

Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos

Citlalli Pérez de la Barrera¹
Susan Pick

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Compendio

El objetivo de este estudio fue identificar predictores psicosociales de conducta sexual protegida en adolescentes. La muestra estuvo constituida por 113 hombres y 65 mujeres mexicanos estudiantes de bachillerato, entre los 14-20 años de edad. Se aplicaron una serie de instrumentos a saber: conocimientos y creencias sobre sexualidad, habilidades para la toma de decisiones, comunicación asertiva y conducta sexual protegida. Los resultados mostraron que la habilidad de comunicación asertiva es el mejor predictor de esta conducta, en el caso de relaciones sexuales con una pareja regular, seguido por los conocimientos; el mejor predictor con la pareja ocasional, son las creencias. Se identifica la necesidad de desarrollar programas de educación sexual que faciliten la comunicación asertiva con la pareja sexual y que proporcionen información objetiva que desmitifique creencias, mediante el conocimiento detallado y práctico sobre sexualidad, embarazo y uso de anticonceptivos.

Palabras clave: Adolescentes; sexualidad; metodos anticonceptivos; empoderamiento; conducta psicosexual.

Protected Sexual Behavior among Mexican Adolescents

Abstract

The aim of this study was to identify psychosocial predictors of protected sexual intercourse in adolescents. The sample was composed by 113 male and 65 female Mexican high school students, between 14-20 years of age. A questionnaire that explored knowledge and beliefs about sexuality, decision making and assertive communication skills regarding protected sexual intercourse was applied. The results showed that assertive communication was the best predictor of protected sex, when adolescents have sexual intercourse with a regular sexual partner, followed by knowledge; the best predictor with an occasional partner were the beliefs. The need for sexuality education programs that promote assertive communication with one's sexual partner and that include objective information, belief clarification and practical knowledge about sexuality, pregnancy and contraception is presented.

Keywords: Adolescents; sexuality; contraceptive devices; empowerment; psychosexual behaviour.

El embarazo no planeado así como el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el SIDA, representan un grave problema de salud a nivel mundial (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2002). El embarazo no planeado en la adolescencia, se asocia con conductas tales como el inicio temprano de relaciones sexuales y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos incluyendo el condón (Kalmuss, Davidson, Cohall, Laraque, & Cassel, 2003; Kirby, 2001). Estudios epidemiológicos muestran, que la práctica del sexo no protegido sigue siendo el factor de riesgo más importante para adquirir el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2000). Se sabe el uso correcto y sistemático del condón (Hearst & Chen, 2004; Moscoso-Álvarez, Rosario, & Rodríguez, 2001) es la mejor forma de prevención cuando se tienen relaciones sexuales.

Desde hace ya varias décadas, se ha identificado a la educación sexual integral como una importante base en el ejercicio de una sexualidad sana, responsable y libre de riesgos en poblaciones jóvenes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1993). En años recientes, se han utilizado diversas aproximaciones para facilitar la adquisición de

conocimientos sobre sexualidad en adolescentes y se ha identificado, que para poder reducir las conductas sexuales de riesgo, es necesario proporcionar información clara y objetiva sobre sexualidad, así como formar a los adolescentes en habilidades que les permitan resistir las presiones que los llevan a ser sexualmente activos sin protección (Kirby, 2002; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001).

El objetivo del estudio que se reporta en éste artículo, es identificar los factores que determinan una conducta sexual protegida en una muestra de adolescentes mexicanos. La relevancia de éste estudio radica en que al conocer éstos factores se contarán con bases para diseñar programas de educación sexual dirigidos a reducir las conductas de riesgo en adolescentes.

En casi todo el mundo, la mayoría de los jóvenes inician su actividad sexual durante la adolescencia (Alan Guttmacher Institute [AGI], 2005). Anualmente, ocurren en el mundo 10.5% de embarazos en mujeres entre las edades de 15 a 19 años (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2002). Por otro lado, la OMS manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento en el número de ITS entre adolescentes; calculan que cada año, el 15% del total de adolescentes a nivel mundial, contrae una ITS. Asimismo se estima que 560,000 jóvenes a nivel mundial, entre los 15 y 24 años, viven con VIH/SIDA (OMS, 2005).

¹ Dirección: Avenida del Riego 145 Colonia Residencial Coapa 14390 Mexico, D.F. E-mail: citlallipb@yahoo.com

En materia de anticoncepción, de aproximadamente 260 millones de mujeres de entre 15 y 19 años que hay en el mundo, casi el 11% son sexualmente activas y no desean quedar embarazadas, pero no usan un método anticonceptivo. El uso del condón en los adolescentes, no supera el 8% en ningún país en desarrollo (AGI, 2005).

En México, se estima que la edad de primera relación sexual se ubica alrededor de los 16 años (Encuesta Nacional de la Juventud [ENJ], 2000; Encuesta Nacional de Salud [ENSA], 2000). En el año 2000, ocurrieron en México más de 500, 000 embarazos en menores de 19 años, de los cuales 360, 000 llegaron a término; representando el 17% del total de nacimientos del país (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2000). Respecto a las ITS, ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad (NOM-039-SSA2-2002). En cuanto al SIDA, muestra una tendencia al aumento en el grupo de jóvenes de 25 a 34 años: en 1988, el SIDA fue la causa de muerte número 18 en éste grupo de edad, en tanto que en 1992 ya ocupaba el lugar 5. Entre los hombres el SIDA como causa de muerte pasó del lugar 11 al 4 en 1991. En 1988 el SIDA no aparecía dentro de las primeras 20 causas de muerte en el grupo de mujeres, pero en 1992 ya ocupaba el lugar 12. Actualmente, representa la cuarta causa de muerte en varones mexicanos de 25 a 34 años y en mujeres la sexta para el mismo grupo de edad (Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CENSIDA], 2003).

En relación con la anticoncepción, se ha encontrado que sólo poco más de la mitad de los jóvenes mexicanos que tienen relaciones sexuales, usan métodos anticonceptivos; siendo los más comunes el condón en los hombres (42.2%); y para las mujeres el DIU (15.4%), el condón (11%) y la píldora (9.5%) (ENJ, 2000). Asimismo, se ha visto que la gran mayoría de los jóvenes mexicanos no toman precauciones para prevenir el embarazo ni las ITS durante sus primeros actos sexuales (ENSA, 2000; Villanueva, Campos, & Pérez-Fajardo, 2001). Entre los factores que favorecen el uso de anticoncepción durante la primera relación sexual, se han identificado el género (los hombres los usan 4 veces más que las mujeres) y la escolaridad, (a mayor escolaridad, mayor uso de anticoncepción) (Gayet, Juárez, Pedrosa, & Magis, 2003; Santos et al., 2003). En contraparte, entre los factores que dificultan el uso de anticoncepción se encuentran: el desconocimiento de los métodos anticonceptivos y/o sus formas adecuadas de uso (González, Rojas, Hernández, & Olaiz, 2005; Tapia-Aguirre et al., 2004); creencias negativas asociadas con su uso (López, 2000), y la falta de planeación en las relaciones sexuales (Necchi & Schufer, 1999).

Entre los factores que favorecen el uso regular de métodos anticonceptivos, se han identificado: mayores

conocimientos sobre uso correcto de métodos anticonceptivos (Núñez, Hernández, García, González, & Walker, 2003); creencias positivas hacia los métodos (Chirinos, Salazar, Bardales, Claire, & Brindis, 2001) y la habilidad de comunicarse asertivamente con la pareja sexual y de negociar el uso de anticoncepción (Acosta-Pérez & Peragallo, 2001; Pick, Givaudan, & Brown, 2000). Respecto al uso del condón, se ha encontrado que en aquellos adolescentes que reconocen que el condón ofrece protección contra ITS/SIDA, no lo usan por las creencias erróneas acerca de su efectividad (Villaseñor, Caballero, Hidalgo, & Santos, 2003) y por estereotipos respecto a quienes pueden contraer la enfermedad (Díaz, 2001; Flores-Palacios & Leyva-Flores, 2003). Por otra parte, se han identificado como predictores del uso de condón a las creencias positivas asociadas a su uso (Villaruel, Jemmott III, Jemott, & Ronis, 2004) la intención de usarlo (Sheeran & Orbell, 1998); la capacidad de planeación de llevar a cabo la conducta de uso de condón (Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001; Díaz-Loving, 2001) y contar con habilidades que permitan llevar a cabo esta conducta (Stern, Fuentes-Zurita, Lozano-Treviño, & Reysoo, 2003). Se puede concluir, que la ausencia o bajo uso de métodos anticonceptivos incluyendo el condón están relacionados con bajo nivel de conocimientos sobre el tema, creencias erróneas asociados a éstos y carencia de habilidades necesarias para implementar su uso.

Así, se han desarrollado diversos programas de educación sexual para ayudar a resolver las problemáticas citadas. Estudios que han evaluado el efecto de proporcionar a los jóvenes información para prevenir conductas sexuales de riesgo, explicándoles en detalle cómo protegerse, han encontrado que esto conlleva un mejoramiento estadísticamente significativo del comportamiento sexual protegido (Johnson, 2003; Kirby, 2001; Pick, Givaudan, & Poortinga, 2003; Pick, Poortinga, & Givaudan, 2003).

En investigaciones que han evaluado el impacto de formar a jóvenes estudiantes en habilidades de comunicación y negociación (Rickert, Sanghvi, & Wiemann, 2002) y toma de decisiones (Fischhoff, Crowell, & Kipke, 1999; Jemmott III, Jemmott, & Fong, 1998), para prevención de contagio de ITS/SIDA y embarazo no planeado; han mostrado un efecto positivo particularmente cuando estas competencias psicosociales se facilitan antes de que los adolescentes hayan tenido su debut sexual.

Finalmente, en un intento por presentar un enfoque sistemático para el desarrollo y evaluación de programas de promoción de la salud, Pick et al. (2003) proponen partir de un marco teórico que considera tres componentes principales: a) el contexto económico, educativo, político y sociocultural en el cual vive la población meta; b) las demandas situacionales y su efecto sobre las conductas y a largo plazo sobre; y, c) las variables más estables de la persona. Para poder lograr cambios en la conducta de los individuos, los programas de salud deberán estar dirigidos primordialmente a facilitar las habilidades y conocimientos

necesarios para enfrentar cada demanda situacional así como al contexto inmediato en el cual la conducta tiene lugar. Algunos ejemplos de habilidades que se han identificado como relevantes para lograr el cambio conductual en la prevención de salud son: ser capaz de tomar decisiones propias, uso de una comunicación clara, abierta y directa y la expresión de sentimientos; las denominadas "habilidades para la vida", que la OMS (1993) ha identificado como una prioridad en el área de prevención y promoción de la salud.

Este trabajo tiene por objetivo ver si una de las partes del Marco para Facilitación de Empoderamiento Agentico (FENAE por sus siglas en inglés *Framework for enabling agentic empowerment*) (Pick & Sirkin, en proceso; Pick, Poortinga, et al., 2003), que es la que se enfoca en la relación entre conocimientos y habilidades con cambios de conducta, es relevante en el caso de conducta sexual protegida. Esta parte del modelo se presenta en la Figura 1.

El modelo propone que la conducta sexual protegida en adolescentes, se da como consecuencia de la adquisición del conocimiento claro y detallado sobre sexualidad, clarificación de creencias conductuales, y la facilitación de habilidades de toma de decisiones y comunicación asertiva con la pareja sexual.

Método

Participantes

Se trabajó con 262 hombres y 227 mujeres adolescentes de la Ciudad de México, que cursaban el bachillerato en una institución privada. Los estudiantes fueron seleccionados de manera no probabilística, y su rango de edad osciló entre los 14 y 20 años. Todos los estudiantes eran solteros, el 70% no tenía pareja y el 30% sí. En su mayoría (93%), vivían con sus padres y pertenecían a niveles socioeconómicos de medio a medio alto, de acuerdo con las características de los estudiantes que asisten a escuelas privadas en México (Givaudan & Pick, 2005). Por lo que respecta a su experiencia sexual, el 40% de los participantes reportó haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, en tanto que el 60% restante nunca las había tenido (cabe aclarar que en los análisis estadísticos sólo se incluyeron a los participantes

con debut sexual: por tanto la muestra final quedó conformada por 113 hombres y 52 mujeres, sin reporte de casos perdidos). El 58% de los estudiantes reportó tener relaciones sexuales al momento de conducir la investigación, de los cuales el 62% indicó tenerlas con una pareja sexual regular. Finalmente, cabe resaltar que los estudiantes que no tenían vida sexual al momento de contestar el instrumento, respondieron a las preguntas que exploraron sus habilidades de toma de decisiones y comunicación asertiva con la pareja, de forma hipotética.

Instrumento

La construcción y validación del instrumento que se utilizó para identificar los mejores predictores de conducta sexual protegida en adolescentes, formó parte de ésta investigación. La elaboración y redacción de los reactivos que conformaron las subescalas del instrumento, se llevó a cabo con base en una revisión de literatura especializada en el tema de salud sexual y reproductiva y habilidades para la vida. Los reactivos fueron sometidos a evaluación por cinco jueces expertos en el área y fueron depurados con base en la retroalimentación recibida. Posteriormente, se llevó a cabo el piloteo del instrumento en dos fases: en la primera fase, se aplicó el instrumento con una muestra de 30 adolescentes estudiantes de bachillerato, para afinar y corregir el instrumento. En la segunda fase, se llevó a cabo el análisis de los reactivos y se determinó la confiabilidad y validez de las subescalas de habilidad en toma de decisiones, habilidad de comunicación asertiva con la pareja, conducta de comunicación asertiva con la pareja, conocimientos sobre sexualidad y creencias conductuales hacia la sexualidad. Los métodos utilizados fueron los siguientes: Reactivos-Calificación Total: Se correlacionó cada reactivo con las calificaciones totales, utilizando el método producto-momento de Pearson; se eligieron sólo aquellos reactivos que obtuvieron correlaciones iguales o mayores a .30. Por otra parte, se obtuvieron las frecuencias, sesgo y curtosis de los reactivos, eligiendo sólo aquellos cuyos valores se encontraron cercanos a cero.

Posteriormente, se llevó a cabo el Análisis Factorial con extracción de factores iniciales con rotación varimax, para poder explorar la posibilidad de reducción de datos y obtener



Figura 1. Versión resumida la sección de cambios de conductas del Marco para Facilitación de Empoderamiento Agentico (FENAE por sus siglas en inglés *Framework for Enabling Agentic Empowerment*)

la validez de constructo de las subescalas. Con este nuevo conjunto de reactivos, se llevó a cabo la prueba de consistencia interna, mediante el cálculo del coeficiente de Alpha de Cronbach para cada factor obtenido de cada subescala. El instrumento final quedó compuesto por un apartado de datos generales, que permitió identificar las características sociodemográficas de los participantes del estudio, una subescala de patrón de conducta sexual, que permitió identificar las pautas de conducta sexual de los participantes y por las cinco subescalas que incluyen los componentes del modelo a evaluarse. A continuación se detallan las subescalas que conformaron el instrumento:

1) Datos generales: Incluyendo sexo, edad, grado escolar y estado civil.

2) Conocimientos sobre sexualidad: Definidos como: "Lo que se sabe con seguridad que corresponde notoriamente con la realidad" (Diccionario de las Ciencias de la Educación, 1983, p. 165). Se incluyeron 22 reactivos (medidos a través de una escala con tres opciones de respuesta: "Sí", "No" y "No sé"; en donde a mayor puntaje, mayor nivel de información, considerando a la última opción como ausencia de información). Estos evalúan el nivel de información de los participantes sobre los temas siguientes: aspectos biológicos de la reproducción humana, alternativas para ejercer la sexualidad, embarazo y consecuencias, infecciones de transmisión sexual y anticoncepción. Al ser una escala que mide el nivel de información de los estudiantes sobre los temas citados, y no requerir por tanto la validación del constructo como tal; se llevó a cabo un análisis de frecuencias de reactivos para eliminar aquellos que no presentaban una distribución normal.

3) Creencias conductuales hacia la sexualidad: Definidas como lo que las personas piensan acerca de realizar ciertas conductas y las consecuencias de hacerlo (Fishbein, 1990, p. 3). Esta sección estuvo conformada por 23 reactivos (medidos a través de una escala con tres opciones de respuesta: "Sí", "No" y "No sé", en donde a mayor puntaje, mayor nivel de información; considerando a la última opción como ausencia de información). El objetivo era identificar las creencias conductuales asociadas a los aspectos biológicos de la reproducción humana, alternativas para ejercer la sexualidad, embarazo y sus consecuencias, infecciones de transmisión sexual (ITS) y anticoncepción. Al ser una escala sobre el nivel de información de los estudiantes sobre los temas citados, y por lo tanto no requerir la validación del constructo como tal; se llevó a cabo un análisis de frecuencias de reactivos para eliminar aquellos que no presentaban una distribución normal.

4) Habilidad de toma de decisiones: Se refiere a la capacidad de los adolescentes para "analizar las ventajas y desventajas de una acción y sus posibles consecuencias, para la elección responsable de una alternativa" (Mann, 1990, p. 107). La escala estuvo conformada por siete reactivos

(medidos a través de una escala con cuatro opciones de respuesta: "Totalmente de acuerdo", "De acuerdo", "En desacuerdo" y "Totalmente en desacuerdo"; en donde a mayor puntaje, mayor desarrollo de la habilidad). Evalúa la habilidad para tomar la decisión de practicar la conducta sexual protegida. El análisis factorial arrojó dos factores: 1) Intención de riesgo (la intención de los estudiantes de tener relaciones sexuales sin uso de métodos anticonceptivos ni condón); conformada por 4 reactivos con un Alpha de .71; 2) Intención de protección (intención en los estudiantes de tener relaciones sexuales con uso de métodos anticonceptivos incluyendo al condón); conformada por 3 reactivos con un Alpha de .73.

5) Habilidad de comunicación asertiva con la pareja: Se refiere a la capacidad de los adolescentes para "emitir conductas que afirmen su opinión en situaciones interpersonales en que puedan darse respuestas contradictorias, sin emplear conductas agresivas hacia los demás y resistiendo a la presión del entorno" (Aguilar-Kubli, 1987, p. 12). La escala estuvo conformada por 10 reactivos (medidos a través de una escala con cuatro opciones de respuesta: "Totalmente de acuerdo", "De acuerdo" y "En desacuerdo" y "Totalmente en desacuerdo"; en donde a mayor puntaje, mayor desarrollo de la habilidad. Evalúa la habilidad para comunicar a la pareja la intención de llevar a la práctica la conducta sexual protegida. El análisis factorial arrojó dos factores: 1) Miedo/Vergüenza (emociones de miedo y vergüenza en los estudiantes, al pensar en comunicar a su pareja sexual, su deseo de usar métodos anticonceptivos incluyendo al condón); conformado por cinco reactivos con un Alpha de .78; 2) Intención de comunicación (intención de los estudiantes de comunicarle a su pareja sexual su deseo de tener relaciones sexuales con uso de métodos anticonceptivos incluyendo al condón); conformada por 5 reactivos con un Alpha de .78.

6) Conducta de comunicación asertiva con la pareja: Esta sección estuvo conformada por cuatro reactivos (medidos a través de una escala con cuatro opciones de respuesta: "Totalmente de acuerdo", "De acuerdo" y "En desacuerdo" y "Totalmente en desacuerdo"; en donde a mayor puntaje, mayor instrumentación de la conducta). Evalúa la conducta de comunicar de forma clara y directa a la pareja el deseo de practicar la conducta sexual protegida, en adolescentes con por lo menos una pareja sexual regular, en el momento de conducir la investigación. El análisis factorial arrojó un solo factor: conducta (conducta de comunicar a la pareja sexual, el deseo de tener relaciones sexuales con uso de métodos anticonceptivos incluyendo al condón); conformada por 4 reactivos con un Alpha de .77.

7) Patrón de conducta sexual: Permite identificar las pautas de conducta sexual de los adolescentes sobre uso y frecuencia de métodos anticonceptivos, de acuerdo al tipo de pareja sexual: regular y/u ocasional. La conducta sexual protegida se definió como:

“Conducta de uso regular de métodos anticonceptivos, para prevenir un embarazo no planeado; así como el uso correcto (implica seguir los 8 pasos propuestos por ONUSIDA (2000): guardar el condón en lugares frescos y secos; fijarse que el empaque no esté roto y que al oprimirlo forme una bolsa de aire; presionar la punta para sacar el aire mientras coloca el condón en el pene erecto; , desenrollarlo hasta la base del pene; después de eyacular sujetar el condón por su base y retirar el pene mientras aún está erecto; quitarlo cuidando que no se goteé y tirarlo a la basura anudándolo) y sistemático (esto significa usarlo siempre, desde el inicio hasta el fin de cada relación sexual con penetración,, para prevenir el contagio de ITS/ SIDA”(ONUSIDA, 2000, p. 8).

estrictamente confidencial) de los estudiantes que aceptaron colaborar; el anonimato quedó resguardado al no solicitar a los participantes que anotaran su nombre, ni grupo en el instrumento, y se codificaron sus respuestas de forma estrictamente confidencial; solo una persona tuvo acceso a ellas y no las comunico a nadie. Por último, al finalizar el estudio, el informe fue entregado y discutido con la institución y los hallazgos de investigación se reportaron sólo en términos globales preservando el anonimato de los participantes.

Resultados

Procedimiento

Se aplicó el instrumento de medición con la muestra elegida, una vez aprobado el permiso por parte de la institución educativa, en la que tendría lugar la aplicación. Los estudiantes respondieron el cuestionario, individualmente y de forma autoaplicada, en sus salones de clase, en horario preestablecido por la escuela, para no afectar sus actividades académicas.

Análisis de Regresión Múltiple (ARM): Se sometieron los datos a un análisis de regresión múltiple (*Stepwise*), para identificar el mejor predictor de la conducta sexual protegida. Las variables independientes fueron los conocimientos, creencias conductuales, habilidad de toma de decisiones y habilidad y conducta de comunicación asertiva con la pareja. Como variable dependiente se introdujo la frecuencia de conducta sexual protegida con ambos tipos de pareja sexual: regular y/u ocasional. Con referencia a la conducta sexual protegida con la pareja sexual regular, se observa en la Tabla 1, a la habilidad de comunicación asertiva con la pareja, como el mejor predictor ($R_m=.335$, $R^2=.112$, $R^2_{aj}=.098$), seguida por los conocimientos ($R_m=.419$, $R^2=.175$, $R^2_{aj}=.148$). 2). Con referencia a la conducta sexual protegida con la pareja sexual ocasional, se observa en la Tabla 2, a las creencias conductuales como el mejor predictor ($R_m=.171$, $R^2=.029$, $R^2_{aj}=.022$).

Consideraciones éticas

Los pasos éticos que se siguieron para proteger a los participantes del estudio fueron los siguientes: en primer término, se contactó a una institución educativa privada para solicitar su participación en el estudio. En un entrevista con los directivos de la institución, se les explicó el objetivo del estudio y se les ofreció entregarles un informe detallado de los resultados manteniendo el anonimato de los participantes. Los directivos accedieron a colaborar con el estudio, facilitando el acceso a los estudiantes que asistían a dicha institución. En segundo término, se contactó a los estudiantes y se les explicó el objetivo del estudio, se les preguntó si deseaban colaborar, es decir, la participación para contestar las preguntas del instrumento fue voluntaria; aquellos estudiantes que rehusaron hacerlo, no fueron obligados a contestarlo. En tercer asimismo, se controló el anonimato (la información dada por los participantes fue

Discusión

En este estudio, se encontró como el mejor predictor de la conducta sexual protegida con la pareja sexual regular, a la habilidad de comunicación asertiva. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado previamente en México (Pick et al., 2000) así como en otros países (Rickert et al., 2002).

Tabla 1
ARM para la Predicción de la Conducta Sexual Protegida con la Pareja Sexual Regular

Predictor	B	EEB	Beta	t	p
Comunicación asertiva	-.579	.211	-.322	-2.741	.008
Conocimientos sobre sexualidad	.936	.436	.252	2.143	.036

Tabla 2
ARM para la Predicción de la Conducta Sexual Protegida con la Pareja Sexual Ocasional

Predictor	B	EEB	Beta	t	p
Creencias conductuales hacia la sexualidad	-.484	.243	-.171	-1.99	.049

Esto indica que contar con la habilidad de comunicación asertiva con la pareja sexual regular, aumenta la probabilidad de que los adolescentes se protejan. Dado que la comunicación asertiva con la pareja sexual regular, es un factor clave para lograr la conducta sexual protegida, los programas de promoción de salud sexual, deberían considerar la formación de esta habilidad para los adolescentes que atienden. Asimismo, se encontró al nivel de conocimientos, como el segundo mejor predictor de la conducta sexual protegida con la pareja sexual regular. Aunque los conocimientos no son suficientes para asegurar la emisión de la conducta sexual protegida (Castro, 2000; Nuñez et al., 2003), son necesarios para iniciar el proceso de cambios en las estructuras psicológicas (Fishbein, 1990). Por ello se justifica la inclusión del contenido informativo claro y objetivo como parte fundamental de los programas de educación sexual cuyo objetivo sea el de promover conductas sexuales libres de riesgo en población joven.

Con la pareja sexual ocasional, se identificó como el mejor predictor de conducta sexual protegida, a las creencias conductuales. Esto confirma estudios previos con jóvenes mexicanos, en tanto que las creencias negativas, específicamente hacia el uso del condón, son barreras para la formación de la intención de usarlo (López, 2000). Cuando las creencias conductuales negativas son revertidas, se aumenta la probabilidad de uso de anticoncepción en los adolescentes (Amuchástegui, 2001; Villaseñor et al., 2003). Si se considera que las creencias son conceptos normativos creados y fuertemente enraizados al interior de los grupos culturales (Pepitone, 1991) queda claro que los programas de promoción de salud deben incluir las normas culturales del grupo con el que se pretenden implementar programas (Pick, Poortinga, et al., 2003).

Por otra parte, destaca que los predictores de la conducta sexual protegida varían de acuerdo al tipo de pareja con la que los estudiantes tienen sus encuentros sexuales, siendo el mejor predictor de conducta sexual protegida con la pareja regular la comunicación asertiva. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado en otros estudios (Family Health Internacional [FHI], 2002; Hirsch & Nathanson, 2001) en el sentido de que las parejas estables muestran un mayor grado de compromiso y preocupación por evitar las consecuencias negativas asociadas a una vida sexual activa sin protección. Al parecer, los adolescentes con pareja sexual regular, poseen un mayor nivel de confianza en la relación con su pareja sexual, situación que les permite hablar de manera clara y directa sobre su deseo de llevar a la práctica la conducta sexual protegida. A su vez, es menos frecuente que la comunicación asertiva se de con las parejas sexuales ocasionales, al ser encuentros, en su mayoría, no planeados (Pile, Bumin, & Ciloglu, 1999). Asimismo, destaca la importancia de contar con conocimientos sobre sexualidad; es decir conocer que debe hacerse y como hacerlo, resulta indispensable para aumentar la

probabilidad de que la conducta sexual protegida se presente en caso de tener relaciones sexuales (DiClemente, 1992; Velázquez, 2003). Conocer el uso correcto de métodos anticonceptivos les permite a los adolescentes, tener conducta sexual protegida con la pareja sexual regular.

En contraparte, se identifican las creencias conductuales positivas, como el mejor predictor de la conducta sexual protegida con la pareja sexual ocasional. Las creencias se diferencian de los conocimientos por su contenido evaluativo (Pepitone, 1991). Es la evaluación de las consecuencias de tener conductas vinculadas directamente con su vida sexual; tales como las creencias de que el condón es efectivo en la prevención del contagio de ITS/SIDA (OMS & Fondo de Población de Naciones Unidas, 2000) y que no existen grupos de riesgo sino conductas de riesgo para el contagio (Díaz, 2001; Flores-Palacios & Leyva-Flores, 2003); lo que determina que lleven a la práctica este tipo de conducta con la pareja sexual ocasional. Parecería ser que en ausencia de un alto grado de confianza y compromiso que favorezca el dialogo con una pareja ocasional, basta con creer que es importante protegerse de ITS/SIDA y prevenir un embarazo, para que los adolescentes implementen la conducta sexual protegida (Stern et al., 2003).

El tipo de pareja (regular u ocasional) con la que los adolescentes mantuvieron la práctica sexual, fue relevante. Esto corrobora aportaciones realizadas al respecto en los últimos años, (Winifred, Gebhardt, Kuyper, & Gwen, 2003), y destaca que la variable "tipo de relación entre las parejas sexuales", es decir, si la pareja es regular u ocasional, debe incorporarse a los modelos para lograr un poder explicativo adicional (Bimbela, Jiménez, Alfaro, Gutiérrez, & March, 2002); ya que los factores relacionales han recibido menor atención que los individuales, en lo que se refiere a practicas de conducta sexual protegida (Civic, 1999).

Por otra parte, cabe mencionar que una limitación del estudio, fue el no haber incluido una escala de deseabilidad social, ya que la información recabada referente a la vida sexual de los participantes, se pudo haber visto influenciada por los tabúes sociales que aún prevalecen en la cultura mexicana, que limitan la exploración de la vida sexual de las personas (Givaudan & Pick, 2005).

Otra limitación del estudio, fue el hecho de que los participantes que aún no habían tenido su debut sexual, hicieron referencia de forma hipotética, a una conducta (la conducta sexual protegida) que aún no instrumentaban. Además, la muestra se vio reducida al explorar la conducta sexual protegida, ya que muchos de los participantes que no habían tenido su debut sexual y/o no tenían pareja sexual al momento de conducir la investigación. Por tanto, es recomendable para futuras investigaciones, que se utilice una muestra más amplia y aleatoria, que permita una mejor exploración de la conducta sexual protegida. Finalmente, el nivel socioeconómico de los participantes del estudio cubrió a un solo sector de la población, el que asiste a una escuela privada.

La predicción de conductas es una de las labores más importantes dentro de la Psicología y este modelo ayuda a esclarecer el camino hacia la consecución de la conducta sexual protegida en adolescentes. De hecho a partir de estos hallazgos, se evidencia de cuales factores predictores de conducta sexual protegida deben incluirse en programas para adolescentes. El siguiente paso sería desarrollar programas educativos enfocados al desarrollo de los factores identificados en este trabajo.

Referencias

Acosta-Pérez, E., & Peragallo, N. (2001). Looking forward, looking back: A qualitative analysis of a focus group of HIV positive Latinas. *Interamerican Journal of Psychology*, 35(2), 167-181.

Aguilar-Kubli, E. (1987). *Asertividad: Sé tú mismo sin sentirte culpable*. México, DF: Pax.

Alan Guttmacher Institute (2005). *Hacia un nuevo mundo: La vida sexual y reproductiva de las jóvenes*. Retrieved Octubre 17, 2005, from http://www.guttmacher.org/pubs/new_world_span.html

Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001, January). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.

Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México: Experiencias y significados*. México, DF: EDAMEX, Population Council.

Bimbela, J. L., Jiménez, J. M., Alfaro, N., Gutiérrez, P., & March, J. C. (2002, Julio-Agosto). Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gaceta Sanitaria*, 16, 298-307.

Castro, V. G. (2000). Masculinity and condom use among Mexican teenagers: The Escuela Nacional Preparatoria N 1. *Gender and Education*, 12, 479-492.

Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. (2003). *Epidemiología del VIH en México en el año 2003*. México, DF: Secretaría de Salud.

Civic, D. (1999). The association between characteristics of dating relationships and condom use among heterosexual young adults. *AIDS*, 11, 343-52.

Consejo Nacional de Población. (2000). *La situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico demográfico*. México, DF: Autor.

Chirinos, J. L., Salazar, V., Bardales, O., Claire, D., & Brindis, E. (2001). Prevención del embarazo: Una reflexión desde la perspectiva de los/las escolares adolescentes de cuatro colegios de Lima -Norte, Perú. *Revista Sogía*, 8(2), 43-49.

Díaz, A. (2001). *Representación social del SIDA en un grupo de jóvenes*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Morelos, México.

Díaz-Loving, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH-SIDA. *Interamerican Journal of Psychology*, 35(2), 25-39.

Diccionario de las Ciencias de la Educación. (1983). México, DF: Trillas.

DiClemente, R. J. (1992). *Adolescents and AIDS. A generation in jeopardy*. Newbury Park, USA: Sage.

Encuesta Nacional de la Juventud.(2000). *Resultados generales*. México, DF: SEP, Instituto Nacional de la Juventud.

Encuesta Nacional de Salud. (2000). *Resultados generales*. México, DF: Secretaría de Salud.

Family Health International. (2002). Cuando la pareja dialoga, disminuye el riesgo. *Network en español*, 21(4). Recuperado Octubre 16, 2005, de www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v21_4/index.htm.

Fischhoff, B., Crowell, N. A., & Kipke, M. (1999). *Adolescent decision making: Implications for prevention programs. Summary of a Workshop*. Washington, DC: National Academy Press.

Fishbein, M. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6(1-2), 1-16.

Flores-Palacios, F., & Leyva-Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45(5), 624-631.

Fondo de Población de Naciones Unidas (2002, Abril). *Futuras acciones*. Reporte de la mesa redonda en salud sexual y reproductiva, Nueva York, USA.

Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, M., & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45, 632-640.

Givaudan, M., & Pick, S. (2005). Evaluación del programa escolarizado para adolescentes: Un equipo contra el VIH/SIDA. *Interamerican Journal of Psychology*, 39(3), 339-346.

González, G., Rojas, R., Hernández, M., & Olaiz, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 47, 209-218.

Hearst, N., & Chen, S. (2004). Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: Is it working? *Studies in Family Planning*, 35, 39.

Hirsch, J. S., & Nathanson, C. A. (2001). Some traditional methods are more modern than others: rhythm, withdrawal and the changing meanings of sexual intimacy in Mexican companionate marriage. *Culture, Health & Sexuality*, 3(4), 413-28.

Jemmott III, J. B., Jemmott, L. S., & Fong, G. T. (1998). Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 279(19), 1529-1536.

Johnson, B. (2003). Intervention to reduce sexual risk for the human immunodeficiency virus in adolescents, 1985-2000: A research synthesis. *Pediatric Medicine*, 157, 381-388.

Kalmuss, D., Davidson, A., Cohall, A., Laraque, D., & Cassel, C. (2003, March). Preventing sexual risk behaviors and pregnancy among teenagers: Linking research and programs. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35, 102-120.

Kirby, D. (2001). *Emerging answers: Research findings on programs to reduce pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Kirby, D. (2002). Effective approaches to reduce unprotected sex, pregnancy and childbearing. *The Journal of Sex Research*, 39, 51-57.

López, M. (2000). *La personalidad y su relación con la percepción de riesgo en relación al SIDA*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Mann, L. (1990). *Elementos de psicología social*. México, DF: Paidós.

Moscoso-Álvarez, M. R., Rosario, R. V., & Rodríguez, L. (2001). Nuestra juventud adolescente: ¿Cuál es el riesgo de contraer VIH? *Interamerican Journal of Psychology*, 35(2), 79-91.

Necchi, S., & Schufer, M. (1999). Iniciación sexual y anticoncepción en el adolescente varón de la Ciudad de Buenos Aires. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 97(2), 101-108.

NOM-039-SSA2-2002. (2002). *Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual*. México: Secretaría de Salud.

- Núñez, R. M., Hernández, B., García, C., González, D., & Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México*, 45, 92-102.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *La epidemia del SIDA: Un breve resumen*. Recuperado Octubre 10, 2005, de www.who.int/whr/2003/chapter3/es/index1.html
- Organización Mundial de la Salud, & Fondo de Población de Naciones Unidas. (2000, Marzo). *Doble protección contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo al SIDA y el embarazo no deseado*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Programa de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA y Fondo de Población de Naciones Unidas.
- ONUSIDA (2000, Diciembre). *La epidemia del SIDA: Situación en diciembre del 2000*. México, DF: Secretaría de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington, DC: Autor.
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias: Un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7, 61-79.
- Pick, S., Givaudan, M., & Brown, J. (2000). Quietly working for school-based sexuality education in Mexico: Strategies for advocacy. *Reproductive Health Matters*, 8, 92-102.
- Pick, S., Givaudan, M., & Poortinga, Y. (2003). Sexuality and life skills education: A multistrategy program in Mexico. *American Psychologist*, 58, 230-234.
- Pick, S., Poortinga, Y., & Givaudan, M. (2003). Integrating intervention theory and strategy in culture sensitive health promotion programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 422-429.
- Pick, S., & Sirkin, J. (en proceso). *Agentic empowerment*.
- Pile, J., Bumin, C., & Ciloglu, A. (1999, June). Involving men as partners in reproductive health: Lessons learned from Turkey. *AVSC Working Paper*, 12. New York, USA: AVSC.
- Rickert, V., Sanghvi, R., & Wiemann, C. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(4), 178-183.
- Santos, P. J., Villa, B. J., García, A. M., León, A. G., Quezada, B. S., & Tapia, C. R. (2003). La transición epidemiológica en adolescentes de México. *Salud Pública de México*, 4, 140-152.
- Sheeran, P., & Orbell, S. (1998). Do intentions predict condom use?: Meta-analysis and examination of six moderator variables. *British Journal of Social Psychology*, 37, 231-250.
- Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, L. R., & Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: Un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45(1), 34-43.
- Tapia-Aguirre, V., Arillo-Santillán, E., Allen, B., Angeles-Llerena, A., Cruz-Valdéz, A., & Lazcano-Ponce, E. (2004). Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about HIV/AIDS: A study of 12,393 public school students. *Archives of Medical Research*, 35, 334-343.
- Velázquez, O. G. (2003). *Uso de condón en adolescentes*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Villanueva, L. A., Campos, R., & Pérez-Fajardo, M. M. (2001). Conocimientos y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. *Ginecología y obstetricia de México*, 69(6), 239-242.
- Villaruel, A. M., Jemmott III, J. B., Jemott, L. S., & Ronis, D. L. (2004). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth: A test of the planned behavior theory. *Nursing Research*, 53(3), 172-81.
- Villaseñor, A., Caballero, R., Hidalgo, A., & Santos, J. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45, 73-80.
- Winifred, A., Gebhardt, L., Kuyper, B., & Gwen, G. (2003, September). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of Adolescent Health*, 33(3), 154-164.

Received 27/11/2005
Accepted 23/06/2006

Citlalli Pérez de la Barrera. Psicóloga. Doctora por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México, DF. Áreas de interés: Desarrollo y evaluación de programas para la promoción de la salud, prevención de adicciones y de conductas sexuales de riesgo en adolescentes.

Susan Pick. Psicóloga. Profesor titular de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Presidenta del Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (IMIFAP). México, DF. (Este artículo fue escrito durante una estancia de investigación en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Cambridge, MA de 2005 a 2006). Áreas de interés: desarrollo humano y comunitario, promoción de la salud, educación sexual, factores protectores de riesgo en la infancia y adolescencia, desarrollo del Marco para Facilitación de Empoderamiento Agéntico (FENAE):