagio de una ITS, estas son: no usar agujas usadas ni compartirlas, hablar con la pareja sexual sobre prevención, no consumir drogas ni bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales y sobre todo usar condón cada vez que se tenga cualquier tipo de contacto sexual, teniendo de esta forma relaciones sexuales protegidas.

Estrada (2018) realizó una investigación donde el objetivo fue de determinar la relación que existe entre el conocimiento del uso de preservativo y la prevención de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de secundaria, sus resultados muestran que el nivel de conocimiento del uso de preservativo es regular con 63.7%, teniendo 29.4% como nivel alto y finalmente 6.9% de los estudiantes tenían un nivel bajo, en cuanto al nivel de prevención de ITS, se encontró que el nivel es alto con un 52.9%, teniendo 41.2% como nivel regular y finalmente sólo se obtuvo un 5.9% de estudiantes con nivel bajo. Por otra parte, Campos (2018) en su investigación sobre la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los estudiantes frente a las ITS y el VIH/SIDA, encontró resultados parecidos a Estrada (2018) en cuanto a los conocimientos con lo que cuentan los jóvenes, ya que el 58.8% de los estudiantes tienen nivel promedio superior, mientras que el 32.3% de la muestra se encuentra en nivel promedio inferior y sólo el 10.4% tienen nivel superior. En cuanto a la actitud que poseen los estudiantes respecto a personas con alguna ITS, se encontró que el 72% posee una actitud positiva moderada, mientras que 8.7% posee una actitud negativa moderada y el 3.4% posee una actitud negativa muy alta. El índice de correlación de confirma la dependencia de las variables conocimiento y la escala de actitudes ante las ITS. Estos resultados permiten concluir que el conocimiento sobre ITS y el uso del preservativo se relaciona directa y significativamente con la prevención de ITS en estudiantes y por tanto se recomienda un plan de intervención educativo en el que se haga énfasis en estos dos elementos.

Aun cuando los jóvenes presentan niveles medios de conocimientos acerca de las ITS y su prevención, las conductas sexuales de riesgo que involucran el contagio de una ITS se siguen manteniendo, es por ello que Villegas, Cianelli, Santisteban, Lara y Vargas (2016) realizaron un estudio con el objetivo de investigar los siguientes factores asociados a la prevención de ITS: conocimientos, actitudes, autoeficacia, vulnerabilidad, conductas de riesgo y conductas de prevención en mujeres de entre 18 y 24 años de edad. Entre los resultados más significativos se encuentran que la edad de inicio de la vida sexual que fue de 16 años, las mujeres reportaron en promedio haber tenido 3 parejas sexuales en su vida, el 25% de las participantes dijo tener alguna ITS y sólo el 10% reportó que sus parejas habían tenido una ITS en su vida; en cuanto al conocimiento sobre ITS, este fue bajo (2.5 puntos en promedio de un total de 7); respecto a las actitudes hacia la prevención, se obtuvo un puntaje promedio de 42 (puntaje máximo 61), encontrándose una actitud positiva hacia el uso del condón (72.5%); respecto a la percepción de adquirir una ITS, el 70.2% dijo sentirse muy preocupada o un poco preocupada, mientras que el 29.7% refirió no sentirse preocupada; por último, en cuanto a las conductas sexuales de riesgo, en el último mes, el 76.9% de las participantes dijo no haber usado condón en ninguno de sus encuentros sexuales, mientras que el 50% mencionó que había usado drogas o alcohol antes de tener relaciones sexuales.

Estos resultados muestran que son diversos los factores de riesgo para la adquisición de una ITS, no solamente contar con bajos niveles de conocimiento asociados a la prevención, algunos de los factores que se encuentran involucrados son el inicio temprano de actividad sexual, diferentes parejas sexuales a lo largo de la vida, actitudes negativas hacia la fidelidad o el uso del condón y niveles medios de autoeficacia.

2.3 Factores asociados a las conductas sexuales de riesgo

Las conductas de riesgo suelen ir enfocadas al inicio temprano de la vida sexual, las múltiples parejas sin protección y el uso del condón, el interés en esta problemática radica en que aun cuando se ha visto que los jóvenes cuentan con la preparación teórica respecto al tema, como se ha reiterado en este trabajo, se siguen presentando estas conductas, lo cual demuestra que entonces se encuentran involucrados otros tipos de factores, los cuales se podrían ubicar dentro de los contextos psicológicos y sociales, como lo es la esfera familiar; en este sentido Lavielle et al (2014) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar las conductas

sexuales de riesgo del adolescente y su relación con las características familiares, en esta, se encontró que una tercera parte de los adolescentes tenía vida sexual activa (29.9%), la mayoría inició antes de los 15 años (68.8%) y poco menos de la mitad no utilizaba condón siempre que tenía relaciones sexuales (48.2%), las principales razones por las que no se usaba fue no haber planeado la relación sexual y por lo tanto no tener condón en el momento, así como la falta de dinero. Los datos relacionados con estructura, satisfacción y dinámica de la familia mostró que el 63.8% provenía de una familia nuclear mientras que 21.7% de una familia monoparental; 74.1% indicó sentirse satisfecho con su familia, 39.8% señaló que no existía una comunicación apropiada entre los miembros de su familia y 40% tenía una expresión funcional del afecto; el análisis de los datos mostró que las conductas de riesgo estuvieron relacionadas con alguna de las características de la familia, el inicio temprano de la vida sexual fue más frecuente en los adolescentes con familias en las que la expresión del afecto es disfuncional y con una estructura monoparental y nuclear, la falta de uso de condón se relacionó con deficiente expresión del afecto y comunicación dentro de la familia, tener más de tres parejas se relacionó con la expresión disfuncional del afecto y el grado de satisfacción del joven con su familia, por último, los embarazos no planeados y las ITS fueron más frecuentes en los adolescentes pertenecientes a familias extensas que tenían una expresión disfuncional del afecto. De estos resultados se puede concluir que el nivel de comunicación, el monitoreo de la conducta, la calidez y la cercanía desempeñan un papel muy importante como predictores de las conductas sexuales de riesgo.

Otro de los factores que se ha relacionado con esta problemática se refiere a los estados emocionales resultantes del grado de satisfacción con la imagen corporal.

Compte (2012) realizó un estudio teórico con el fin de analizar la relación entre las conductas sexuales de riesgo y la imagen corporal (IC) en jóvenes; los principales resultados muestran que existe una relación entre estas dos variables, mujeres que tienen una auto evaluación positiva de sí mismas, tienden a rechazar las relaciones sexuales inseguras, en comparación con las adolescentes con una evaluación negativa de su imagen corporal, quienes tienden a iniciar su vida sexual a temprana edad y a no usar preservativo.

En lo que respecta a los hombres, los que tienen una vida sexual activa y una imagen corporal positiva se caracterizan por una mayor consistencia en el uso del preservativo y una

mayor agencia sexual (capacidad para toma de decisiones sexuales de manera activa, informada y responsable), a diferencia de los adolescentes con imagen corporal negativa, quienes han mostrado inconsistencia en el uso del preservativo. Estos datos muestran la importancia de desarrollar programas de prevención en salud sexual, incluyendo temas de autoestima e imagen corporal.

Por otra parte, Avendaño y Barra (2009) consideran que el apoyo social que brindan las redes de apoyo a los adolescentes influye en el bienestar, la salud y la calidad de vida de los jóvenes, argumento que Orcasita, Uribe, Castellanos y Gutiérrez (2012) confirman en su investigación sobre la relación entre el apoyo social y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de entre 12 y 18 años, en donde encontraron que el 21.5% de los estudiantes manifestaron haber iniciado su vida sexual entre los 15 y 16 años, el 15.5% sostuvo que había tenido relaciones sexuales sólo con una persona y el 13.5% con más de dos personas; en cuanto al uso del preservativo, sólo el 36.2% dijo haberlo utilizado en la última relación sexual. En cuanto al apoyo social percibido, las puntuaciones de los adolescentes sobrepasaron los puntos medios de la escala, es decir, logran percibir un buen apoyo social por parte de sus redes de apoyo, encontrándose que existe y sienten apoyo emocional, instrumental, interacción social y afectiva; con respecto a sus redes de apoyo, los adolescentes piden ayuda con mayor frecuencia a la familia (53%), seguida de los amigos (38%). A través de pruebas estadísticas se determinó que existen diferencias significativas entre los participantes que han iniciado su vida sexual y los que no han iniciado en cuanto al apoyo social percibido, los jóvenes que han iniciado su vida sexual son quienes perciben un menor apoyo tanto emocional como instruccional por parte de su principal red de apoyo; estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer las redes de apoyo de los adolescentes debido a que están directamente relacionadas con conductas sexuales de riesgo y así evitar que los jóvenes busquen fuentes de información y/o apoyo no apropiados para que los orienten en cuanto a salud sexual u otras situaciones.

Aunado a lo anterior, otro factor de índole social que podría estar involucrado se refiere a la estructura y el entorno social en el que se desenvuelven los jóvenes, es por ello que Robles y Espinel (2017) realizaron una investigación con el objetivo de determinar los principales riesgos sexuales autopercebidos en jóvenes de entre 17 y 25 años de edad y su

relación con la popularidad en un entorno social universitario, sus resultados muestran que existen tres principales riesgos sexuales autopercebidos por los jóvenes: 1) mantener relaciones sexuales sin condón (64%), 2) ser infiel a la pareja (34%) y 3) consumir alcohol cuando se tiene relaciones sexuales (2%), sin embargo, estos riesgos dependen del entorno social en que se desenvuelven los adolescentes, ya que se encontró que el nivel de autopercepción de riesgo era menor en estudiantes que pertenecían a grupos populares, en comparación con los que formaban parte de grupos no populares, sin embargo, este último grupo a pesar de mostrar mayor percepción de riesgo, fueron quienes presentaron mayor exposición a conductas de riesgo; estos resultados marcan la importancia que tienen las creencias en la motivación del individuo como lo son aquellas que vienen del entorno social y que van en función del género.

Siguiendo con aquellos factores sociales, Forcada et al (2013) en su estudio sobre el efecto de la comunicación familiar y el comportamiento sexual riesgoso de los amigos sobre la conducta sexual en estudiantes universitarios, encontraron que la percepción que tienen los adolescentes acerca del comportamiento sexual de sus amigos más cercanos, puede influir en su propio comportamiento sexual, ya que se encontró que los índices de conductas sexuales de riesgo en el grupo cercano de amigos tenían una correlación estrecha con la conducta sexual de riesgo del individuo; por otra parte se encontró que una alta cantidad de problemas con los padres y poca comunicación familiar se correlaciona de manera directa y estadísticamente significativa con presencia de conductas sexuales de riesgo, estos resultados sugieren el desarrollo de planes de prevención de conductas sexuales riesgosas en donde se enseñe a crear vínculos con los pares en formas más sanas, identificando conductas peligrosas en grupos cercanos de amigos y a saber evadir la posible presión de amigos para repetir conductas de riesgo.

Otro factor que ha sido estudiado en cuanto a su relación con este tipo de conductas, es la excitación sexual, la cual es entendida como aquel estado emocional o motivacional que puede ser activado tanto por estímulos externos o internos, desencadenando respuestas a nivel de sistema nervioso central periférico y comportamentales, esto puede llevar al individuo a tomar decisiones sobre su situación sexual de forma inmediata, irracional e impulsiva, sin

que se tomen en cuenta las posibles consecuencias, de ahí que este factor pueda influir en la emisión de conductas de riesgo (Janssen, 2011).

Por este motivo Granados y Sierra (2016) plantearon una revisión teórica para analizar la relación entre la excitación sexual con conductas sexuales de riesgo, se pudo concluir que la excitación se relacionó de forma positiva con el consumo de alcohol y drogas durante las relaciones sexuales, relaciones sexuales casuales, número de parejas y el pagar por sexoservidores, de modo que se considera la necesidad de incluir la excitación sexual como una variable relevante en los programas de prevención e intervención de conductas sexuales de riesgo y de educación sexual.

El amor romántico, la ideología respecto a las relaciones de pareja y los estereotipos de género, son otro tipo de factores y creencias que llegan a influir en las conductas de riesgo, Saura et al (2017) mencionan en su estudio sobre la percepción de riesgo de ITS en jóvenes, que la confianza que se tiene con la pareja es un factor clave de los adolescentes para justificar las relaciones sin protección, para las mujeres el no usar preservativo se vincula más con la unión simbólica con la pareja, mientras que los hombres, lo asocian con el hecho de que usar condón es falta de fidelidad y amor por parte de su pareja, todo esto dentro del imaginario del amor romántico. Estos datos coinciden con lo dicho por García, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012), quienes mencionan que el mantener relaciones sexuales con la misma pareja genera un pensamiento de invulnerabilidad.

Los diferentes factores que han sido estudiados en relación a las conductas de riesgo en jóvenes (Ver tabla 1), tienen en común componentes psicológicos y sociales, lo cual dificulta aún más su prevención, debido a la naturaleza individual que esto representa, otra dificultad que se puede encontrar, es la mencionada por Amigo (2012), respecto a que las conductas de riesgo en general, aun cuando son perniciosas conllevan una gratificación inmediata, lo cual refuerza positivamente que se sigan presentando estas conductas, por otro lado, las conductas saludables suponen casi siempre una demora en la gratificación y el presentarlas, sólo reduce la posibilidad de enfermar en términos de probabilidad, es decir, el riesgo siempre estará presente, aunado a lo anterior, se encuentra el hecho de no haber padecido cierta enfermedad o cierta problemática, lo cual genera una sensación de invulnerabilidad. Todos estos elementos deberían tenerse en cuenta al momento de

proporcionar información de salud sexual, ya que como se ha visto, el contar con los conocimientos no es suficiente para prevenir.

Tabla 1

Factores asociados a las conductas sexuales de riesgo

| Categoría | Factor |
|-------------|--|
| Familiar | Comunicación familiar |
| | Problemas con los padres |
| | Características de la conformación familiar |
| Social | Apoyo percibido por redes de apoyo |
| | Percepción del comportamiento de los pares |
| | Estructura y entorno social (grupos populares) |
| | Mitos del amor romántico |
| Biológico | Excitación sexual |
| Psicológico | Autopercepción de la imagen corporal |

Nota: Se encuentran agrupados por categoría los factores estudiados asociados a las conductas sexuales de riesgo.

2.4 Prevención en salud sexual

La prevención puede ser entendida como el trabajo que se realiza en la atención primaria de salud, la cual requiere acciones, medidas y estrategias tanto médicas como psicológicas; se busca que los individuos comprendan y perciban el riesgo real de sus comportamientos. Involucra una serie de cambios a nivel psicológico individual y a nivel social, la rapidez y facilidad para adoptar comportamientos preventivos variara en cada individuo debido a las dinámicas subjetivas y estilos de vida de cada uno, por lo que resulta necesario que se vea al individuo de manera holística, tomando en cuenta todos sus niveles: individual, grupal, comunitario y social (Rodríguez y Echemendía, 2011).

De acuerdo con Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio (2010), la promoción de la salud es una medida básica para la adquisición y mantenimiento de conductas relacionadas con la salud, puede ser entendida como el proceso de capacitación para que las personas aumenten el control sobre su salud y la mejoren, logrando así, tener estilos de vida saludable, la promoción de la salud se puede conseguir a través de tres mecanismos: el autocuidado, la ayuda mutua y los entornos sanos o creación de condiciones ambientales que favorezcan la salud

En lo que respecta a la salud sexual, con base en los datos de diversos estudios, la prevención en este tema deberá abordar el uso correcto de métodos anticonceptivos y embarazos no deseados, la negociación del uso del condón e información sobre ITS; esta información deberá ir enfocada tanto a individuos con pareja estable, como a aquellos con parejas casuales (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

2.4.1 Medidas preventivas para las conductas sexuales de riesgo.

De acuerdo con la OMS (2015), para la prevención de embarazos no deseados y otros riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva, los adolescentes necesitan información, incluida una educación sexual integral, acceso a diversos servicios de salud sexual y reproductiva, como lo son el acceso a los preservativos y a otros métodos anticonceptivos, acceso a intervenciones de prevención, tratamiento y atención relacionadas con las ITS, y un entorno libre de explotación y de abusos, en donde se encuentren seguros y cuenten con el apoyo necesario.

De María, Galárraga, Campero y Walker (2009) mencionan que a través de la educación en el ámbito escolar se pueden prevenir el contagio de ITS, si bien América Latina ya incluye dentro de sus programas educativos materias de salud sexual, es importante que esto se replantee y consolide para tener un mayor impacto en los jóvenes, esto dependerá de la propia escuela, el contexto sociocultural y familiar donde se desarrolle, el contenido que se imparta, el tiempo de exposición y la frecuencia con la que se repita la información.

Por otra parte, Revuelta (2013) menciona que las intervenciones educativas no sólo tendrían que ir enfocadas en el entorno escolar, sino extenderse al ámbito familiar, comunitario y sanitario, asimismo, previa a la intervención se deberá evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes con las que se cuentan.

Algunas de las medidas para el fortalecimiento en cuanto a prevención son: mejorar los sistemas de compra, abasto y distribución a puntos de servicio, asegurar el acceso gratuito a métodos modernos de anticoncepción, incorporar la consejería en salud sexual y reproductiva en los sistemas de apoyo sanitarios públicos, formar en educación sexual integral al personal sanitario y la creación de espacios para el intercambio y discusión de información entre pares respecto a salud sexual y sexualidad, así como asegurar la continuidad escolar de madres adolescentes (Banco Interamericano de Desarrollo, BID, 2014).

La OMS (2009) propone también como medida preventiva poner al alcance de la población pruebas de diagnóstico rápido de ITS, así como vacunas preventivas; aumentar la accesibilidad y confidencialidad de los servicios del sector público en cuanto a salud sexual para generar mayor confianza por parte de los jóvenes para acudir; trabajar en los estigmas que se han generado de las ITS y en la resistencia a acudir rápidamente a tratamiento en caso de los pacientes que ya padezcan alguna infección.

2.4.2 Educación sexual, programas educativos.

La educación sexual ha tenido diversas variaciones a lo largo del tiempo en cuanto a enfoques desde los cuales se trabaja, el enfoque más antiguo es el Moralista, el cual implica juicios valorativos sobre “lo bueno” y “lo malo”, por lo que muchas veces no se respetan los derechos individuales, esta perspectiva evolucionó hacia el enfoque Ético, en donde se

abordan los comportamientos como una decisión libre y voluntaria, centrándose en el bienestar personal, posteriormente se planteó el enfoque Biológico o Funcionalista, que tiene como objetivo dar información sobre funciones del cuerpo, procesos de fecundación, embarazo y respuesta sexual; por otro lado la perspectiva Afectiva o Erótica se orienta más en temas de amor, afectividad y placer, sin embargo, es poco usada en espacios educativos debido al tabú que existe respecto a estos temas; en lo que respecta al enfoque Preventivo o Patologista, este permite brindar información respecto a ITS, sin embargo, sólo se limita a las consecuencias de las conductas; finalmente, gracias de diversas disciplinas, se desarrolló el enfoque Integrador o Comprensivo, el cual toma en cuenta los derechos humanos, la perspectiva de género, al cultura, el entorno y las necesidades específicas del grupo con el que se esté trabajando (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO, 2014).

Los programas educativos sobre salud sexual, pueden llegar a tener un impacto positivo en las actitudes y conocimientos sobre las ITS y embarazos no deseados, sin embargo, al analizar estos programas en América Latina, la mayoría de estos constan de intervenciones cortas, demasiado puntuales y aisladas, sin tomar en cuenta la sexualidad desde un punto de vista integral dentro del contexto socio político y cultural del país en el que se imparte, esto se debe muchas veces no hay una materia específica para abordar estos temas, sino que los cursos que se dan son parte de otras asignaturas como por ejemplo, biología, lo que genera aprendizajes parciales y desintegrados; asimismo, hace falta revisar y actualizar el contenido educativo periódicamente con el objetivo de enseñar los nuevos avances (De María, Galárraga y Campero, 2009).

En el estudio realizado por Rojas et al (2017) que tuvo como objetivo analizar la cobertura de la educación sexual integral (ESI) en el país y describir su integralidad en cuanto a contenidos sobre salud sexual y reproductiva, autoeficacia, derechos y relaciones, se encontró que la ESI se da mayoritariamente en nivel secundaria, dejando de lado los niveles primaria y media superior; los contenidos más frecuentes están relacionados con salud sexual y reproductiva y los menos abordados son derechos, relaciones y placer, otro dato importante es que se observó una prevalencia en la transmisión de conocimientos por exposición por parte del maestro y en menor medida, los que promueven la práctica de habilidades y la

autoeficacia, es decir, prácticas simuladas, si bien hay evidencia de que las intervenciones educativas enfocadas a la sexualidad integral logran ser efectivas para modificar conductas sexuales de riesgo, lo reportado por los estudiantes de esta investigación muestran que en México no se incluyen todos los contenidos y estrategias necesarias para lograr un impacto positivo en los jóvenes, por lo que es importante replantearse la forma en que se están dando este tipo de contenidos para poder asegurar la continuidad y la promoción de la ESI en las diferentes etapas del individuo.

Aunado a lo anterior Fernández (2013) también resalta la importancia de que se imparta una ESI en los diferentes niveles educativos, en donde no sólo se hable de conductas de riesgo, sino también de cómo tener relaciones sanas de pareja libres de violencia, todo esto desde una perspectiva de género, ya que es importante que se promuevan prácticas saludables, responsables y con equidad, para lo cual es importante que no sólo los jóvenes se formen desde esta perspectiva, sino también el personal educativo responsable de impartir este tipo de intervenciones.

Si bien la ESI principalmente va enfocada a los jóvenes, también es importante que se imparta a padres de familia, ya que hogar y escuela deberán trabajar en conjunto con el objetivo de educar en sexualidad, dado que son las principales fuentes de donde los adolescentes obtienen información.

Cevallos y Jerves (2014) realizaron una investigación con el objetivo de comprender las percepciones de padres y madres respecto a la educación sexual de sus hijos en edad entre 3 y 5 años, entre sus principales resultados encontraron que aun cuando los padres afirman que la educación sexual se debe iniciar desde la etapa infantil, también tienen la idea errónea de que durante el preescolar los niños son muy pequeños para recibir este tipo de educación ya que la concepción que tienen sobre la sexualidad se basa únicamente en las relaciones coitales; otra problemática, es que la forma en que los padres transmiten información sobre sexualidad a los hijos se basa en experiencias previas, es decir, educan de la misma forma en que fueron educados, transmitiendo así, tabúes, temores, errores y/o percepciones propias. Dichos resultados permiten concluir que, si bien hay un intento de los padres por enseñar sobre sexualidad a los hijos, aún hay temas que les son difíciles abordar, sobre todo los que se refieren a las relaciones de pareja y a enseñar nombres y partes del cuerpo, esto representa

la importancia de implementar estrategias y programas educativos desde nivel preescolar, tanto a los niños, como a sus padres o cuidadores.

Como se ha visto, la educación sexual deberá ser impartida desde un enfoque integral, abordando no sólo las consecuencias o riesgos de las conductas sexuales, sino también el cómo vivir una sexualidad responsable, libre y sana; en este tipo de intervenciones también deberá tenerse en cuenta a los agentes involucrados en la enseñanza de los jóvenes, como lo son los profesores y familia.

2.4.3 Uso correcto del condón.

Como se ha visto, los jóvenes constituyen uno de los grupos más vulnerables para el contagio de ITS y embarazos no deseados, este tipo de problemáticas son como resultado de prácticas sexuales de riesgo, como lo es el poco uso de métodos anticonceptivos. Si bien el preservativo masculino es considerado como el método más eficaz para la prevención de embarazos e ITS, su uso no es constante entre los adolescentes (Camacho y Pabón, 2014).

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018) en la Ciudad de México aumentó el porcentaje de mujeres en edad fértil que usaron condón masculino durante la primera relación sexual, su uso pasó de 83.5% en 2009 a 89.5% en 2018, sin embargo, aun cuando se reporta su uso, esto no asegura que lo estén utilizando de forma adecuada, lo cual pone en riesgo su salud. Robles, Rodríguez, Frías y Moreno (2014) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la relación entre el nivel de conocimientos sobre cómo usar un preservativo, la habilidad demostrada para colocarlo y retirarlo de un modelo de pene para enseñanza, y la frecuencia de fallas ocurridas durante el acto sexual en universitarios mexicanos, encontrando que los conocimientos sobre cómo colocar un preservativo influyen significativamente en la habilidad para colocarlo tanto en situaciones simuladas como en las que no lo son, estos resultados sugieren la importancia de que dentro de los programas de intervención para prevención en salud sexual se considere realizar ejercicios prácticos sobre el uso de este método, con el fin de que los participantes adquieran las habilidades necesarias para generalizar en otros espacios.

Si bien el uso del preservativo ha aumentado durante los últimos años en nuestro país, se ha encontrado una disminución de este con el paso de la edad, en aquellas personas con

escolaridad primaria y en entidades rurales indígenas, respecto a este último sector de la población, Villa y Carranza (2017) encontraron en su estudio sobre conocimiento del uso correcto del condón masculino en jóvenes de una preparatoria indígena de Michoacán, menos de la mitad de los encuestados tenían conocimiento correcto sobre este método, independientemente del sexo o estado civil.

Uno de los principales problemas que presenta la población adolescente es que muchos de ellos tienen la intención de usar condón, sin embargo, no lo hacen debido a que en ocasiones no cuentan con las habilidades de negociación asertiva para solicitar su uso con su pareja; Jiménez (2010) realizó una investigación con el objetivo de evaluar la comunicación sexual de pareja entre adolescentes y la manera en que esta se relaciona con los estilos de negociación y el uso del condón, sus resultados muestran que son los hombres en mayor medida quienes proponen el uso de este método en la primera relación sexual, en comparación con las mujeres, esto puede estar relacionado con los estereotipos de género en donde a la mujer se le da un rol pasivo en las decisiones sexuales o por el temor a ser juzgadas o desvaloradas por su pareja si piden usar preservativo; respecto a la comunicación, se encontró que las mujeres hablan con sus parejas sobre los embarazos no deseados y el condón, mientras que los hombres se enfocan más en los métodos anticonceptivos hormonales, si bien ambos utilizan un estilo de negociación de colaboración-equidad, el cual se refiere a que los integrantes de la pareja puedan hablar abiertamente sobre temas de sexualidad y prevención, llegando siempre a un acuerdo equitativo en donde ambas partes estén satisfechas y de esta forma evitar conflictos en la relación; este estilo de comunicación se asoció con la constancia del uso del condón, las intenciones de usarlo y con el uso del condón en los próximos tres meses. Estos hallazgos plantean la necesidad de incluir dentro de los programas educativos de salud sexual, no sólo el uso correcto del condón, sino también cómo tener una comunicación asertiva con la pareja para poder negociar el uso del condón y otros métodos anticonceptivos.

Otro factor que parece estar involucrado con el uso de este método es la percepción de riesgo que se tiene, entendida como las creencias, actitudes, estereotipos, juicios, valores, sentimientos y disposiciones culturales y sociales que las personas tienen respecto a la exposición a una situación que conlleve peligro y/o riesgo (García, 2012). En este sentido,

Mendoza, Flores y Martínez (2013) evaluaron el uso correcto y sistemático del condón y la percepción de riesgo entre estudiantes universitarios, en general, los participantes no consideraron necesario el uso del condón con una pareja estable; sin embargo, los hombres lo usan de forma más consistente con todo tipo de parejas, tanto con estables como casuales, en comparación con las mujeres quienes reportaron usarlo en menor porcentaje independientemente del tipo de pareja con la que estuvieran debido a que consideran ser “muy estables sexualmente”, tener parejas confiables o sentir timidez o temor a que se pierda la magia del momento al pedir al compañero que use el condón; respecto a la percepción de riesgo, es mayor en las mujeres que en los varones, debido a la invulnerabilidad que estos creen poseer.

Álvarez, Bauermeister y Villaruel (2014) mencionan que la percepción de autoeficacia y la asertividad sexual se relacionan y pueden predecir el uso del condón en los jóvenes; respecto a la percepción de autoeficacia, Bandura (1995) la define como las creencias que tiene un individuo acerca de su propia capacidad para llevar a cabo conductas, estas creencias influyen en la vida del individuo, determinando pensamientos, motivaciones, y sensaciones respecto a los comportamientos; mientras que la asertividad sexual se refiere a la habilidad para comunicar a la pareja de forma directa y respetuosa deseos, sentimientos y/o necesidades respecto a prácticas sexuales, incluyendo el uso del condón (Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt, 2013). Uribe, Bahamón, Reyes, Trejos y Alarcón (2017) encontraron en su investigación sobre percepción de autoeficacia y asertividad sexual que en el caso de las mujeres ambas variables predicen el uso del condón, mientras que, en los hombres, sólo la asertividad sexual predice su uso; otro dato importante fue que más del 40% de sus participantes reportaron no usar condón durante la primera relación sexual, lo cual es considerado como un factor que predispone su uso inconsistente en futuras prácticas sexuales.

Debido al impacto que tienen las representaciones sociales en el comportamiento del individuo, resulta importante analizar su relación con el condón, para así comprender las interpretaciones que los jóvenes y adultos le dan a este método anticonceptivo; en la investigación realizada por Palacios, Torres, Galarza y de la Cruz (2019) sobre las representaciones sociales del condón en adultos mexicanos encontraron que si bien tanto

hombres como mujeres coinciden en los conceptos asociados al condón, el concepto de seguridad se presentó en doble frecuencia en las mujeres, lo cual puede estar asociado a que las mujeres relacionan la actividad sexual con intimidad y vinculación emocional, por otra parte, los hombres mencionan el embarazo y no las ITS, mientras que con las mujeres sucede lo contrario, mencionan ITS pero no el embarazo; ambos sexos refirieron en igual medida la responsabilidad, no obstante, los hombres acentúan el placer, a diferencia de las mujeres que indican la salud; estos resultados permiten tomar acciones en intervenciones de salud sexual, al tener en cuenta la comprensión del concepto del condón desde aspectos propios del contexto social.

Por último, otra variable que se ha encontrado relacionada con el uso de preservativo es el enamoramiento, en su investigación sobre los predictores del uso del condón en adolescentes, Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt (2013) encontró que las variables que predicen el uso del condón con parejas formales tanto en hombres como mujeres son la aceptación de este método, la asertividad sexual y el enamoramiento; sin embargo, en las mujeres se encontró que para parejas ocasionales los predictores son el enamoramiento y la asertividad, es decir, a niveles altos de enamoramiento, disminuiría la frecuencia del uso del condón.

Son diversos los factores que están relacionados con el usar preservativo, estos pueden ser de tipo cognitivo, como los conocimientos, las percepciones, el enamoramiento o las intenciones, sin embargo, estos no operan de forma aislada, sino que también se encuentran relacionados los de orden conductual como son la comunicación o la negociación.

2.4.4 Métodos anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos tienen como principal objetivo retrasar el embarazo, espaciar los embarazos o no volverse a embarazar; estos pueden ser clasificados en temporales y definitivos, dentro de la primera categoría se encuentran las pastillas, inyecciones, implantes subdérmicos, el dispositivo intrauterino (DIU), parche anticonceptivo, óvulos, espumas, preservativo masculino y femenino; mientras que en los definitivos están la salpingoclasia y la vasectomía (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, 2010). En general no existe un método anticonceptivo ideal, sin embargo, el porcentaje de efectividad va a variar de uno a

otro, además de que no todos protegen contra las ITS; la elección de un método va a depender de las necesidades, preferencias y estado de salud de la persona, ya que no todos son candidatos para el mismo método.

De acuerdo con datos de la ENADID (2018) en nuestro país, el 59.4% de las mujeres no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual; por otra parte, el porcentaje usuarias de métodos anticonceptivos en posteriores encuentros sexuales es de 53.4%, mientras que las mujeres casadas o unidas el porcentaje es 73.1%; en cuanto a los métodos más utilizados en mujeres están: la ligadura de trompas (48.5%), anticonceptivos no hormonales como el condón, DIU, óvulos y espumas anticonceptivas (29.3%), anticonceptivos hormonales como pastillas, inyecciones, parches e implantes (15.6%), anticonceptivos tradicionales como el método del ritmo y el coito interrumpido (3.9%) y vasectomía por parte de la pareja (2.7%). Las principales razones por las que los jóvenes no usan métodos anticonceptivos en la primera relación sexual de acuerdo con el INEGI (2019) fue: No planeaba tener relaciones (31.1%), no creyó que podía quedar embarazada (17.6%), no conocía métodos anticonceptivos, no sabía cómo obtenerlos o cómo usarlos (16.3%), quería embarazarse (16.3%), se opuso su pareja (5.6%), le dio pena (3.9%) y no estaba de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos (2.1%).

Si bien los jóvenes cuentan con la información sobre los métodos anticonceptivos, esto no garantiza su utilización, esto puede deberse al costo o la disponibilidad para encontrarlos en centros de salud pública; Gómez y Durán (2017) en su estudio sobre el acceso a los métodos anticonceptivos en adolescentes mexicanos encontraron que hay una variación en la cantidad de conocimientos y la facilidad con que hablan del tema, estos niveles altos se presentaron en los grupos mayores a 15 años; en cuanto a los grupos de menores de 15 años, ellos demandan que la información sobre anticonceptivos sea práctica y útil, asimismo se encontró que son ellos quienes perciben más pena a la hora de ir con un proveedor, dado que está el “qué dirán”. En su mayoría los adolescentes desconocen la forma en que opera el servicio de los sistemas de salud, aunque saben dónde pueden conseguir diversos métodos, desconocen los costos y cómo obtenerlos en instituciones públicas.

En un estudio realizado por Sánchez, Dávila y Ponce (2015) reportaron que el método más conocido entre jóvenes de entre 15 y 19 años, fue el condón masculino, seguido de los

métodos hormonales orales, asimismo estos dos métodos fueron los más utilizados; respecto al nivel de conocimientos, se obtuvieron puntajes medios (60.8%) y bajos (23.3%) principalmente, encontrándose diferencias significativas por grupos de edad, en donde los adolescentes más grandes fueron los que obtuvieron mejores resultados, finalmente, en cuanto al lugar más frecuente en donde se obtienen los anticonceptivos estuvieron la farmacia (70.8%), centros de salud (25.8%) y amigos (3.3%).

Ayala, Vizmanos y Portillo (2011) muestran que la fuente de información más importante en los jóvenes es la escuela (51%), los servicios médicos (14%), los amigos (13%), la televisión (11%), el internet (2%) y la familia (2%), sin embargo, aun cuando los jóvenes tienen el acceso a los diferentes métodos de anticoncepción, carecen de la información necesaria para elegir correctamente el que más se adapte a su estilo de vida y necesidades, ya que es algo que no se enseña en las escuelas o que si enseña no se hace desde un enfoque integral; otro de los problemas es que el personal que ofrece los métodos no se encuentra capacitado para atender a este tipo de población, por lo que es muy común que se presenten juicios valorativos negativos lo cual influye en la decisión del adolescente para usar o no un método, de ahí la importancia de capacitar al personal educativo y de salud

3. Conductas sexuales de riesgo vs conductas de prevención en salud sexual

El embarazo no deseado y el contagio de alguna ITS durante la adolescencia y la adultez temprana se han vuelto una de las problemáticas más importantes actualmente, debido a las características epidemiológicas, implicaciones sociales, familiares y personales a las que están vinculadas, como por ejemplo, el aumento de madres adolescentes en los últimos años, las dificultades para la integración social, situaciones de desigualdad y pobreza, limitaciones para las oportunidades de estudio y de trabajo, bajo desempeño académico y la discriminación por parte de pares y/o familiares (Venegas y Valles, 2019).

Las conductas sexuales de riesgo que presentan los jóvenes pueden ser clasificadas como conductuales o cognitivas, en la tabla 2 se muestra dicha clasificación.

Tabla 2

Conductas sexuales de riesgo.

| Categoría | Factor |
|------------|---|
| Conductual | No usar preservativo |
| | Iniciar la vida sexual a temprana edad |
| | Tener múltiples parejas sexuales |
| | Tener prácticas sexuales bajo el efecto de drogas |
| | No usar métodos anticonceptivos |
| Cognitivo | Baja percepción de riesgo |
| | Percepción negativa sobre el uso de métodos anticonceptivos |
| | Baja percepción de autoeficacia y asertividad sexual |
| | Desconocimiento sobre salud sexual |

Nota: Se encuentran agrupadas por categoría las principales conductas sexuales de riesgo que presentan los jóvenes.

Por otra parte, en cuanto a las conductas preventivas en salud sexual, estas se dan desde la infancia, permiten al individuo tener una vida sexual segura, satisfactoria, responsable y libre, haciendo valer los derechos sexuales y reproductivos y teniendo acceso a métodos anticonceptivos, así como a información respecto al tema (Dadincourt, 2014). Estas conductas de prevención no dependen únicamente del individuo, sino que también se encuentran involucrados otros sectores (Ver tabla 3).

Tabla 3

Conductas de prevención en salud sexual.

| Sector | Conducta |
|---------------|---|
| Educativo | Tener acceso a una educación sexual integral Contar con personal capacitado sobre el tema de salud sexual |
| Salud pública | Acceso fácil a servicios públicos de salud sexual y reproductiva Contar con personal capacitado sobre el tema de salud sexual Fácil acceso a métodos anticonceptivos Fácil acceso a pruebas de ITS, así como preventivas |
| Individual | Tener una percepción real del riesgo Aceptación del uso del preservativo Contar con las competencias suficientes para asegurar conductas sexuales saludables (comunicación sexual asertiva, conocimiento sobre salud y derechos sexuales y reproductivos) |

Nota: Se encuentran agrupadas por sector las conductas que promueven la prevención en salud sexual.

Una de las estrategias que abarca ambas conductas (de riesgo y saludables) es la consejería, entendida como el proceso en el que un profesional capacitado escucha, informa y orienta para tomar decisiones en cuestión de salud sexual, otorgando información actualizada, verídica y objetiva, considerando siempre las necesidades y problemáticas de

quien acude por este servicio; la ventaja de esta estrategia es que puede ir dirigida a todo tipo de población, desde jóvenes hasta padres de familia, ayudándolos y apoyándolos en el proceso de implementación y mantenimiento de conductas saludables en los hijos. En general, el objetivo es por un lado la prevención de conductas sexuales de riesgo y por otro el desarrollo y mantenimiento de conductas seguras y de prevención, responsables e informadas en el ejercicio de la sexualidad (Cannoni, González, Conejero, Merino y Schulin, 2015).

3.1 Mantenimiento de conductas sexuales de riesgo en la actualidad

Actualmente hay diversos programas para promover comportamientos sexuales saludables, sin embargo, la población adolescente y joven sigue siendo la más vulnerable para presentar conductas de riesgo en general, Lema et al (2009) mencionan que la satisfacción que tienen los jóvenes con el estilo de vida que llevan se encuentra relacionado con el mantenimiento de conductas poco saludables, en su estudio sobre el comportamiento y salud de los jóvenes universitarios en relación con la satisfacción con el estilo de vida, se encontró que el principal motivo por el que los jóvenes mantenían estilos de vida poco saludables era porque se encontraban satisfechos con las conductas que tenían, dado que para ellos no representaban una problemática.

Garcés, Casado, Santos, González y García (2019) mencionan que uno de los principales motivos por el que los jóvenes siguen presentando conductas sexuales de riesgo es debido al desconocimiento que hay sobre la planificación familiar y el cómo llevar relaciones de pareja saludables, ya que en su estudio sobre la caracterización de la conducta sexual y reproductiva en adolescentes mujeres se encontró que la principal razón por la que se inició la vida sexual fue la “atracción física”, influyendo esta en la decisión de no usar métodos anticonceptivos.

Por su parte Castillo et al (2017) indican que, si los adolescentes tuvieran niveles altos de resiliencia sexual, entendida como la capacidad para responder de manera crítica y resolutiva ante situaciones de riesgo sexual, las conductas sexuales de riesgo disminuirían en esta población; sin embargo, el gran problema es que en los programas educativos pocas veces se aborda el factor de la resiliencia.

Para poder tener un mejor entendimiento de la problemática, es importante tener en cuenta el cómo se relacionan, interactúan y viven los jóvenes, entendiendo de esta forma, los cambios que en la actualidad se están teniendo. El uso de las nuevas tecnologías (redes sociales y/o aplicaciones de mensajería instantánea) ha representado un cambio en la forma en que los jóvenes socializan, así como en el tipo de relaciones de pareja que mantienen y a todo lo que esto involucra.

De acuerdo con Rodríguez y Rodríguez (2016) el ámbito de lo amoroso y lo sexual se ha venido transformando a partir del uso constante del internet, uno de los principales problemas sería el hecho de que estas tecnologías refuerzan positivamente los mitos del amor romántico, lo cual se ha visto, es un factor influyente en el mantenimiento de conductas riesgosas. Asimismo, otra problemática derivada de las tecnologías es el cómo se están relacionando los jóvenes afectiva y sexualmente, ya que actualmente no sólo están las relaciones de noviazgo, sino que se encuentran categorías como: “los amigos con derecho” y los “fuck buddies”, la primera categoría hace referencia a aquellas personas con un vínculo de amistad que mantienen a la vez una relación sexual; por otro lado, la segunda se refiere a personas que únicamente los unen los encuentros sexuales, ambas dan la libertad de tener parejas simultáneas, ya que no hay un compromiso de por medio; si bien estos tipos de relaciones tienen características diferentes, comparten la repetición de los encuentros sexuales, dando como resultado una sensación ficticia de seguridad, confiando cada vez más en la pareja, llevando al individuo a presentar conductas de riesgo (García y Soriana, 2016). Por lo tanto, es necesario que se deje de ver de forma dicotómica a las relaciones que mantienen los jóvenes: relaciones formales o relaciones casuales, ya que esto permitirá el abordaje de una manera más completa cuando se trate de prevención.

3.2 Alcances y limitaciones de las conductas preventivas

Debido a las altas tasas de embarazo adolescente en nuestro país, se han creado acciones preventivas para combatir esta problemática. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), otorgó más de 730 mil métodos anticonceptivos temporales o definitivos gratuitos durante el año 2018, entre los que se entregaron estuvieron: dispositivos intrauterinos de cobre (cobre y medicado), hormonales orales (pastillas) y hormonales (parches anticonceptivos, inyecciones e implantes subdérmicos) y definitivos: cirugía de

oclusión tubaria bilateral (salpingoclasia) y vasectomía, asimismo se hizo entrega de preservativos y pastillas del día siguiente. Las unidades médicas en las que se brindan estos servicios cuentan con tres niveles de atención, personal médico, de enfermería y trabajo social para ofrecer un mejor servicio a la población interesada. Entre sus principales objetivos está el recomendar el uso del preservativo de manera dual, ya que es el único método que previene una ITS y promover en mayor medida el implante subdérmico y los dispositivos intrauterinos debido a que su duración es mayor, así como su efectividad en comparación con otros métodos. Esta iniciativa ha tenido resultados favorables en la disminución de embarazos no deseados, por lo que se ha estado manteniendo y mejorando (IMSS, 2019). Sin embargo, de acuerdo con algunos autores (Gómez y Durán, 2017) los jóvenes no acuden a este tipo de servicios públicos debido al desconocimiento que hay sobre el proceso de obtención de un método anticonceptivo, el miedo a que sean juzgados por el personal o a que por su edad se les niegue el servicio. Otra de las limitaciones es que como se ha visto muchas veces el personal de estos centros no cuenta con la preparación integral en salud sexual, limitándose únicamente al aspecto biológico. Si bien en nuestro país existen 514 Unidades de Medicina Familiar en donde se brindan todas las acciones y métodos anteriormente mencionados, se están dejando de lado a aquellas comunidades marginadas que difícilmente tendrán acceso a estos servicios. Por otro lado, el ofrecer métodos anticonceptivos gratuitos no garantiza que los jóvenes tengan conductas saludables si antes no han tenido una Educación Sexual Integral (ESI) en donde adquieran las competencias necesarias para llevar una vida sexual sana.

El fomentar la ESI dentro de la educación de los jóvenes ha sido una de las principales medidas para combatir los problemas derivados de las conductas de riesgo. Respecto a este tipo de educación Fonner, Armstrong, Kennedy, O'Reilly y Sweat (2014) mencionan que se ha asociado con cambios significativos en actitudes y comportamientos relacionados con el riesgo sexual, atrasando así la edad de inicio de vida sexual, reduciendo el número de parejas sexuales y aumentando las conductas de prevención; estos datos evidencian el alcance que tiene la ESI, contrario a lo que se cree, que sólo incita a los jóvenes a iniciar la vida sexual a temprana edad.

Planes, Prat, Gómez, Grass y Front (2012) mencionan que dentro de los programas preventivos dirigidos a parejas jóvenes es necesario destacar tanto como sea posible los

aspectos positivos derivados del uso del condón y no enfocarse en reducir las valoraciones negativas que hay respecto a este método, ya que de acuerdo con su estudio sobre ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual encontraron que la influencia de las ventajas del uso de preservativo incrementa la probabilidad de que se use en futuras relaciones, mientras que los inconvenientes la reducen.

Si bien el implementar una ESI tiene resultados favorables, de acuerdo con la investigación de Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos (2013) en nuestro país, esta carece de una visión integral, dejando de lado temas como la equidad de género, los derechos sexuales y reproductivos y relaciones sanas de pareja, entre otros, debido a que el enfoque que se maneja es el biológico; otra de las problemáticas es que, en cuanto a ITS la atención se ha enfocado en el VIH/SIDA, si bien a nivel mundial es la infección más común, también hay otras que representan un problema grave de salud como el VPH. Estos datos coinciden con lo dicho por Rojas et al (2017), quienes en su análisis sobre la ESI en escuelas de México, encontraron que menos de la mitad de sus participantes recibieron los contenidos completos que debería tener una ESI, asimismo se encontró que no se usaban las estrategias educativas necesarias para que estas intervenciones tuvieran un impacto benéfico en los comportamientos y actitudes de los jóvenes; por otro lado, este tipo de información se transmite en mayor medida durante la escolaridad secundaria en comparación con el nivel bachillerato y nivel primaria.

De acuerdo con la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes aprobada en 2014, se establece que la educación básica en nuestro país tendrá que promover la educación sexual integral conforme a la edad, desarrollo evolutivo, cognitivo y madurez de niñas, niños y adolescentes, sin embargo, en el nuevo modelo educativo propuesto por la Secretaría de Educación Pública (SEP) a principios del año 2017, no se señala nada acerca del abordaje de la sexualidad, lo cual deja ver el vacío educativo que tiene nuestro país (Tapia, 2017).

De acuerdo con García (2016) es importante entender que la sexualidad está presente durante toda la vida, teniendo transformaciones continuas de acuerdo con la etapa en la que nos encontramos, de ahí que una ESI se imparta desde la infancia, ya que es necesaria para un desarrollo sano y es un derecho de todos los individuos recibirla.

3.3 Planes y programas para prevenir y combatir las conductas sexuales de riesgo en adolescentes

De acuerdo con Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos (2013) todas las estrategias que tengan como objetivo la salud sexual y reproductiva de los jóvenes deberán tener en cuenta sus derechos y ver al adolescente como un individuo capaz de tomar decisiones benéficas sobre su cuerpo y su sexualidad; es necesario reconocer la diversidad sexual bajo un marco de respeto y equidad, brindando así la confianza, privacidad y confidencialidad; por otra parte, se debe incluir a los hombres en este tipo de estrategias, involucrándolos y haciéndolos conscientes en su corresponsabilidad. El que figuras de autoridad, profesores, proveedores de servicios de salud o incluso los padres se centren en las necesidades de los jóvenes en cuanto a salud sexual y reproductiva dejando de lado prejuicios y tabús, les permitirá ejercer una sexualidad de manera libre, informada, protegida, responsable y segura.

En México, como parte del Plan Nacional de Desarrollo para el periodo 2013-2018 y 2019-2024, se encuentra priorizar la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares los temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva; incrementar las políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas con acciones en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes y prevención y control de ITS (Secretaría de Gobierno, SEGOB, 2019). Una de las estrategias de gran utilidad para la toma de decisiones y para la planeación de políticas públicas sobre esta problemática es la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), debido a su amplitud y confiabilidad (ENADID, 2018).

Con base en el Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud de 2013, el INMUJERES identificó las problemáticas que existen en la oferta de salud sexual y reproductiva, es por ello que creó dos estrategias para combatirlas: desarrollar una página web para adolescentes de entre 15 y 19 años enfocada al ejercicio saludable de la sexualidad y la prevención del embarazo y capacitar a través de cursos virtuales a prestadores de salud

para garantizar el apego a las normas y a las recomendaciones en materia de calidad. La página web que se creó lleva por nombre “¿Cómo le hago?”, esta busca incidir en vincular el ejercicio de la sexualidad con el proyecto de vida, facilitar el ejercicio informado de la sexualidad, favorecer el desarrollo saludable de lazos afectivos y promover la corresponsabilidad; todo esto a partir de blogs, imágenes, video reportajes, video tutoriales, video retos, video infografías, minicursos con pequeñas pruebas para reforzar lo aprendido y mapas visuales (INMUJERES, 2015). La plataforma en línea actualmente ha agregado apartados para ubicar clínicas cercanas (servicios amigables), foros para publicar dudas o agregar información y para la creación de “memes” e imágenes informativas sobre salud sexual, para así poderlos compartir en redes sociales; sin embargo, aun cuando la página es un recurso de fácil acceso para los adolescentes por ser gratuita y tener una versión móvil, esta no ha tenido la promoción suficiente, por lo que muchos jóvenes la desconocen.

Por otra parte, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) tiene como meta lograr que en el 2030 se reduzca a la mitad la actual tasa de fecundidad entre las adolescentes mexicanas de 15 a 19 años de edad y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años; para conseguir esto sus objetivos son: 1) Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México, 2) Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo, 3) Asegurar el acceso efectivo a un agama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad, 4) Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y 5) Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos en gestión pública y privada (ENAPEA, 2018).

En su estudio sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México, Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos (2013) mencionan que algunas propuestas para combatir las conductas sexuales de riesgo en adolescentes en nuestro país, sería diseñar e implementar programas efectivos de educación sexual integral, incursionar en

el uso de las tecnologías y medios de comunicación para el diseño de estrategias de prevención novedosas, involucrar a los padres de familia en la educación sexual de sus hijos, invertir en el entrenamiento y sensibilización de docentes y proveedores de servicios de salud, fortalecer y promocionar programas para adolescentes que ya tienen un hijo, implementar estrategias para ampliar el acceso a los servicios de salud, emprender acciones concretas para fortalecer la operación de los servicios de salud, promover el uso del condón y métodos de control de fecundidad en adolescentes que ya tienen un hijo, garantizar el acceso a servicios de abortos seguros y legales, favorecer el vínculo de la comunidad con las escuelas, los centros de salud y otras instancias, reforzar la colaboración de distintas dependencias gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y agencias internacionales, fortalecer los programas sociales dirigidos a promover el sano desarrollo de los niños y jóvenes, comprometer el financiamiento para realizar investigaciones pertinentes acordes a las necesidades y problemáticas que enfrenta esta población, garantizar que toda política pública se encuentre fundamentada y respaldada por la evidencia científica y asignar recursos para la evaluación y monitoreo de los programas implementados. En este sentido, el gobierno de la Ciudad de México creó los centros PILARES, los cuales funcionan como un punto de encuentro de y para los ciudadanos, en donde se imparten diversas actividades escolares, deportivas, de recreación, entretenimiento y de capacitación; dentro de sus ejes se encuentra la estrategia de Diversidad Sexual, en la cual se brindan talleres y se orienta sobre sexualidad, lo innovador de esta estrategia radica en que estos talleres están diseñados para incluir a personas con cualquier tipo de discapacidad, ya sea motriz, visual, auditiva o cognitiva, abarcando de esta forma a más sectores vulnerables de la población mexicana (Jefatura de Gobierno, 2019).

Por otra parte, de acuerdo con Giraldo et al (2010) es importante tomar en cuenta los modelos de salud para entender los comportamientos de riesgo y así modificarlos por la adopción de estilos de vida saludables.

Si bien existen diversas estrategias institucionales para combatir las conductas sexuales de riesgo en nuestro país, estas no terminan por ser suficientes para erradicar las problemáticas derivadas de la sexualidad; Tapia (2017) menciona que el cambio se dará cuando toda la población tenga acceso a una ESI desde los primeros años de vida,

garantizando así, que el individuo crezca con habilidades y conocimientos necesarios para ejercer una sexualidad responsable a lo largo de toda su vida.

Conclusiones

Uno de los sectores que mayor vulnerabilidad presenta en nuestro país es el grupo de los jóvenes, debido a las conductas sexuales de riesgo, exponiéndose así a embarazos no planeados y el contagio de alguna infección de transmisión sexual; dado el aumento y la relevancia que tiene esta problemática, el presente trabajo tuvo como objetivo analizar los factores asociados a las conductas sexuales de riesgo y su prevención en jóvenes.

Con base en la revisión teórica que se realizó, se puede afirmar que las conductas sexuales de riesgo se encuentran a lo largo de diversas etapas de la vida, sin embargo, durante la juventud se presentan con mayor medida debido a la vulnerabilidad de este sector. Tomando en cuenta que el ser humano es un individuo bio psico social, los factores que se encuentran asociados a este tipo de conductas son diversos. En el ámbito de lo familiar se relaciona la comunicación y los problemas que se tenga con los padres así como las características de la conformación familiar (Forcada et al., 2013; Lavielle et al. 2014); en cuanto a lo social se encuentra la percepción del comportamiento que tienen los pares y las consecuencias de sus actos, el apoyo percibido por las redes de apoyo, el grupo social en que se desarrolle el individuo así como su estructura y los mitos del amor romántico (Robles y Espinel, 2017; García, 2012; García, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012; García y Soriana, 2016; Jiménez, 2010; Mendoza, Flores, y Martínez, 2013; Orcasita, Uribe, Castellanos y Gutiérrez 2012; Rodríguez y Rodríguez, 2016; Saura, et al. 2017; Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt, 2013); en la esfera de lo biológico se encuentra relacionada la excitación sexual (Granados y Sierra 2016; Garcés, Casado, Santos, González y García, 2019) y por último en cuanto a lo psicológico se ha encontrado que está asociadas la autopercepción de la imagen corporal y el autoestima (Compte, 2012).

Por otra parte, en cuanto a los factores relacionados con la prevención de estas conductas de riesgo, en el ámbito educativo, está contar con una educación sexual integral y que quien imparta estos contenidos sea personal capacitado (BID, 2014; de María, Galárraga y Campero, 2009; Fernández, 2013; OMS, 2015;), en cuanto al ámbito de la salud pública se relaciona el tener acceso a los servicios públicos de salud sexual y reproductiva: consultas médicas, métodos anticonceptivos, pruebas para ITS, consejería con personal capacitado (BID, 2014; Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, 2013) y por último, en el

ámbito personal se encuentra tener una percepción real del riesgo, aceptación por el uso del preservativo y poner en práctica las habilidades aprendidas para asegurar conductas saludables y responsables (Saura, et al, 2017; García, 2012; Mendoza, Flores y Martínez, 2013; Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt, 2013).

De acuerdo con los datos revisados, en nuestro país las principales razones por las que no se usa preservativo son: no se tenía planeado tener el encuentro sexual, no se creyó que podía haber un embarazo, no se conocía sobre métodos anticonceptivos, no se sabía dónde obtenerlos o cómo usarlos, la pareja se opuso, no se pidió por pena/vergüenza y no se estaba a favor de su uso (INEGI, 2019).

Entre los hallazgos principales se encontró que a mayor edad, mayores los índices de conductas sexuales de riesgo, lo cual podría estar relacionado con lo encontrado por García, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012), quienes mencionan que se genera una invulnerabilidad en aquellos individuos que mantienen relaciones sexuales con mayor frecuencia y en aquellos con una misma pareja sexual de largo plazo.

Los jóvenes han mostrado tener intención de cuidarse, sin embargo, la realidad es que no lo hacen; esta dificultad para tener conductas saludables de acuerdo con Amigo (2012) reside en que las conductas de riesgo casi siempre llevan una gratificación inmediata lo cual refuerza las conductas de riesgo positivamente en comparación con las conductas saludables, las cuales casi siempre conllevan una demora en la gratificación.

La confianza que se tienen con la pareja así como la percepción del bienestar físico, son factores clave para el mantenimiento de las prácticas de riesgo; ambos crean una sensación ficticia de seguridad dando como resultado una actitud despreocupada ya que los jóvenes se perciben sanos y por tanto sin riesgo para contraer una ITS o tener un embarazo, asimismo, el hecho de no haber presentado estas problemáticas con anterioridad ni tampoco sus pares aumentan este tipo de falsas creencias; esto concuerda con el hecho de que las conductas saludables sólo van a reducir la posibilidad de presentar una problemática en términos de probabilidad, por lo que el hecho de no haber padecido una enfermedad por ejemplo, proporciona una cierta invulnerabilidad ante la problemática (Amigo,2012).

El enamoramiento y los mitos del amor romántico son factores que se asociaron en gran medida con las conductas riesgosas, entre los principales hallazgos se encuentra que las mujeres presentan mayor nivel de conocimientos sobre el uso del condón, así como mayor percepción de riesgo en comparación con los hombres, sin embargo, son ellas quienes menos lo usan, la razón es porque dicen ser estables sexualmente al igual que sus parejas y para no perder la magia del momento, en cambio los hombres tienen la idea de que usar preservativo se asocia con infidelidad y poco amor por parte de su pareja; ambas creencias se relacionan con los mitos del amor romántico, los estereotipos sociales y el nivel de enamoramiento con la pareja, ya que se encontró que a mayores niveles de enamoramiento, menor uso del condón. De acuerdo con García y Soriana (2016), el ejercicio de la sexualidad siempre estará asociado a las características individuales e interpersonales vinculadas a las diferencias de género, sociales, familiares, educativas, etc.

Son diversos los estudios que han abordado la relación entre las variables conocimientos sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, los cuales resaltan que aun cuando este sector de la población cuenta con conocimientos se siguen presentando este tipo de conductas (Guerrero, Guerrero, García y Moreno, 2008; Fernández, Fallas y García, 2018; Rengifo, Córdoba y Serrano, 2012) sin embargo, cuando se analiza el contenido que están recibiendo los jóvenes, este no abarca los contenidos que debería de tener una ESI, ofreciendo temas parciales y reduciendo la salud sexual al enfoque biológico y patologista, asimismo no se imparte con las estrategias pedagógicas que se debería, ya que se da mayoritariamente con exposiciones por parte del docente dejando de lado las prácticas y las situaciones simuladas, ocasionando que los conocimientos aprendidos no sean suficientes para la prevención y el mantenimiento de conductas saludables.

Una de las limitantes de este trabajo fue que al ser una revisión teórica, no se pudo explorar la correlación de las variables anteriormente mencionadas ni investigar que otros factores pudieran estar relacionados tanto con las conductas saludables como con las de riesgo en diferentes sectores de la población mexicana.

Combatir esta problemática implica incidir en todas las áreas involucradas; en el sector educativo es necesario que se capacite al personal para que de esta forma se garantice la implementación de una ESI dejando de lado mitos y tabúes por parte de los docentes,

cumpliendo así con lo establecido por la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes aprobada en 2014. Asimismo, es importante que estos contenidos se impartan con estrategias teórico-prácticas ya que, de acuerdo con Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, (2013) han sido reportadas como las que mejores resultados tienen en comparación con la forma clásica de sólo impartir exposiciones teóricas. Investigaciones como la de Rojas et al (2017) muestran que la educación sexual se da mayoritariamente a nivel secundaria en comparación con la primaria, el bachillerato y la universidad, sin embargo de acuerdo con lo establecido por los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a la ESI es un derecho básico de todo individuo, por lo que habría que impartirla incluso desde el preescolar, haciendo las adecuaciones pertinentes.

En cuanto a nivel de lo familiar, sería importante fomentar que los padres o tutores con el apoyo de talleres y/o pláticas en donde adquirieran diversas competencias se involucren en el desarrollo sexual y reproductivo de sus hijos, asimismo que aprendan a comunicarse de manera asertiva con ellos, ya que como se ha visto, la familia puede influir positiva o negativamente en las conductas de los jóvenes.

En la actualidad son diversos los programas sociales que existen para fomentar las prácticas sexuales libres, responsables y saludables, sin embargo nuevamente hace falta que se transformen las estrategias con las que se están impartiendo, así como modificar la promoción para que se llegue a más personas y garantizar así un fácil acceso para toda la población.

La adolescencia es una etapa con diversos cambios, experiencias, dificultades y situaciones, en donde se incluyen los comportamientos sexuales, si bien en los últimos años se ha logrado que las problemáticas derivadas de las conductas de riesgo disminuyan gradualmente aún hay mucho por hacer para que exista un mantenimiento en las conductas saludables, por lo que se le debe de dar la importancia necesaria y no dejar que los jóvenes vivan su sexualidad de manera irresponsable, todo esto basado en una educación sexual integral tanto para ellos, como padres de familia y el personal de escuelas y/o centros de salud e integración social.

Referencias

- Alderete, C., Arroyo, C., & Villaruel, M. (2013). Medicina conductual en pediatría. *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. (pp. 285-312). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf#page=193>
- Álvarez, C., Bauermeister, J., & Villaruel, A. (2014). Sexual communication and sexual behavior among young adult heterosexual Latinos. *Journal of the association of nurses in aids care*, 25(6), 577-588. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25305027>
- Álvarez, J. (2016). Fundamentos de la psicología médica y definición del campo. *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Amigo, I. (2012). Conceptualización de la psicología de la salud. *Manual de Psicología de la Salud*. España: Pirámide.
- Anzalone, L., & Mattera, A. (2009). Infecciones de transmisión sexual. *Temas de Bacteriología y Virología Médica*, 14, 227-243. Recuperado de: <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/infeccionestransmitidassexualmente.pdf>
- Arguello, M., Bautista, Y., Carvajal, J., de Castro, K., Díaz, D., Escobar, M., Gómez, L., Morales, M., Pinto, C., Rincón, L., Rueda, P., Serrano, J., Suárez, P., Toloza, Z., & Agudelo, D. (2009). Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga. *Revista de Psicología*, 1(2), 28-42. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4865192.pdf>
- Arrivillaga, M., Tovar, L., & Correa, D. (2012). Evidencia poblacional y análisis crítico de determinación social sobre el uso del condón en Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 553-561. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2012.v38n4/553-561/es>
- Avendaño, M., y Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26, 165-172.

Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200002

Ayala, M., Vizmanos, B., & Portillo, R. (2011). Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. *Ginecol. Obstet. Méx.*, 79(2), 86-92. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28192>

Banco Interamericano de Desarrollo (2014). Estrategias para la prevención del embarazo en adolescentes. En F. Regalia (Presidencia). *Políticas públicas en sexualidad y salud reproductiva, para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de los adolescentes*. Conferencia llevada a cabo en el XV Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud, Cartagena, Colombia.

Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Freeman.

Barbón, O. (2011). Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. *Ciencia y enfermería*, 17(19), 19-25. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/262478778_Algunas_consideraciones_sobre_comunicacion_genero_y_prevenccion_del_embarazo_adolescente

Berrocal, C., Fava, G., & Sonino, N. (2016). Contribuciones de la medicina psicosomática a la medicina clínica y preventiva. *Anales de psicología*, 32 (3), 828-836. Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.32.3.219801/196831>

Barriga, S. (2013). La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. *Anduli*, 12, 91-111. ISSN 16960270

Camacho, D., & Pabón, Y. (2014). Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de La Costa Caribe Colombiana. *Hacia la promoción de la Salud*, 19(1), 54-67. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a05.pdf>

Campero, L., Kendall, T., Caballero, M., Lorena, A., & Herrera, C. (2010). El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de personas

- heterosexuales con VIH en México. *Salud Pública*, 52(1), 61-69. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n1/v52n1a09.pdf>
- Campero, L. Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B., & Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 149, 299-307. Recuperado de: <http://repositorio.insp.mx:8080/jspui/bitstream/20.500.12096/6878/1/httpwwwanm.morgmxgmm2013n3gmm-149-2013-3-299-307.pdf>
- Cannoni B., González, T., Conejero, R., Merino, M., & Schulin, P. (2015). Sexualidad en la adolescencia: consejería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 1-7. Recuperado de: <https://cyberleninka.org/article/n/312388/viewer>
- Castillo, L., Álvarez, A., Bañuelos, Y., Valle, M., Valdez, C., & Katún, M. (2017). Edad, género y resiliencia en la conducta sexual de riesgo para ITS en adolescentes al Sur de México. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 45, 168-178. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00168.pdf>
- Cevallos, A., & Jerves, E. (2014). ¿Educación sexual para mi hijo e hija de preescolar (3-5 años)? Percepciones de padres y madres de familia. *Revista Electrónica Educare*, 18(3), 91-110. Recuperado de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v18n3/a06v18n3.pdf>
- Climent, G. (2009). Entre la represión y los derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron. *La ventana*, 29, 236-276. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v3n29/v3n29a10.pdf>
- Compte, E. (2012). Imagen corporal y conductas sexuales de riesgo en adolescentes: un estudio teórico. *Revista de psicología epu*, 3, 235-254. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/288268395_Imagen_corporal_y_conductas_sexuales_de_riesgo_en_adolescentes_Un_estudio_teorico

- Concha, M., & Rodríguez, C. (2010). Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*, 19(1), 41-51. Recuperado de: <http://revistas.ubiobio.cl/index.php/RT/article/view/1268/1219>
- Consejo Nacional de la Población. (2014). *Panorama de la salud sexual y reproductiva*. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2695/1/images/03_panorama.pdf
- Covarrubias, C., & Mendoza, M. (2013). La teoría de autoeficacia y el desempeño docente: El caso de Chile. *Estudios hemisféricos y polares*, 4(2), 107-123. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4457452.pdf>
- Dadincourt, T. (2014). Enfoque preventivo en la salud sexual y reproductiva. *Rev. Cubana Enferm*, 29(4), 1-2. Recuperado de: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/385/69>
- Dapueto, J. (2016). Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. *Revista Médica de Uruguay*, 32(3), 197-204. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v32n3/v32n3a09.pdf>
- De María, L., Galárraga, O., Campero, L., & Walker, D. (2009). Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: un diagnóstico para América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(6), 485-493. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n6/485-493/es>
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. (2018). *Principales Resultados*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid_18.pdf
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. (2018). *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva, Entidades Federativas*. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236807/09_Ciudad-Mexico_web.pdf

- Encuesta Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2018). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/ENA_PEA_V10.pdf
- Estrada, M. (2018). *Conocimiento del uso de preservativo y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual en estudiantes de Secundaria*, [tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/24114/Estrada_VM.pdf?sequence=1
- Estupiñán, M., & Rodríguez, L. (2009). Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas. *Revista de Salud Pública*, 11(6), 988-998. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/422/42219021015.pdf>
- Fernández, T. (2013). La educación sexual y de género vs el maltrato en la pareja. Escenario sobre la violencia en jóvenes de Baja California. *Estudios Fronterizos*, 15(30), 73-96. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/estfro/v15n30/v15n30a3.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). La adolescencia. Una época de oportunidades. Recuperado de: https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011__La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf
- Fonner, V., Armstrong, K., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2014). School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS*, 9(3), 1-18. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942389/pdf/pone.0089692.pdf>
- Forcada, P., Pacheco, A., Pahuá, E., Palacios, P., Todd, N., & Pulido, M. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 23-46. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697003.pdf>

- García, A. (2008). Psicología y sociología del erotismo. *Sexualidad Humana*. (pp. 30-45). Manual Moderno.
- Garcés, A., Casado, P., Santos, R., González, T. & García Y. (2019). Caracterización de la conducta sexual y reproductiva en adolescentes femeninas de 12 a 15 años. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 346-357. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v41n2/1684-1824-rme-41-02-346.pdf>
- García, C. (2016). Sexualidad infantil: información para orientar la práctica clínica. *Acta Pediátrica de México*, 37, 47-53. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v37n1/2395-8235-apm-37-01-00047.pdf>
- García, E., Menéndez, E., Fernández, P., & Cuesta, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539010>
- García, G., García, G., Tapiero, Y., & Ramos, D. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169-185. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126826012.pdf>
- García, H., & Soriano, E. (2016). “Amigos con beneficios”: salud sexual y estilos de apego en hombres y mujeres. *Saúde Soc.* 25(4), 1136-1147. Recuperado de: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n4/1136-1147/es>
- García, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, 12(2), 133-151. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83924965001.pdf>
- Gil, P., Navarro, A., Serna, C., & Pinzón, M. (2019). Sexualidad: las voces de un grupo de sordos de Medellín (Colombia). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 37(2), 107-115. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v37n2/0120-386X-rfnsp-37-02-107.pdf>

- Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C., & Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
- Granados, R., & Sierra, J. (2015). Excitación sexual: una revisión sobre su relación con las conductas de riesgo. *Terapia Psicológica*, 34(1), 59-70. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v34n1/art07.pdf>
- Guillén, C., & Pérez, B. (2013). Medicina conductual en pediatría. *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. (pp. 237-264). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf#page=193>
- Guerrero, M., Guerrero, M., García, E., & Moreno, A. (2008). Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. *Pediatría Atención Primaria*, 10(39), 49-58. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638706005>
- Gómez, S., & Durán, L. (2017). El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública México*, 59(3), 236-247. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2017.v59n3/236-247/es>
- González, J., Lomas, M., García, J., Pascualvaca, J., Guardado, M., Muñoz, B., Caro, A., & Lagares, E. (2010). Conductas de salud en inmigrantes latinoamericanos adultos del Distrito Macarena de Sevilla (España). *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3), 384-395. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215721009.pdf>
- Herrera, J. (2009). Modelo biopsicosocial en prevención de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia*. Colombia: Universidad del Valle. Recuperado de: <http://revistas.univalle.edu.co/omp/index.php/programaeditorial/catalog/view/36/14/265-1>

Hernández, G., Gómez, A., Becerra, A., & Hernández, P. (2018). Intervención cognitivo conductual en un caso de lumbalgia. *Revista del Hospital Juárez de México* 85(2), 94-99. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2018/ju182f.pdf>

Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*, 66. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/236904237_Psicologia_Positiva_Una_introduccion

Huéscar, E., Rodríguez, J., Cervelló, E., & Moreno, J. (2014). Teoría de la Acción Planteada y tasa de ejercicio percibida: un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física. *Anales de Psicología*, 30(2), 738-744. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731188037>

Ibarra, J., Hernández, A., & Meza, S. (2012). Percepción de la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial en usuarios internos del CESFAM Pinares, comuna de Chiguayante. *Medwave*, 12(1). 1-12. Recuperado de: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5290>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2010). *Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_saludsexual.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (2019). *Más de 450 mil adolescentes recibieron consejería del IMSS para prevenir embarazos en edad temprana*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201909/383>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). *Comunicado de Prensa Número 244/19*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/E_NADID2018.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres (2015). *Proyectos INSP-INMUJERES. Prevención del embarazo en adolescentes*. Recuperado de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/230805/7_Presentacion_Web_adolescentes_C_mo_le_hago.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres (2018). *Madres adolescentes*. Recuperado de: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Madres_adolescentes.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres. *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

Janssen, E. (2011). Sexual arousal in men: A review and conceptual analysis. *Hormones and Behavior*, 59, 708-716. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/50375805_Sexual_arousal_in_men_A_review_and_conceptual_analysis

Jefatura de Gobierno (2019). *Ubica el PILARES más cercano*. Recuperado de: <https://jefaturadegobierno.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/ubica-el-pilares-mas-cercano>

Jiménez, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 107-129. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29213133008.pdf>

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>

Lavielle, P., Jiménez, F., Vázquez, A., Aguirre, M., Castillo, M., & Vega, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38-43. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im141j.pdf>

Lema, L., Salazar, I., Varela, M., Tamayo, J., Sarria, A., & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de

- vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71-88. Recuperado de: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/106/316>
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R. & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*, 5 (1), 42-51. Recuperado de: <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2008/vol5num1/pdf/EMBARAZO%20A DOLESCENTE.pdf>
- Londoño, C., & Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta colombiana de psicología*, 11(1), 155-162. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79811116.pdf>
- Loredo, A., Vargas, E., Casas, A., González, J., & Gutiérrez, C. (2017). Embarazo adolescente; sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del instituto Mexicanos del Seguro Social*, 55(22), 223-229. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457750722016>
- Mebarak, M., Salamanca, M., & Quintero, M. (2009). Salud mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 23, 83-112. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21311917006.pdf>
- Mendoza, A. Flores, H., & Martínez, L. (2013). Factores que intervienen en el uso correcto y sistemático del condón, relacionados con la percepción de riesgo, según estudiantes universitarios. *REVCOG*, 18(1), 21-25. Recuperado de: www.revcog.org/index.php>revcog>article>view
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Infecciones de transmisión: diagnóstico, tratamiento, prevención y control*. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>
- Montoya, L. & León A. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*, 14(48), 13-19. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>

- Noguera, M., & Pérez, B. (2013). Medicina conductual en pediatría. *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. (pp. 263-284). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf#page=193>
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Av. Psicol*, 16(1). Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2008/psicologiasalud.pdf>
- Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, L., & Gutiérrez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología*, 30(2), 371-406. Recuperado de: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/3809>
- Orozco, A., & Castiblanco, L. (2014). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/804/80438019013.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *¿Cómo define la OMS la salud?*, Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud (2009). Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: proyecto de estrategia mundial. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_11-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). *El embarazo en adolescentes*. Recuperado de: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=714-boletin-informativo-embarazo-en-adolescentes&category_slug=datos-y-estadisticas&Itemid=235
- Organización Mundial de la Salud (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud, (2019). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, (2014). Educación integral de la sexualidad: Conceptos, enfoques y competencias. Recuperado de: https://unesdoc.unesco.org/in/documentViewer.xhtml?v=2.1.196&id=p::usmarcdef_0000232800&file=/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attach_import_56356177-dc22-4ee8-83f6-d4121a7e7d9b%3F_%3D232800spa.pdf&locale=es&multi=true&ark=/ark:/48223/pf0000232800/PDF/232800spa.pdf#%5B%7B%22num%22%3A108%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2Cnull%2Cnull%2C0%5D

Páez, M., & Castaño, J. (2010). Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de psicología. *Psicología desde el Caribe*, 25, 155-178. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106008.pdf>

Palacios, O., Torres, T., Galarza, D., & de la Cruz, A. (2017). Sexo y prevención: representaciones sociales del condón en adultos mexicanos. *Horizonte Sanitario*, 18(3), 295-307. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_De_La_Cruz_Villarreal/publication/335907979_Sexo_y_prevenccion_representaciones_sociales_del_condon_en_adultos_mexicanos/links/5d82ebda458515cbd1984f2a/Sexo-y-prevenccion-representaciones-sociales-del-condon-en-adultos-mexicanos.pdf

Palacios, X., & Pérez, A. (2017). Evolución del concepto de psicología de la salud y su diferenciación de otros campos de acción profesional. *Documento de Investigación*, 24, 5-31. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12870/bi%2024%20rehabilitaci%C3%B3n%20web.pdf?sequence=1>

- Petra, I., Zamora, B., Zúñiga, M., Ramírez, K., Fouilloux, M. (2018). Evolución histórica de la psicología médica y su riqueza para la formación humanista y psicología del médico general. *Fundación Educación Médica*, 21(5), 227-233. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v21n5/2014-9832-fem-21-5-227.pdf>
- Piña, J., Sánchez, C., García, I., Ybarra, J & García C. (2013). Psicología y salud en México: algunas reflexiones basadas en el sentido común y la experiencia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(2). 347-360. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/679/67932397008.pdf>
- Planes, M., Prat, X., Gómez, A., Gras, M., & Front, S. (2012). Ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual. *Anales de psicología*, 28(1), 161-170. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723161018.pdf>
- Pulgar, A. (2011). *Aplicación del modelo biopsicosocial para la comprensión de la calidad de vida y el pronóstico en el cáncer hematológico* (tesis de doctorado). Universidad de Jaén, Jaén, España. Recuperado de: <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/424/1/9788484395850.pdf>
- Ramírez, M., Rojas, M., & Lada, E. (2017). Efecto de una intervención cognitivo conductual breve sobre el afrontamiento y las sintomatologías ansiosa y depresiva en pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 7(1), 1-8. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283055969002.pdf>
- Reis, D., Correa, T., Mendes, M. Henrique, R., & Faria, A. (2013). Vulnerabilidades a la salud en la adolescencia: condiciones socioeconómicas, redes sociales, drogas y violencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(2), 1-9. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0586.pdf
- Rengifo, H., Córdoba, A., & Serrano, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista Salud Pública*, 14(4), 558-569. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/22727>

- Revuelta, C. (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 15(59), 261-269. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3666/366639777016.pdf>
- Reynoso, L., & Becerra, A. (2013). Hipertensión arterial y enfermedades cardiovascular: Intervención y prevención. *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. (pp.165-192) México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf#page=193>
- Reynoso, L., Hernández, M., Bravo, M., & Anguiano, S. (2010). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/17/017_Completa%20Vf.pdf#page=44
- Rivera, L. & Bulbena, A. (2014). De la medicina psicosomática a la psiquiatría de enlace: el desarrollo histórico de la consulta psiquiátrica en el hospital general. *Avances en Salud Mental Relacional*, 13(1), 1-12. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/319059243_DE_LA_MEDICINA_PSICOSOMATICA_A_LA_PSIQUIATRIA_DE_ENLACE_EL_DESARROLLO_HISTORICO_DE_LA_CONSULTA_PSIQUIATRICA_EN_EL_HOSPITAL_GENERAL/link/598d76380f7e9b07d2297b82/download
- Robles, J., & Espinel, J. (2017). Riesgo sexual y nivel de popularidad en estudiantes universitarios del Ecuador. *Revista Interamericana de Psicología*, 51(2), 152-161. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2018-23952-002>
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B., & Moreno, D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25, (2), 244-258. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233245622006.pdf>
- Rodríguez, M.; & Echemendía, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(1), 135-150. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n1/hie151111.pdf>

- Rodríguez, T., & Rodríguez, Z. (2016). El amor y las nuevas tecnologías: experiencias de comunicación y conflicto. *Nueva época*, 25, 15-41. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/comso/n25/n25a2.pdf>
- Romero, C., & Muro, A. (2016). Derechos sexuales y reproductivos. *Eunomía, Revista en Cultura de la Legalidad*, 9, 273-288. Recuperado de: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/2827/1523>
- Rojas, R., de Castro, F., Villalobos, A., Allen, B., Romero, M., Braverman, A., & Uribe, P. (2017). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública México*, 59(1), 19-27. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2017.v59n1/19-27/es>
- Roncal, D., & Carranza, M (2012). Conocimientos y percepción sobre derechos sexuales y reproductivos de los estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego. *Revista Cuerpo Médico*, 5(3), 7-14. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4040351.pdf>
- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K. Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Familiar*, 44(2), 218-229. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v44n2/mil10215.pdf>
- Rubio-Aurioles, E. (2019) Potencialidades humanas (Holones). Amssac organizaciones. Recuperado en: <https://www.amssac.org/biblioteca/potencialidades-humanas/>
- Rueda, I., Fernández, A., & Herrero, A. (2013). Aplicación de la teoría de la acción razonada al ámbito emprendedor en un contexto universitario. *Investigaciones regionales*, 26, 141-158. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/259868658_Aplicacion_de_la_teor%C3%ADa_de_la_acci%C3%B3n_razonada_al_ambito_emprendedor_en_un_contexto_universitario
- Ruiz, M., López, C., Carlos, S., Calatrava, M., Osorio, A., & Irala, J. (2011). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Rev. Panam. Salud Publicam* 31(1), 54-62. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n1/54-61/es>

- Sabando, V., Molina, K., Cueva, J., & Cedeño, S. (2018). *Prevención de infecciones de transmisión sexual en adolescentes embarazadas*. Recuperado de: <http://142.93.18.15:8080/jspui/bitstream/123456789/195/1/EDITADO%20COMPAS2%20%28Autoguardado%29.pdf>
- Salamanca, A., & Giraldo, C. (2012). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica*, 57(1). 185-202. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815140.pdf>
- Sánchez, M., Dávila, R., & Ponce, E. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Familiar*, 22(2), 35-38. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630044X#bib0015>
- Sánchez, M., & de Luna, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1910-1919. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n5/03revision03.pdf>
- Saura, S., Jorquera, V., Rodríguez, D., Mascort, C., Castella, I., & García, J. (2019). Percepción de riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género. *Atención Primaria*, 51(2), 61-70. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6836995/>
- Secretaría de Gobernación (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*, Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019
- Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (2017). Guía introductoria a la Estrategia Integral de asistencia Social Alimentaria (EIASA). Recuperado de: <http://sitios.dif.gob.mx/dgadc/wp-content/uploads/2017/01/Guia-Introductoria-EIASA-SMDIF-170130-Comprimido.pdf>
- Tapia, M. (2017). Educación sexual para todas y todos: la asignatura urgente para el logro de la igualdad en México. *Congreso Nacional de Investigación Educativa*, 16, 1-18. Recuperado de: <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/2265.pdf>

- Uribe, A., Castellanos, J., & Cabán M. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de Psicología: Universidad de Antioquía*, 8(2), 27-48. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6059401>
- Uribe, A., & Orcasita, L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali, Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, 1-31. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194215432004.pdf>
- Uribe, J., Andrade, P., Zacarías S., & Betancourt, O. (2013) Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(2), 75-92. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/802/80228344005.pdf>
- Uribe, J., Bahamón, M., Reyes, L., Trejos, A., & Alarcón, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colomb. Psicol.*, 20(1), 203-211. Recuperado de: <https://editorial.ucatolica.edu.co/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/1079/1232>
- Valencia, C. (2009). Diseño de cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios. *Revista Diversitas: Perspectivas en psicología*, 5(2), 337-347. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-99982009000200010&lng=e&nrm=iso&tlng=e
- Vázquez, M., & Reynoso, L. (2013). Medicina conductual en pediatría. *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. (pp. 193-212). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf#page=193>
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Armario de Psicología Clínica y de la*

- Salud*, 5, 15-28. Recuperado de: http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, prevención y atención primaria de la salud. *Archivo Medicina Interna*, 33(1), 11-14. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Villa, M., & Carranza, J. (2017). Conocimiento del uso correcto del condón masculino en alumnos de preparatoria de una población indígena del estado de Michoacán. *Med. Int. Méx.*, 33(5), 580-604. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n5/0186-4866-mim-33-05-580.pdf>
- Villalobos, A., Campero, L., Atienzo, E., Estrada, F., & de la Vara, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 57(2), 135-143. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7409/10852>
- Villegas, N., Cianelli, R., Santisteban, D., Lara, L., & Vargas, J. (2016). Factores que influyen la adquisición de infecciones de transmisión sexual y VIH en mujeres jóvenes chilenas que participaron en la intervención online I-STIPI. *Hisp Health Care Int*, 14(1), 47-56. Recuperado de: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/1791>
- Velásquez, S., & Bedoya, B. (2010). Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA. *Medicina UPB*, 29(2), 144-154. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159017434008.pdf>
- Venegas, M., & Valles, B. (2019). Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria*, 21, 109-119. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n83/1139-7632-pap-21-83-e109.pdf>