

Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes

Sheila Gonçalves Câmara¹

Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Brasil

Jorge Castellá Sarriera

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Mary Sandra Carlotto

Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Brasil

Compendio

Este artículo evalúa los predictores de la conducta sexual de riesgo, entendida en este estudio como una práctica sexual desprotegida que puede ocasionar infección por ETS/SIDA, considerando la frecuencia y el uso de métodos anticonceptivos. Analiza variables socio-demográficas, psicosociales y de salud. La muestra se compuso de 389 jóvenes estudiantes de la enseñanza media de la ciudad de Porto Alegre en el Brasil. A través del análisis de regresión logística binaria, se encontró el perfil de los que tienen mayor propensión a la conducta sexual de riesgo: jóvenes varones que tuvieron mayor número de parejas sexuales en el último año, presentaron mayor frecuencia en la consumición de alcohol, menor índice de bienestar psicológico y menor utilización de la estrategia de coping de búsqueda de pertenencia.

Palabras clave: Conducta sexual; conducta de riesgo; condones.

Predictors of Sexual Risk Behaviour among Adolescents

Abstract

This study evaluates the sexual risk predictors (predictors of sexual intercourse without condom) that may cause infection by STD/AIDS, considering the frequency and the use of contraceptive methods. It analyzes socio-demographic, psychosocial and health variables. The sample was composed by 389 youths, third-year high school students from Porto Alegre, Brazil. Through a binary logistic regression analysis we have found that male teenagers who are supposed to be more propense to sexual risk behaviour had a higher number of sexual partners in the last year, presented a higher frequency in alcohol consumption as well as a lower psychological well being score and a lower use of the looking for belonging coping strategy.

Keywords: Sexual orientation; risk behavior; condoms.

Las conductas sexuales de riesgo, especialmente con respecto a la contaminación por infecciones de transmisión sexual e síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ETS/SIDA), no se pueden relacionar al concepto de grupos de riesgo. Históricamente las conductas de riesgo fueron discutidas por distintos enfoques que se consideraban como de riesgo a las personas o grupos que eran más susceptibles de enfrentar problemas físicos o sociales debido a un tipo de conducta que no era aceptada social o legalmente. Este enfoque, difundido desde los años 50, adquirió su ápice a finales de los años 80, con el surgimiento del SIDA, estando esta enfermedad asociada a las minorías marginadas como los homosexuales y usuarios de drogas inyectables (Moskovics, 2004).

Sin embargo, la epidemia fue tomando proporciones tan grandes que se hizo necesario hablar de conductas de riesgo y no más de grupos de riesgo. Todas las personas, sin excepción, estaban sujetas a ser contaminadas, bastando, para eso, un único comportamiento que involucrara una situación de riesgo (Peterson & DiClemente, 2000).

En el campo del riesgo sexual, una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA (Espada-Sánchez, Quiles-Sebastián, & Méndez-Carrillo, 2003).

Con relación a los adolescentes se observa un aumento anual importante de la incidencia de infección por VIH. En América Latina, la Organización Panamericana para la Salud, estima que mitad de los nuevos datos sobre la infección por VIH se dan a personas con edad inferior a 25 años que se han contaminado por vía sexual (Caballero-Hoyos & Villaseñor-Sierra, 2000). En los Estados Unidos los mayores índices de contaminación por VIH están en los jóvenes con edades entre 17 e 19 años, en su mayoría varones (Villaseñor-Sierra, Caballero-Hoyos, Hidalgo San-Martín, & Santos-Preciado, 2003).

Estos datos que se acercan a los de la contaminación en adultos pueden ser un reflejo de la iniciación sexual cada vez más temprana. Sin embargo, una serie de factores parece vincularse también a los estilos de vida en la adolescencia (Espada-Sánchez, et al., 2003), pudiendo contribuir tanto para la salud (práctica de ejercicio físico, dieta saludable, etc.) en una vertiente positiva, como para la deterioración de la misma (consumo de tabaco, alcohol y drogas, actos delincuentes,

¹ Dirección: Rua Edmundo Gardolinski, 70. 90480-130-Porto Alegre/RS, Brasil. E-mail: scamara@via-rs.net.

ciertas prácticas sexuales, etc.), en su vertiente negativa. De acuerdo con Jessor (1993), la adolescencia es un período crucial para la salud porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para la salud (Benthin, Slovic, & Severson, 1993; Gayet, Juárez, Pedrosa, & Magis, 2003).

En estudios recientes algunos aspectos han sido levantados como predictores del uso o de la intención de usar el condón entre adolescentes. Entre ellos estarían las actitudes positivas de hablar sobre prevención en el comportamiento sexual, la auto-eficacia percibida, la norma subjetiva, el auto-concepto positivo y la conciencia del riesgo de contaminación por ETS/SIDA, así como de la importancia del condón en la prevención (Villaseñor-Sierra, et al., 2003). Por otro lado, conflicto en cualquiera de estos aspectos puede representar riesgo para la salud del adolescente, especialmente al considerar que un evento arriesgado, aunque sea aislado, puede comprometer la salud del joven. Asimismo el éxito en la conducta arriesgada puede constituirse en un predictor de la intención de repetición del comportamiento (Caffray & Schneider, 2000).

En los adolescentes se puede observar una tendencia a minimizar los posibles efectos negativos derivados de la práctica de actividades que representen riesgo para la salud. La percepción en esta fase es generalmente optimista, con la reducción del potencial de riesgo que ocasiona determinada conducta. Además, los adolescentes no demuestran sentirse más vulnerables que una persona adulta a los daños derivados de actividades que encierran riesgo (Cohn, Macfarlane, Yanez, & Imai, 1995; Weinstein, 1987).

Las investigaciones sobre la percepción de riesgo en los adolescentes se centran en las actividades que realizan ellos con mayor frecuencia y en la percepción de riesgo asociada a cada una de ellas. Benthin, et al. (1993) en un estudio sobre la percepción de riesgo en una muestra de 41 estudiantes de una escuela superior de los EEUU relacionaron 30 actividades clasificadas como de alto riesgo para la salud. Los resultados indicaron que los riesgos asociados a la actividad sexual eran los más conocidos y los más controlables por los sujetos de la muestra, siendo que los dos principales tipos de riesgo percibidos en ese ámbito fueron el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. La percepción de riesgo de contraer una enfermedad sexualmente transmisible era menos conocida, de cierta forma más temida y, por lo tanto, menos percibida como controlable en comparación con el riesgo de embarazo.

En este sentido, algunas conductas no son percibidas como arriesgadas o como vinculadas directamente al comportamiento de mantener relaciones sexuales sin condón. Es el caso del consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas. En ocasiones sociales es común que el joven consuma alguna sustancia para desinhibirse. Del efecto inicial de desinhibición hasta la incapacidad de juicio racional o la pérdida de control, el camino es bastante corto (Bonomo, et al., 2001).

Además de la percepción de riesgo, las estrategias de afrontamiento (*coping*) son importantes en el mantenimiento de

relaciones sexuales sin condón. Muchas veces la dificultad, especialmente entre las chicas, reside en manifestar una posición de manera asertiva (Piko, 2001; Taquette, Villena, & Campos de Paula, 2004). Otras veces, en función de estrategias enfocadas en la emoción, los jóvenes buscan reducir el estrés emocional asociado a la situación (Carver & Scheier, 1989; Martín Díaz, Jiménez Sánchez, & Fernández-Abascal, 2000). Otro tipo de estrategia de afrontamiento relacionada al comportamiento es la evitación, especialmente la cognitiva, que impide que uno se acerque al problema y reflexione sobre él (Pinheiro, Troccoli, & Tamayo, 2003). También una de las estrategias de *coping* presente en esta etapa del desarrollo, es justamente la búsqueda de pertenencia o de afiliación a determinados grupos. Esa puede revelarse más o menos saludable dependiendo de los grupos en los cuales el joven participa pero, sin lugar a dudas, es un proceso de los más marcantes en la adolescencia (Castillo & Balaguer, 2002). Los compañeros adolescentes como también los familiares, pueden influenciar al joven, especialmente los varones, para que mantengan una vida sexual activa y ni siquiera con cuidados mayores con el propio cuerpo. Factores psicosociales están relacionados a ese tipo de estrategia y pueden, incluso, ser considerados como aceptables en determinados contextos.

Todas estas situaciones presentes en la vida de los jóvenes, así como el propio comportamiento de mantener relaciones sexuales sin condón, acaban por presentar repercusiones en el bienestar psicológico o en la salud del mismo, en un sentido más amplio. De acuerdo con Stone (1988) la salud puede ser comprendida como la interacción social que afecta directamente la consecución de los valores de salud o la capacidad de la persona para obtener satisfacción en sus interacciones con el entorno. En este sistema se consideran los riesgos ambientales, sociales o mentales y las acciones o entidades que proporcionan riesgo o apoyo al individuo (Jessor, 1993).

Existen, por lo tanto, los riesgos para la salud física, que pueden originarse como consecuencia del comportamiento sexual sin protección, y los riesgos para el bienestar psicológico. Este último estaría marcado por las consecuencias negativas del comportamiento, desde los factores que motivan la realización hasta el posible arrepentimiento posterior (Piko, 2001).

De esta forma, se hace importante estudiar, además de la prevalencia de las enfermedades de orden sexual entre adolescentes, también los factores relacionados a los contextos de vida de los jóvenes envueltos en la realización de ese tipo de conducta de riesgo. Nuestro objetivo en ese estudio fue el de identificar los predictores de perfil de vulnerabilidad entre los adolescentes, estudiantes de Porto Alegre, Brasil, relacionados a aspectos socio-demográficos, relaciones de pareja, experiencia con alcohol, bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento, de estos comportamientos. A partir de ahí, tendremos subsidios para la planificación de futuras intervenciones en la promoción de la salud. Para responder a los objetivos del estudio fue realizada una investigación de delineamiento analítico predictivo - correlacional, de corte transversal.

Material y Métodos

Los datos aquí presentados son parte de una investigación llevada a cabo en 2004 con un muestreo de jóvenes estudiantes del último año de enseñanza secundaria. El diseño muestral fue probabilístico, polietápico y estratificado. Inicialmente la ciudad de Porto Alegre fue dividida en siete regiones por criterios socio-económicos y de densidad poblacional. En cada una de esas siete regiones fueron sorteadas dos escuelas que ofrecían enseñanza secundaria (una pública y otra privada). En cada escuela fue sorteado un grupo de alumnos del último año. Este nivel educacional fue elegido por ser jóvenes mayores, lo que aumenta la probabilidad de involucramiento en comportamientos sexuales de riesgo.

De los 427 estudiantes convidados para la investigación, 38 no estaban presentes en clase o no aceptaron participar del estudio. Así la muestra se compuso de 389 jóvenes con edades entre 15 y 25 años ($M=17,3$, $DP=1,15$), de ambos sexos (41,4% varones y 58,6% mujeres) que estudiaban durante el día, en los períodos de la mañana o la tarde en escuelas públicas (60,7%) y privadas (39,3%).

Las variables independientes estudiadas corresponden a cinco aspectos: 1) datos socio-demográficos (sexo, edad); 2) relaciones de pareja, experiencia y conducta sexual (número de parejas sexuales en el último año); 3) experiencia con alcohol; 4) salud/bienestar psicológico; y, 5) estrategias de afrontamiento de problemas – *coping* (a -apoyo social, b-resolución de problemas, c-obtención de éxito, d-preocupación, f-búsqueda de relaciones personales íntimas, g-búsqueda de pertenencia, esperanza y anticipación de salidas positivas, h-falta de *coping* , i-reducción de la tensión, j-acción social, k-ignorar el problema, l-auto-culpar-se, m-reserva, n-búsqueda de apoyo espiritual, o-fijarse en lo positivo, p-búsqueda de ayuda profesional, q-búsqueda de diversiones relajantes e r-distracción física).

La variable dependiente conducta sexual de riesgo está formada por la conjunción (cruzamiento) de las variables *Frecuencia del uso de métodos anticonceptivos* y *Método anticonceptivo utilizado*, de la siguiente forma: 0 (sin riesgo) los sujetos que no presentaban indicadores de riesgo en ninguna de las dos variables y como 1 (con riesgo) aquellos que presentaban riesgo en una de ellas o en ambas. Estas dos variables son las más relevantes en los estudios con respecto a la posibilidad de adquisición de ETS/SIDA (Peterson & Di Clemente, 2000), que es nuestro foco de interés. La variable *Frecuencia de uso de métodos*

anticonceptivos fue categorizada en variable dicotómica a partir del corte en 0 (sin riesgo) = Sujetos que utilizaban siempre condón y 1 (con riesgo) = Sujetos que utilizaban condón la mayor parte de las veces, algunas veces o nunca (pero no siempre). Esa división parte del presupuesto de que una única situación de riesgo es suficiente para la contaminación por ETS/SIDA. La variable *Método anticonceptivo utilizado* fue dividida en dos categorías, en las cuales se ha considerado 0 (sin riesgo) aquellos sujetos que utilizaban condón y los que utilizaban condón y píldora anticoncepcional combinados y 1 (con riesgo) los sujetos que utilizaban los demás métodos anticonceptivos listados (píldora contraceptiva, DIU/Diafragma y métodos naturales) o ninguno.

Para evaluar las variables socio-demográficas, relaciones de pareja, experiencia y conducta sexual, experiencia con alcohol, fue formulado un cuestionario con ítems creados a partir de la literatura sobre el tema (Martín, Martínez, López, & Martín, 1998).

Para medir la variable Salud / Bienestar psicológico fue utilizado el *General Health Questionnaire - GHQ-12* (Goldberg, 1972) que evalúa los niveles de bienestar psicológico del sujeto en los últimos seis meses. La escala está compuesta por 12 ítems que son medidos con escala Likert de cuatro puntos. La confiabilidad en dos mitades, obtenida por el propio autor de la escala, fue de 0,83 para el GHQ-12.

La variable Estrategias de afrontamiento (*coping*) fue medida a través de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes – ASC (Frydenberg & Lewis, 1997). La escala se compone de 80 ítems que se presentan en escala Likert de cinco puntos. La distribución factorial original de la escala contiene 18 factores que reflejan las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes: Apoyo social, Resolución de problemas, Obtención de éxito, Preocupación, Búsqueda de relaciones personales íntimas, Búsqueda de pertenencia, Esperanza y anticipación de salidas positivas, Estrategia de falta de *coping* , Reducción de la tensión, Acción social, Ignorar el problema, Auto-culpar-se, Reserva, Búsqueda de apoyo espiritual, Fijarse en lo positivo, Búsqueda de ayuda profesional, Búsqueda de diversiones relajantes e Distracción física.

Para la aplicación de los instrumentos fueron realizados, inicialmente, contactos con las escuelas de Porto Alegre que ofrecían enseñanza secundaria, públicas y privadas, a fin de pedir y obtener autorización para la realización de la investigación entre los alumnos. La aplicación del instrumento ocurrió durante el periodo de clases con un tiempo promedio de 30 minutos y fue antecedida por la presentación de la carta de consentimiento, que fue firmado por los jóvenes que aceptaron participar de la investigación.

Tabla 1
Distribución de Frecuencias de la Variable Conducta Sexual de Riesgo

	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de la conducta sexual de riesgo (1)	239	61,4
Ausencia de la conducta sexual de riesgo (0)	150	38,6
Total	389	100,0

Para el análisis de los resultados fue utilizada una regresión logística binaria identificando entre las variables independientes, aquellas que presentaban mayor capacidad predictiva con relación al comportamiento sexual de riesgo. La opción por el análisis de regresión logística, que también ocasionó la recodificación de la variable dependiente, se dio en función de la distribución no normal de la conducta sexual de riesgo en nuestra muestra.

Considerando los criterios éticos de la investigación con seres humanos, este estudio fue evaluado por una comisión de ética (acreditada por el Ministerio de la Salud de Brasil) y aprobado en conformidad con la Declaración de Helsinki, sobre la experimentación con humanos.

Resultados

Con relación al comportamiento sexual de los jóvenes de nuestro estudio encontramos que 42,3% no tenían ninguna relación de pareja, 31,8% tenían pareja estable pero no vivían juntos, 20,8% mantenían alguna relación pasajera y 3,6% tenían pareja estable con la cual vivían. Cuanto a las relaciones sexuales, 32,1% nunca tuvieron relaciones sexuales y 15,9% no tenían vida sexual activa, 33,1% apenas las tenían con sus parejas, 3,8% las tenían con sus parejas y otras personas y 13,6% no tenían pareja estable pero mantenían relaciones sexuales (6 jóvenes, representando 1,5%, no respondieron a esas dos cuestiones).

Entre los jóvenes que tenían vida sexual activa, aunque no necesariamente en el último año, la frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos fue de 9,7% nunca, 8,9 % algunas veces, 9,3% en la mayor parte das veces y 72,8% siempre. De los métodos utilizados encontramos el condón (78,3%) y la píldora (19,1%), sendo que en algunos casos, los dos métodos eran utilizados conjuntamente. Un 2,6% de los jóvenes respondió que no utilizaba ningún método.

Considerando que los jóvenes que no tenían vida sexual activa o que utilizaban condón siempre no presentaban conducta de riesgo, presentamos, en la Tabla 1, la distribución de frecuencias de la variable dependiente conducta sexual de riesgo.

Podemos ver, respecto a la conducta sexual de riesgo, una importante incidencia entre los jóvenes estudiados (61,4% de los sujetos la presentan), lo que demuestra su ocurrencia inclusive entre los jóvenes que están en la escuela y poseen buenos niveles de información ,acerca de los riesgos de contaminación por ETS/SIDA.

A fin de comprender el perfil de mayor tendencia a la no utilización de condón en todas las relaciones, hemos realizado un análisis de regresión logística (método *forward conditional*). El modelo final para la variable dependiente conducta sexual de riesgo alcanza una capacidad predictiva de 80,7% de casos correctamente clasificados. Ese porcentaje se puede considerar bastante elevado, lo que nos permite manejar consideraciones más consistentes acerca de dos predictores de la conducta evaluada.

En la Tabla 2 encontramos las variables incluidas en la ecuación con las respectivas estimativas de los coeficientes del modelo (B) y significación. De las variables independientes utilizadas en el análisis, cinco se presentaron significativas para el modelo final: Sexo; Número de parejas sexuales en el último año; Consumo de alcohol; Puntuación total en el Cuestionario General de Salud (GHQ); y la estrategia de *coping* de busca de pertenencia (dimensión de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes).

Los valores de la Tabla 2 indican que todas las variables independientes que se incorporaron al modelo final presentan nivel de significación inferior a 0,05 y ningún de los intervalos de confianza incluyeron el valor 1, teniendo efecto significativo. Las variables Número de parejas sexuales en el último año y experiencia con alcohol tienen valores *Exp(B)* significativamente mayores que 1. Así, los sujetos con mayor número de parejas sexuales en el último año y que presentan mayor frecuencia en el consumo de alcohol tienden a presentar comportamiento sexual de riesgo. Los límites de los intervalos de confianza de ambas las variables no se solapan y la variable Número de parejas sexuales en el último año presenta efecto significativamente mayor, puesto que sus límites son más altos que los de la variable Consumo de alcohol. En verdad, los sujetos con mayor número de parejas sexuales en el último año presentaron 6 veces más oportunidad de no utilizar condón siempre.

Las variables con valores *Exp(B)* significativamente menores que 1 son Sexo, Salud/Bienestar psicológico y la estrategia de afrontamiento de buscar pertenencia. Es decir, los sujetos varones, que presentan bajos niveles de salud/bienestar psicológico y que utilizan menos la estrategia de afrontamiento de buscar pertenencia (Causar buena impresión a la gente importante para el sujeto; Preocuparse por las relaciones con los demás; Buscar adaptarse a los amigos; Mejorar la relación personal con los demás y Hacer lo que quieren los amigos) tienden a presentar comportamiento sexual de riesgo. De esas

Tabla 2
Variables Incluidas en la Ecuación (Estimativas y Significación de los Coeficientes)

Variable	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	IC 95%	
							Menor	Mayor
Sexo	-1,042	,292	12,717	1	,000	0,353	0,199	0,625
Número de parejas sexuales en el ultimo año	1,918	,254	56,900	1	,000	6,806	4,135	11,203
Consumo de alcohol	0,537	,224	5,754	1	,016	1,711	1,103	2,653
Salud/bienestar psicológico	-0,071	,022	10,295	1	,001	0,931	0,891	0,973
ACS – Buscar pertenencia	-0,119	,048	6,226	1	,013	0,888	0,808	0,975

tres variables independientes la variable Sexo es la que presenta un efecto significativamente mayor, no existiendo diferencia significativa entre los efectos de las variables Salud/bienestar psicológico y ACS – Buscar pertenencia, ya que sus intervalos de confianza se sobreponen.

Discusión

Verificamos en los predictores de la conducta sexual de riesgo la configuración de un determinado patrón de co-variancia de distintos comportamientos de riesgo. En las conductas sexuales de riesgo el comportamiento no transgrede normas sociales, sino que se vuelve para el propio individuo causándole daños a su salud.

Efectivamente, las conductas sexuales no se encuentran bajo una configuración grupal y se presentan como una conducta individual. Conforme Jessor (1993), ese tipo de conducta puede ser impulsada por la percepción que tiene el joven sobre lo que hace su grupo de pares o lo que cree ser la conducta esperada. Podemos identificar algunos factores eminentemente sociales que están interviniendo cuando la conducta sexual se convierte en un riesgo.

Primeramente, son los jóvenes varones que presentan mayor conducta sexual de riesgo, a lo que se asocia la variabilidad de parejas sexuales en el último año. Ese es un hecho conocido, que aumenta la probabilidad de contaminación por el menor uso de preservativos (Espada-Sánchez, et al., 2003). Existe una fuerte presión social, que tiene sus orígenes en la infancia, con respecto a lo que es la conducta esperada para un chico. En la adolescencia las expectativas de papel masculino se vuelven para la virilidad y por lo tanto un número elevado de parejas sexuales tiene una representación totalmente distinta para chicos y chicas (Bussey & Bandura, 1999). Mientras para las chicas esa es una conducta condenable, para los chicos es estimulada y reforzada (Taquette, et al., 2004).

También para los chicos las representaciones y actitudes en cuanto al riesgo y a la prevención de ETS/SIDA son distintas. En un estudio realizado con adolescentes pobres de Rio de Janeiro, Brasil, se identificó que las relaciones afectivas o sexuales están muy influenciadas por la cultura machista, siendo que las identidades de género están ligadas a estereotipos que se originan de los aspectos biológicos. De esa forma, la sexualidad masculina es interpretada como incontrolable y debe empezar temprano, con grande variedad de parejas (Mota, 1998).

La presión social ejercida por la percepción que tienen los padres y los amigos crea la necesidad de cumplir el papel esperado, lo que no deja de causar ansiedad en los chicos jóvenes (Byrnes, Millar, & Schafer, 1999). De ahí que los bajos niveles de bienestar psicológico estén contribuyendo para las conductas sexuales de riesgo (Dubois, Felner, Sherman, & Bull, 1994). Además, si no existe un buen nivel de bienestar psicológico también disminuyen las preocupaciones por las posibles repercusiones del comportamiento arriesgado en términos de salud personal (Stone, 1988). Eso crea un círculo vicioso que no parece contribuir para la mejora en el campo de la salud, además

de incorporar otro elemento extremadamente peligroso que es el consumo de alcohol. De la misma forma que las demás conductas relacionadas, el consumo de alcohol es aprobado para los chicos (Dubois, et al., 1994). El problema es que la asociación entre el consumo de alcohol y la conducta sexual de riesgo crea otra situación todavía más extrema que la presión social. Los efectos del alcohol afectan las capacidades cognitivas de evaluación coste-beneficio de la conducta sexual sin protección (Bonomo et al., 2001; Caffray & Schneider, 2000).

Sometidos a esta necesidad de cumplir papeles predeterminados, los jóvenes asumen el comportamiento sexual de riesgo sin que por ello les traiga los resultados de satisfacción esperados. Aunque estemos tratando de aspectos emocionales e incluso biológicos, es probable que las conductas sexuales arriesgadas entre los jóvenes tengan una fuerte dimensión social de desempeño de roles. Tanto es así que el acceso a las informaciones sobre ETS/SIDA no parece estar presente en el momento de ejecutar la conducta (Castillo & Balaguer, 2002). Es de cierta forma incongruente que justamente los jóvenes que tienen más parejas sexuales sean los que tienen menos cuidado por su salud. Sería esperado que fuera al revés, entretanto las presiones de rol y el consumo de alcohol pueden estar afectando no solamente aspectos cognitivos como también emocionales. De esta manera, el comportamiento es ejecutado para reducir las tensiones emocionales que se originan por la presión social, más que como una forma de placer (Martín Díaz, et al., 2000). En este sentido podemos comprender por qué la estrategia de búsqueda de pertenencia es menos utilizada por los sujetos que asumen conductas sexuales de riesgo. La actuación es emocional y no ocurre como una estrategia deliberada para obtener la aceptación del grupo de referencia (Piko, 2001). Al contrario, las definiciones de roles ocurren *a priori* y se van consolidando durante todo el desarrollo de los chicos.

En la adolescencia, aunque pueda existir cierto conflicto con relación a estos roles, lo que se manifiesta a través de los bajos niveles de bienestar psicológico, el joven reacciona en conformidad con un repertorio que es comprendido como el único posible. Contrasta las informaciones concretas acerca de los problemas de salud relacionados al comportamiento sexual e incorpora un patrón que, posiblemente, está acompañado de cierta ilusión de invulnerabilidad (Benthin, et al., 1993; Weinstein, 1987).

Estos resultados nos hacen pensar sobre el papel de los trabajadores de la salud en la prevención de la contaminación por ETS/SIDA entre jóvenes. La incidencia de infección en esa población crece en proporción epidémica a pesar de todos los esfuerzos de gobiernos y agencias de salud en campañas de prevención. Súbitamente tenemos que parar de pensar en los números crecientes y volvernos para un cuadro que indica claramente el papel de los patrones sociales en la socialización de los jóvenes.

La promoción vá más allá de las informaciones. Tratase de educación para la salud y estímulo a hábitos de vida saludables,

lo que no se limita al tema de los comportamientos sexuales (Costa & López, 2000). Hay necesidad de utilizar las vías afectivas además de cuestionar las pautas sociales con las cuales hemos estado conviviendo durante toda la vida. De esta forma, la posibilidad de reversión del actual cuadro relacionado a conductas sexuales de riesgo debe partir de un esfuerzo comunitario y de una preocupación real y efectiva en términos de los problemas que verificamos cotidianamente (Beeker, Guenther-Gray, & Raj, 1998). Conocer los factores predictores para la conducta sexual de riesgo entre jóvenes nos abre innumerables posibilidades de actuación.

Los resultados indican la necesidad de programas de intervención, especialmente si consideramos que el consumo de alcohol y la variación la cantidad de parejas sexuales son aspectos (incluso) apreciados en nuestro contexto, cuando se trata de los jóvenes varones. Hay necesidad de una acción más amplia, especialmente junto a las familias y centros educacionales, ya que muchas veces reproducen los valores sociales vigentes, que pueden causar daños por la posibilidad de contaminación por ETS/SIDA (especialmente cuando el control se disminuye por el consumo de alcohol), originando cierto nivel de sufrimiento psicológico en los jóvenes.

Referencias

- Beeker, C., Guenther-Grey, C., & Raj, A. (1998). Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS. *Social Science and Medicine*, 46(7), 831-842.
- Benthin, A., Slovic, P. E., & Severson, H. (1993). A psychometric study of adolescent risk perception. *Journal of Adolescence*, 16, 153-168.
- Bonomo, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, G., & Patton, G. (2001). Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction*, 96, 1485-1496.
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106, 676-713.
- Byrnes, J. P., Miller, D. C., & Schafer, W. D. (1999). Gender differences in risk taking: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(3), 367-383.
- Caballero-Hoyos, H., & Villaseñor-Sierra, A. (2000). El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 35(6), 531-538.
- Caffray, C. M., & Schneider, S. L. (2000). Why do they do it? Affective motivators in adolescents' decisions to participate in risk behaviours. *Cognition and Emotion*, 14(4), 543-576.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Castillo, I., & Balaguer, I. (2002). Relaciones entre las conductas del estilo de vida en la adolescencia temprana. In I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescencia* (pp. 159-182). Valencia, España: Promolibro.
- Cohn, L., Macfarlane, S., Yanez, C. E., & Imai, W. K. (1995). Risk-perception: Differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, 14(3), 217-222.
- Costa, M., & López, E. (2000). *Educación para la salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Dubois, D. L., Felner, R. D., Sherman, M. D., & Bull, C. A. (1994). Socioenvironmental experiences, self-esteem and emotional/behavioral problems in early adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 22(3), 371-397.
- Espada-Sánchez, J. P., Quiles-Sebastián, M. J., & Méndez-Carrillo, J. M. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del Sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-15.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1997). *Escalas de afrontamiento para adolescentes: Manual*. Madrid, España: Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L. A., & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de Mexico*, 45(Suppl. 5), 632-640.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assesment of non-psychotic psychiatric illness*. London, UK: Oxford University Press.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48(2), 117-126.
- Martín Díaz, M. D., Jiménez Sánchez, M. P., & Fernández-Abascal, E. G. (2000, junio). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4). Retrieved Decembre 19, 2005, from <http://reme.uji.es>.
- Martín, A., Martínez, J. N., López, J. S., & Martín, M. J. (1998). *Comportamientos de riesgo: violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales en la juventud*. Madrid, España: Entinema.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2004). *Boletim Epidemiológico - Aids e DST 2004*. Brasília, DF: Autor.
- Moskovics, J. M. (2004). Orientación, asesoramiento y diagnóstico anónimo del VIH como estrategia preventiva. In J. C. Sarriera (Ed.), *Psicología comunitaria aplicada a las comunidades* (pp. 101-122). Buenos Aires, Argentina: Proa XXI.
- Mota, M. P. (1998). Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 145-155.
- Peterson, J. L., & DiClemente, R. J. (2000). *Handbook of HIV prevention*. New York, USA: Plenum.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51, 223-235.
- Pinheiro, F. A., Troccoli, B. T., & Tamayo, M. R. (2003). Coping measurement in occupational setting. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 153-158.
- Stone, G. C. (1988). Psicología de la Salud: una definición amplia. *Revista latinoamericana de Psicología*, 20(1), 15-26.
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M., & Campos de Paula, M. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 282-290.
- Villaseñor-Sierra, A., Caballero-Hoyos, R., Hidalgo-San Martín, A., & Santos-Preciado, J. I. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de Mexico*, 45(Suppl. 1), 73-80.
- Weinstein, M. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(5), 481-500.

Received 19/12/2006

Accepted 29/09/2006

Sheila Gonçalves Câmara. Universidade Luterana do Brasil/Canoas-RS. Áreas de interesse: Salud comunitária, salud colectiva, promoción en salud, comportamientos de riesgo.

Jorge Castellá Sarriera. Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Brasil. Áreas de interesse: Psicología social comunitaria, salud colectiva, orientación ocupacional, intervención psicosocial.

Mary Sandra Carlotto. Universidade Luterana do Brasil/Canoas-RS, Brasil. Áreas de interesse: Salud colectiva, psicología social del trabajo, Síndrome de Burnout, Tecnoestrés.