

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	I-VIII
-------------------	--------

CAPÍTULO I CONDUCTAS SEXUALES

1.1	<i>Conductas sexuales en México.....</i>	1
1.2	<i>Conductas sexuales de la población juvenil y sus consecuencias.....</i>	3
1.3	<i>Conducta sexual del joven universitario.....</i>	12
1.4	<i>Enfermedades de transmisión sexual: Definición y Etiología.....</i>	15
1.5	<i>Estrategias de la moralidad católica.....</i>	18
1.6	<i>Grupos Vulnerables.....</i>	25
1.7	<i>Invulnerabilidad al riesgo.....</i>	28
1.8	<i>Confianza en la pareja.....</i>	30
1.8.1	<i>Desconfianza en la pareja.....</i>	31

CAPÍTULO II EL CONDÓN

2.1	<i>Antecedentes del condón.....</i>	33
2.2	<i>Uso del condón como medida de prevención de las ETS y el VIH/sida.....</i>	34
2.3	<i>Actitud hacia el condón.....</i>	40

CAPÍTULO III AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

3.1	<i>Autoconcepto.....</i>	49
3.2	<i>Autoestima.....</i>	52

3.3	<i>Autoestima y conducta preventiva.....</i>	56
3.4	<i>Auto percepción del riesgo.....</i>	58

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA.....	65
------------------	----

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	69
---	----

BIBLIOGRAFÍA

ANEXO

INTRODUCCIÓN

Las aproximaciones al estudio de la sexualidad humana, sobre todo a la de la sexualidad juvenil y adolescente, se han abierto poco a poco a la investigación y discusión formal y científica.

La necesidad de conocer más este sector de la población es urgente. En países que cuentan con una gran población de jóvenes como México (20 millones), el problema se torna alarmante.

Debido a esta necesidad surge el presente estudio, enfocado a un aspecto de la vida sexual de los jóvenes, específicamente los de edad universitaria, ya que cierta conducta sexual de hoy en día puede repercutir en la vida social, emocional y biológica del joven, en el presente pero también a futuro. Me refiero a la conducta de coito no protegido, entendiéndola como toda aquella relación sexual entre dos individuos, durante la cual los sujetos no utilizan preservativo.

A partir de la expansión de la epidemia del SIDA, los mensajes y estrategias para promover el "sexo protegido" han ido en aumento, sin tener necesariamente el impacto deseado. Pretender que los individuos cambien sus conductas en aras del bienestar público o incluso del propio, es uno de los retos más difíciles para las estrategias de prevención. En México, muchas personas que deberían utilizar el condón no lo hacen -posiblemente nunca lo hagan-, y esta práctica de riesgo continúa teniendo efectos dramáticos.

Se sabe que una de las alternativas más difundidas para prevenir el contagio de las ETS y el VIH/sida es el uso constante y correcto del condón; sin embargo, la población en general y los jóvenes en especial, no lo utilizan como sería de esperar.

Podría pensarse que esta falta de protección se debe al desconocimiento de los preservativos y a la forma de utilizarlos. En algún porcentaje de casos así es. Cuando los jóvenes desconocen los preservativos se les enseña a usarlos y protegerse. Sin embargo, existen jóvenes tanto hombres como mujeres que conocen sobre el tema, portan el condón en el momento mismo de la relación sexual y no lo usan.

A partir de diversas investigaciones, se sabe que el conocimiento no necesariamente induce la conducta. De ello surgen las preguntas: ¿Qué pasa con los jóvenes que conocen el preservativo, su función y no lo usan? ¿Qué factores psicosociales influyen para que no se protejan?

En este sentido queda preguntar ¿Qué acciones son necesarias para detener o controlar las ETS?, en especial el VIH/sida, que a la fecha es una enfermedad incurable y mortal.

Diferentes sectores de la población, organismos civiles y gubernamentales han hecho intentos al respecto; pero el ritmo en que avanza la infección está rebasando estas acciones. Entonces ¿Qué pasa con las campañas publicitarias que no tienen el efecto esperado? ¿Qué pasa con la información, que cuando sí se puede hacer llegar a los jóvenes no garantiza que tomen medidas preventivas? ¿Qué aspectos relacionados con la etapa de la vida de los jóvenes están influyendo para que permanezca de esta manera el problema?

White y Johnson (1988, citado en López, 2000:4), en lo referente a acciones de riesgo y planeación del futuro, señalan que el tener gran número de relaciones con diversas parejas y sin usar el condón, refleja un perfil de personalidad inclinado a desinhibiciones e impulsividad, cayendo en riesgo al no considerar las consecuencias futuras del comportamiento. Entonces, damos por hecho que la desinhibición y la impulsividad en el aspecto sexual se observa con mayor frecuencia en la juventud.

Esto se demuestra en una investigación realizada en una universidad por Ramos, Díaz y colaboradores (1992, citado en López, 2000:5), en la cual se observó que 72 por ciento de los estudiantes no se consideran en riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, 24 por ciento sienten un riesgo regular y solamente 4 por ciento conciben mucho riesgo. Los estudiantes que se percibieron con mucho riesgo de contraer alguna Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), se mostraron significativamente más preocupados por cambiar alguna conducta y registraron más cambios que los otros grupos.

Estas cifras reflejan el alto porcentaje de jóvenes que se conciben como invulnerables a los riesgos de contraer alguna ETS, es decir, creen que a ellos no les va a pasar nada; sin embargo, hoy en día las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el sida, esta afectando no sólo a la población considerada como de riesgo (homosexuales, sexo servidoras, niños de la calle, drogadictos, etc.), sino también a la población heterosexual y esto por las conductas de riesgo asumidas.

Los factores que llevan a los jóvenes a iniciar su vida sexual y, lo más importante, los factores que influyen en su decisión de protegerse cuando optan por hacer uso de esa capacidad sexual, son temas de gran importancia porque involucran muchos aspectos, por ejemplo: la salud, la educación, la familia, características de personalidad, etc.

A partir de los aspectos anteriores y tomando en cuenta su importancia y repercusiones sociales, se pretende como objetivo de este estudio, identificar si los factores psicosociales "*sentimiento de invulnerabilidad al riesgo*" y "*la confianza en la pareja*" impiden el uso del condón en una relación de pareja sexualmente activa de estudiantes universitarios, específicamente de la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa.

Los factores psicosociales: *sentimientos de invulnerabilidad al riesgo y confianza en la pareja*, que se consideraron como los más importantes para el desarrollo de este estudio, están avalados por investigaciones tanto teóricas como empíricas, válidas y confiables realizadas con anterioridad, entre ellas se encuentran los estudios desarrollados por Díaz-Loving y Colaboradores (2001), así como por la Secretaría de Salud (1997).

Porque el uso del condón es vital y necesario para la prevención de algunas enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA, además de los embarazos no deseados, es importante contar con estudios que indaguen y puedan sustentar las causas por las cuales no se utiliza el condón, sobre todo en la población juvenil. Intentar conocer la relación entre estos factores psicosociales que impiden el uso del preservativo en los jóvenes, sería de gran ayuda para comprender por qué las infecciones continúan.

Entiendo como factores psicosociales los motivos psicológicos que tienen los jóvenes sobre el uso del condón, producidos en la interacción.

El factor psicosocial *sentimiento de invulnerabilidad al riesgo*, se refiere al sentimiento que el individuo tiene de no ser afectado por un evento particular, que en este caso es el sentirse inmune ante los riesgos de contraer alguna ETS, aún teniendo conductas sexuales riesgosas; en otras palabras, no se siente amenazado por las ETS, por lo cual no utiliza condón en sus relaciones sexuales.

Detrás de estas conductas sexuales de riesgo, existe un sentimiento de omnipotencia en el cual se esconde una manera de sentirse todopoderoso; existe también, una excesiva seguridad en sí mismo, siendo esta seguridad mal enfocada, pues un individuo seguro de sí mismo tiene una alta autoestima, por lo que cuida su cuerpo, se cuida a sí mismo al no mantener conductas sexuales con riesgo, y por el contrario, los individuos con excesiva seguridad, ven amenazada su virilidad al utilizar condón, porque al tener relaciones sexuales sin condón

demuestran ser valientes, no tener miedo a lo que les pueda pasar, se niegan a aceptar que pueden contraer alguna ETS.

Por lo tanto, el sentimiento de invulnerabilidad al riesgo lleva a tener frecuentes parejas sexuales, a ser inestables y también a prácticas sexuales con sexo servidoras (es) sin protección; entonces, tal parece que no hubiera en el individuo una conciencia real de que algo le pueda pasar.

Por su parte, el factor psicosocial *confianza en la pareja*, se refiere a la seguridad que el individuo tiene respecto a su pareja, porque ésta no muestra conductas dudosas que las haga candidatas de contraer alguna ETS. Hombres y mujeres manejan el no estar en situaciones de riesgo bajo el argumento de la fidelidad, por lo cual no usan preservativos, porque el sexo significa con frecuencia amor y compromiso, no riesgo.

Así como el amor y la sexualidad están asociados a la confianza, existe indisposición a integrar un elemento que causa desconfianza, como es el condón, en una relación íntima.

Por lo tanto, una relación estable y basada en la confianza puede hacer pensar que el problema de las ETS, principalmente el sida, no les preocupa de forma inmediata. Esto conlleva a elegir otros métodos anticonceptivos, porque creen que no necesitan protegerse contra las temidas ETS, pues existe la creencia de que la pareja le es fiel y por esta razón se sienten seguros con ella.

Para desarrollar este objetivo, se considera importante analizar las conductas sexuales de: los jóvenes en México, la población juvenil universitaria en particular y sus consecuencias.

El ejercicio de la sexualidad en los jóvenes es un derecho, sin embargo, hay quienes la restringen con el discurso de ser sólo cuestiones de adultos, por ello se

analizan las estrategias de la moral católica, que ésta busca imponer hacia las relaciones sexuales y el uso del condón en los individuos. Se continúa hablando sobre algunos estudios relacionados con las principales conductas sexuales en los grupos considerados como de riesgo, es decir, los grupos más vulnerables.

Para finalizar, estudiamos los factores psicosociales considerados en este estudio: la invulnerabilidad al riesgo y la confianza en la pareja. Todo lo anterior queda contemplado en el capítulo I. Es importante tocar estos temas en este primer capítulo, ya que éstos son puntos esenciales para observar cómo se van dando las conductas sexuales y sus consecuencias.

En el segundo capítulo se dan a conocer los antecedentes del condón, así como su eficacia en la prevención de las ETS; se continúa hablando de algunas actitudes¹ de los jóvenes hacia el uso del condón, las cuales están avaladas por investigaciones confiables hechas anteriormente.

El uso del condón como medida de prevención de las ETS y el Sida es hasta el momento la forma más eficaz de controlar dichas enfermedades, por lo que se considera importante incluir un tema al respecto. Estos temas dan pie a incluir una gran variedad de investigaciones realizadas y validadas anteriormente.

El medio ambiente en que nos criamos y movemos es crítico para el desarrollo de la autoestima. Existe una serie de situaciones que pueden debilitar e incluso deteriorar la autoestima juvenil.

La autoestima podría influir en las conductas de riesgo, porque una persona con baja autoestima presenta una personalidad débil, no se acepta, presenta sentimientos de inferioridad, no se respeta, entre otras cosas; por ello se ha considerado, para la presente investigación, analizar la autoestima juvenil, ya que

¹ En el sentido de que una actitud es considerada como un estado de ánimo el cual nos lleva a tomar ciertas conductas.

es importante porque determina las decisiones que toman los jóvenes respecto a su sexualidad.

La conciencia muchas veces está guiada por los deseos y temores que suplantán la visión real de los hechos y de la verdad. Como manifestaciones principales se pueden señalar: el fingimiento y autoengaño, es decir, interpretar un papel que impide tomar en serio la realidad. Dado esto, el capítulo tres quedó conformado por un acercamiento a la definición de autoconcepto y autoestima, pues se consideraron como rasgos importantes para que los jóvenes actúen de cierta manera ante cuestiones referentes a su sexualidad y su propio cuerpo.

Autoestima y conducta preventiva van ligados: una sobreestimación propicia mayor conducta preventiva y una subestimación propicia menor conducta preventiva; este tema de gran importancia se incluyó en el capítulo. De la misma manera, se trata de definir la auto percepción al riesgo que tienen los jóvenes sobre sí mismos, en cuanto a ser o no afectados por un evento particular.

El objetivo del estudio es el siguiente: Identificar si los factores psicosociales “sentimiento de invulnerabilidad al riesgo” y “la confianza en la pareja” impiden el uso del condón en los jóvenes universitarios. El tipo de estudio está basado en una muestra aleatoria de 100 estudiantes universitarios de la UAMI, de una población de 9,649 alumnos de ambos turnos, de diferentes edades y profesiones.

El instrumento consta de un cuestionario binario que fue desarrollado y validado socialmente por cinco jueces conocedores del tema, para identificar si los factores psicosociales ya mencionados, son efectivamente los que impiden el uso del condón en los jóvenes universitarios.

Los factores psicosociales “sentimiento de invulnerabilidad al riesgo” y “la confianza en la pareja” son tomados como variables descriptivas. La

invulnerabilidad al riesgo se refiere al sentimiento de un individuo sobre sí mismo, en cuanto a no ser afectado por un evento particular; confianza en la pareja estará definida por las respuestas del individuo al cuestionario aplicado, relacionadas con los sentimientos de seguridad que el individuo expresa sentir hacia su(s) pareja(s) de que no incurrirá en conductas sexuales de riesgo.

Lo anterior quedó plasmado en el capítulo cuatro, en la cual se menciona la metodología a seguir para el cumplimiento del siguiente estudio, en donde también se menciona la hipótesis de trabajo: *El condón no es usado por los jóvenes universitarios si en su relación de pareja se presentan el sentimiento de invulnerabilidad al riesgo y la confianza en la pareja.*

Los resultados y la discusión de los mismos, apuntan a que un 89% de los jóvenes universitarios del estudio, tienen la idea de que todos somos vulnerables al contagio de las ETS; sin embargo, no se protegen durante sus relaciones sexuales, pues para ellos la prevención se interpreta con relación a las prácticas de fidelidad de la pareja, debido a la confianza que se le tiene a ésta.

Se encontró que el 32% de la muestra, cuando no usan condón en sus relaciones sexuales es por creer que nada le puede pasar, en cambio el 68% sí cree que algo le puede pasar; sin embargo, no usan el condón.

En cuanto a las correlaciones llevadas a cabo, se observó que existe correlación significativa entre la invulnerabilidad al riesgo y la confianza en la pareja; es decir, sentirse invulnerable ante las ETS impide el uso del condón, puesto que la confianza que se le tienen a la pareja de no incurrir en conductas de riesgo, lleva a no protegerse.

CAPITULO I

CONDUCTAS SEXUALES

1.1 CONDUCTAS SEXUALES EN MÉXICO

Desde la década de los 70, México dejó de ser un país rural, ahora la mayoría de su población vive en concentraciones urbanas. Se trata de una transición que aún no culmina y a la que la globalización, las migraciones y los medios de comunicación le han dado un nuevo dinamismo. Este proceso no sólo tiene repercusiones económicas sino que involucra también cambios culturales profundos que incluyen las costumbres sexuales.

Incluso en localidades indígenas, pequeños poblados y asentamientos rurales expuestos a las influencias de los medios y las migraciones, se comienzan a notar estos cambios en los comportamientos sexuales de sus habitantes, sobre todo en la población joven. Cambios que por lo regular no se corresponden con los discursos imperantes, donde todavía persisten los prejuicios y las creencias sobre los roles de género.

Sin embargo, estos cambios en los comportamientos sexuales no se están acompañando de los servicios necesarios que apoyen a jóvenes y adolescentes a tomar las decisiones que más les convengan. Esta ausencia acentúa la exposición de esta población a los riesgos de embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual, el sida, los abortos clandestinos y la explotación sexual. Los rezagos que nuestro país arrastra en materia de educación sexual, se acentúan en las regiones rurales y marginadas, donde se requiere de mayor apoyo institucional (La Jornada, 2002:2).

Lo tradicional en las poblaciones rurales es que los jóvenes inicien una vida sexual con una sexo servidora, aunque también se está presentando con mucha frecuencia

prácticas sexuales entre novios, y aunque se ha difundido el uso del condón, tienen relaciones sexuales sin protección.

Uno de cada diez adolescentes empieza a usar el condón porque sabe que es un método que previene embarazos y enfermedades de transmisión sexual. El crecimiento de la infección del VIH-sida en las zonas rurales es acelerado, pues existe la práctica homosexual, es decir, los jóvenes con frecuencia tienen relaciones sexuales con hombres; el peligro aquí es el incremento de la epidemia.

Las adolescentes indígenas que tienen relaciones sexuales prematrimoniales, generalmente lo niegan, porque son criticadas por hombres y mujeres del lugar; socialmente, es más aceptada una madre soltera y no la adolescente que planea sus relaciones sexuales con el uso de anticonceptivos. Los indígenas consideran que el hecho de planear es premeditar, por tanto es considerado 'sucio' el uso de anticonceptivos fuera de matrimonio, pues aún están asociados a conductas sexuales ocasionales (Pérez, 2001:1).

El VIH/sida en áreas rurales se dio en 1986 en Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa y Veracruz: tres de esos casos tenían como antecedentes visitas a los Estados Unidos. El VIH/sida se está extendiendo a una velocidad sorprendente; de los 33 mil 632 casos reportados en diciembre de 1997, el 6.6%, es decir, 2 mil 230 casos corresponden al medio rural.

“Las mujeres indígenas están en una posición más vulnerable para vivir un embarazo y el sida. Fugas, robos y venta de novias son muchas veces el comienzo de la vida conyugal, ellas están menos informadas que quienes han acudido a la escuela y hablan español; tienen una posición subordinada frente al compañero o marido, lo cual dificulta el ejercicio de una libre decisión sobre la vida sexual y la capacidad de negociación para exigir el uso de anticonceptivos, del condón y de otras prácticas preventivas (Pérez, 2001:1).

Pero si somos realistas, las enfermedades de transmisión sexual no son un problema solamente de salud pública sino también de educación pública. Sin embargo, las

autoridades educativas dejan toda la responsabilidad a las instituciones de salud, las cuales descuidan la prevención de las ETS. Además, el cambio de pareja sexual es más elevado en la adolescencia.

Desgraciadamente, la educación en materia de salud sexual tiene muchas críticas; concretamente, hablar sobre salud sexual tiene otra finalidad: promover la abstinencia, entonces nos damos cuenta que el problema no es si las niñas y los niños deben recibir educación sobre salud sexual, sino cómo y qué clase de educación van a recibir, porque una buena educación al respecto puede lograr que las prácticas sexuales de las y los adolescentes sean más seguras, y sin promover la abstinencia, cosa imposible de imponer.

Los diversos resultados estadísticos, y sin reflexionar demasiado sobre ellos, nos revelan que la modernidad afecta la vida sexual de la juventud en México y que las ideas y comportamientos derivados de ella transforman su noción de intimidad y sus prácticas sexuales. Lo anterior es cierto, pero los valores, prácticas y actitudes tradicionales frente al cuerpo y la sexualidad, mantienen una presencia significativa en el desarrollo sexual de ese sector de la población.

1.2 CONDUCTA SEXUAL DE LA POBLACION JUVENIL Y SUS CONSECUENCIAS

“Para cualquier joven, las primeras experiencias sexuales son muy significativas, suelen ser motivo de emociones, ilusiones, placer, pero también de miedos, dudas y hasta de vergüenza, culpa y arrepentimiento. El ejercicio de la sexualidad es parte importante en la construcción de nuestra identidad y en la formación de nuestra personalidad. Pero la falta de información y la negación de la sexualidad adolescente, nos lleva a la mayoría de jóvenes a iniciar nuestra vida sexual en condiciones difíciles y riesgosas, y si eres gay o lesbiana eso se complica aún más” (Ortiz, 2001:4).

Las condiciones como inician su vida sexual los jóvenes varían según el estatus social y económico, el género, el lugar de residencia, etc. Sin embargo, existen factores comunes. La gran mayoría cuenta ahora con mayor información, 85% conoce los métodos anticonceptivos, aunque eso no signifique que los usen. Según encuestas, sólo 50 por ciento usó alguno en su primera relación sexual.

Por otro lado, en la encuesta del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ), nueve de cada diez jóvenes describe su primera experiencia sexual como satisfactoria, lo que representa un cambio (Rozat, 2000:5).

Pese a lo anterior es hasta los umbrales del siglo XX, y de manera muy particular a partir de la década de 1950, que se convierten la adolescencia y la juventud en tema de investigación científica, al comenzar a aplicarse los métodos de investigación en las ciencias sociales (Grinder, 1984, citado en Martínez, 2000:7).

Si bien es cierto que la familia es uno de los espacios fundamentales de la socialización, incluso la sexual, sus características concretas influyen determinantemente en el tipo de educación que puede proporcionar.

En Martínez (2000:7) se encontró que fueron G. Stanley Hall y Sigmund Freud los primeros autores quienes, influidos por la asimilación post-darwiniana de la teoría de la evolución y defensores de los determinantes hereditarios de la personalidad, aportaron abundantes y profundos conocimientos para la comprensión de la época juvenil y la adolescencia. Sigmund Freud, sobre todo, dio inicio al estudio clínico de la sexualidad en el adolescente, estudio que prosiguió con un buen número de profesionales psicoanalistas, psicodinámicos y de otras corrientes psicológicas posteriormente. Sin embargo, es hasta recientes años que se ha estado investigando y analizando en grandes poblaciones las causas, consecuencias e implicaciones, en diferentes ámbitos de la conducta sexual y reproductiva del joven.

Para comprender el comportamiento sexual de los jóvenes, es necesario tomar en cuenta la diversidad de aspectos que involucra su sexualidad, es necesario tener presentes

los factores que subyacen a las prácticas o costumbres sexuales. Este aspecto toma una importancia considerable cuando hablamos de SIDA y en general de enfermedades venéreas; porque es justamente en las prácticas y costumbres sexuales donde se focaliza su problema y el freno del contagio.

“Hace ya mucho tiempo que nuestra sociedad occidental se preocupa por definir la sexualidad de una sola manera. En virtud de la aparición de grandes epidemias como la sífilis durante el siglo pasado y el SIDA en nuestro siglo, la actividad sexual se ha considerado una actividad riesgosa para la salud. Esta concepción tiene como consecuencia la necesidad de hacer de lo sexual un asunto susceptible de políticas y estrategias que supuestamente protejan a las personas de los riesgos asociados, como son el embarazo no deseado y la transmisión de enfermedades sexuales. Sobra decir, entonces, que la sexualidad se ha convertido en algo que requiere de administración y control, aún desde el punto de vista médico” (Amuchástegui, 1997:8).

Para esta concepción que domina nuestra cultura hoy en día, la actividad sexual de los jóvenes representa una dificultad particular porque se considera que presenta “riesgos” específicos de la edad, diferentes de los enfrentados por los niños y los adultos, entre ellos el embarazo adolescente.

“La conducta sexual de los jóvenes se considera precisamente su conducta más riesgosa, en virtud de que se piensa que el “impulso” sexual no se controla eficazmente por la precaria situación emocional. Esta descripción enumera una de las características de lo que se piensa es una condición universal de la humanidad, sin distinción de clase, cultura, etnia o género. Bajo esta perspectiva, todos seremos, somos o hemos sido jóvenes” (Amuchástegui, 1997:8).

Según CONAPO (1998), en América Latina y propiamente en México, no existen encuestas sucesivas que proporcionen datos básicos para comparar la sexualidad de esta población a través de largos períodos. Sin embargo, sí se cuenta con datos e investigaciones los cuales permiten tener idea de lo acontecido en las últimas décadas, y qué está pasando actualmente en la población juvenil en México, en lo referente a su conducta sexual y sus consecuencias.

En investigaciones realizadas por CONAPO (1998), se estima que a mediados de 1998, existían en el país 20.1 millones de personas con una edad comprendida entre los 15 y los 24 años, lo cual significa que el 23% de la población de todo el país es población joven. Este número es el más elevado en la historia del país y representa más del doble de la población juvenil existente en 1970. Aún cuando su ritmo de crecimiento se verá aminorado en los próximos años, como resultado del descenso de la fecundidad de las tres últimas décadas, todavía se dejarán sentir por unos años más los efectos de la inercia del crecimiento demográfico del pasado, de tal forma que el número absoluto de jóvenes continuará aumentando hasta alcanzar una cifra máxima de 21.2 millones hacia el año 2010, para comenzar a descender a partir de entonces.

En Chávez, (1990, citado en Martínez,2000:9), se encontró que Monroy de Velasco y colaboradores realizaron en 1987, conjuntamente con el Centro de Orientación para Adolescentes y el Family Health International en la ciudad de México, una de las más amplias encuestas sobre conducta sexual juvenil realizada a la fecha en el país y una de las más representativas de la juventud que vive en la ciudad de México. Estos investigadores encontraron que la edad media al momento de la primera relación sexual fue de 15.8 años para hombres y 17.1 para las mujeres.

En un estudio de los mitos sobre la sexualidad y el sida en adolescentes, realizado con una perspectiva de género en el Programa Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), junto con el Colegio de México y la Universidad Autónoma Metropolitana, se encontraron obstáculos culturales que están impidiendo la incorporación de prácticas preventivas del embarazo y del sida entre estudiantes de secundaria. Además, por la falta de difusión de las prácticas de prevención, las muchachas y los muchachos mantienen conceptos tradicionales que niegan el erotismo femenino a favor de una visión reproductiva y argumentan, principalmente, en contra del uso del condón por amenazar la identidad femenina y masculina. (Rodríguez, 1993:IV).

“Una mujer que se embaraza es mejor vista y no una chica que se atreve a prevenir los embarazos en sus encuentros sexuales; ellas deben dedicarse a atender a los

demás, pues cuidarse a sí misma y atender a sus deseos es sinónimo de egoísmo y traición a los padres, los cuales usan condón aunque las cuidan; según ellas, demuestran ser unos irresponsables, pues “sólo buscan satisfacer su placer” y no las toman en serio, pues no quieren afrontar las consecuencias de un posible embarazo” (Rodríguez, 1993:IV).

Puesto que los jóvenes se enfrentan a su capacidad reproductiva cada vez más temprano, se encuentran ante la disyuntiva de ejercer su sexualidad también más temprano pero, en su gran mayoría, sin la información y preparación que les permita evitarse consecuencias negativas.

Las Naciones Unidas, en 1989, reportaron que de las jóvenes sexualmente activas a nivel mundial, entre el 14 por ciento y el 46 por ciento iniciaron relaciones sexuales antes de los 16 años (Martínez, 2000:10).

Desafortunadamente, esta mayor apertura y premura para ejercer su actividad coital, ha traído a los y las jóvenes un gran número de consecuencias en su vida actual y futura. Además, para los hombres con iniciación sexual precoz y desprotegida, empujados por la presión de otros amigos, aprenden que ser hombre es correr riesgos, con las consecuencias que esto conlleva para él y para su pareja.

Las enfermedades de transmisión sexual son consideradas como uno de los principales problemas de salud entre la gente joven en todo el mundo, cuando no hay una conducta de protección coital. Se tiene conocimiento que uno de cada veinte adolescentes contrae una ETS y muchos no lo saben. Otro reporte de 1997 indica que dos de cada tres infecciones de transmisión sexual, ocurren entre los menores de 24 años de edad y se cree que la proporción de jóvenes infectados es incluso mayor en los países en desarrollo. También, alrededor de la mitad de todas las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana han ocurrido hasta ahora entre jóvenes menores de 25 años. Desde el comienzo de la pandemia, por lo menos seis millones de jóvenes han sido infectados por este virus y esta cifra tiende a aumentar (Martínez, 2000:13).

Esta reflexión nos llevaría a la siguiente cuestión: ¿Cómo pueden los jóvenes evitar estas consecuencias? La respuesta más simple pareciera ser: usando métodos de protección coital. Veamos qué dicen las investigaciones al respecto.

Las campañas preventivas y la educación sexual han tenido logros. En un análisis preliminar de la Encuesta Nacional de Juventud 2000, se observó que la mayoría de jóvenes (85 por ciento), conoce los métodos anticonceptivos y menciona al condón no sólo como método para prevenir embarazos, sino como medio para protegerse de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida. Sin embargo, un porcentaje significativo de quienes ya iniciaron su vida sexual (48 por ciento), declara no usar ningún método anticonceptivo. Esto indica la importancia de considerar, para la intervención educativa o preventiva, la distancia que separa el conocimiento y la información adecuados de la puesta en práctica de esa información para el mejoramiento de la calidad de vida. Indicaría también que un importante porcentaje de jóvenes no distingue su experiencia sexual de la reproducción, o bien aún tiene incorporada una moral sexual promovente del vínculo estrecho entre sexualidad y reproducción sin importar las consecuencias. La edad y el porcentaje del primer embarazo refuerzan esta idea y confirman que el 50% de las jóvenes que tienen relaciones sexuales no usan anticonceptivos (Salazar, 2001:8).

En un estudio hecho en 1986 por Monroy y colaboradores (1986, citado en Martínez, 2000:15), se encontró: de los hombres de 17 a 19 años que habían tenido relaciones sexuales, el 38 por ciento usó algún método en la primera relación sexual siendo, en el 32.6 por ciento de los casos, el preservativo. En las mujeres de ese mismo rango de edad, el 27 por ciento había iniciado su vida coital, usando el ritmo como método con un 48 por ciento.

Los datos nos llevan a un interrogante ¿Por qué si los jóvenes inician relaciones sexuales cada vez más temprano, premaritalmente, sin un completo desarrollo y maduración físicos y psicológicos, enfrentando graves riesgos para su vida futura, su salud y su equilibrio emocional, no protegen sus coitos? Existen un gran número de investigaciones y de propuestas de investigación que han intentado dar respuestas a dicha interrogante.

Master, Johnson y Kolodny (1995, citado en Martínez, 2000:16), mencionan que el factor determinante del no uso de métodos de protección coital es la poca o nula información sexual. Zelnik y Kim (1982, citado en Martínez, 2000), indican que aquellas jóvenes sexualmente activas que han seguido cursos de educación sexual después de realizar el coito tenían más probabilidades de usar condones en sus relaciones sexuales.

David (1988, citado en Martínez, 2000:19), menciona que aún existe dificultad en muchas sociedades (México entre ellas) para hablar abiertamente sobre sexo; en las familias los padres temen comentar con sus hijos sobre métodos anticonceptivos y, a su vez, pocas escuelas están preparadas para ofrecer a los alumnos cursos eficaces sobre sexualidad. Considera que las políticas de publicidad y los gobiernos tienden a evitar programas de planificación familiar por miedo a provocar reacciones desfavorables en el público. Este investigador concluye que se deben tener en cuenta las influencias psicosociales y la realidad sociocultural de los jóvenes en los esfuerzos realizados para transformar o eliminar sus consecuencias negativas.

En un estudio llevado a cabo en 1992 por cuatro instituciones de nuestro país en estudiantes de secundaria de la ciudad de México, se encontraron una serie de barreras culturales en la base del rechazo a los anticonceptivos. Ellas rechazan y son rechazadas si se atreven a prevenir el embarazo en sus encuentros sexuales, si asumen su capacidad sexual como placer, si se cuidan a sí mismas o atienden sus deseos o necesidades: si hacen esto son egoístas o traidoras a sus padres. Los varones consideran amenazada su virilidad y su supremacía al utilizar un condón, pues pone en entredicho su capacidad de fecundar; además, al tener relaciones sin condón demuestran que son valientes, sin miedo a lo que les pase (Martínez, 2000:20).

Los jóvenes se niegan a aceptar que pueden contraer una enfermedad sexualmente transmitida, por ello continúan los tipos de comportamientos que entrañan alto riesgo. La confianza en la pareja también es un factor importante para elegir o no un método anticonceptivo, pues aquellos creen que no necesitan protegerse contra las enfermedades

de transmisión sexual, existe la suposición muy arraigada de que la pareja es fiel y por esta razón se sienten seguros con ella.

Carentes no sólo de formación sino de información suficiente, inician sus relaciones sexuales sin la menor protección. Sus posibilidades son aquí y ahora o hasta la próxima oportunidad. Esto los hace aceptar el aquí y el ahora sin medir las consecuencias, que en muchos casos se traduce en embarazos no deseados, matrimonios predestinados al fracaso, enfermedades venéreas, etc. Hoy se suma un nuevo problema: el SIDA que, como la sífilis en otras épocas, se expande vertiginosamente sin tener aun posibilidad de curación.

En la última década, con el surgimiento del SIDA, se han iniciado un sinnúmero de estudios con carácter de emergencia, dirigidos más a los adultos de 20 a 49 años, quienes presentan la mayor frecuencia de casos (Rodríguez, 1992, citado en Martínez, 2000:22).

Pero recientemente, al considerar el largo período de incubación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que en algunas ocasiones alcanza más de diez años, se llega a suponer que probablemente gran parte de los individuos con SIDA, probablemente se infectaron en una etapa anterior a la actual, o sea, la adolescencia o primera juventud, quizás por poca o nula información sobre salud sexual.

En datos obtenidos en la "Encuesta Nacional sobre sexualidad y familia en jóvenes de educación media superior", realizada en 1988, por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), se observa una diferencia evidente entre el comportamiento sexual de hombres y mujeres. Por ejemplo, un total de 14.1 por ciento de los hombres encuestados con 14 años de edad, tenían ya relaciones sexuales, mientras que a esa misma edad, ninguna de las mujeres encuestadas tenía relaciones sexuales. Por otro lado, a la edad de 19 años, el 60.3 por ciento de los hombres y el 11.3 por ciento de las mujeres tenían ya experiencia sexual. Y en el rango que va de los 21 a los 25 años de edad, el 74.6 por ciento de los hombres frente al 23.9 por ciento de las mujeres, habían tenido alguna relación sexual.

Otra de las grandes encuestas sobre sexualidad fue realizada en la Ciudad de México por la Secretaría de Salud, en 1988, en la cual se encontró que el 42 por ciento de los varones y el 23 por ciento de las mujeres, habían tenido relaciones sexuales al menos una vez, a una edad promedio de 16 y 17 años, respectivamente, y que el 6 por ciento de los hombres se iniciaron con una sexo servidora. El estudio enfocado a la salud reproductiva, reveló que tan solo el 34 por ciento de los adolescentes sexualmente activos habían utilizado un anticonceptivo la primera vez, siendo "el ritmo", "el coito interrumpido" y el condón los más mencionados (García, 1992, citado en Martínez, 2000:16).

Sin embargo, la mayor parte de los estudios nacionales e internacionales reportan aumento de conductas sexuales de riesgo y actitudes negativas hacia los infectados, en contradicción con el aumento del conocimiento sobre el SIDA (Netting, 1992 cit en Martínez, 2000:23).

En la medida que la discusión de la sexualidad ha ido adquiriendo un tono más franco y abierto, se ha empezado a reconocer que los y las jóvenes no sólo tienen una vida sexual activa sino además, derecho a ejercerla. Pero aún es poco lo que se dice y hace acerca de la importancia de la expresión sexual en el desarrollo de la identidad y la personalidad juveniles.

Algunos jóvenes, cansados de ser objeto de estudios y declaraciones firmadas por los adultos, han tomado en sus manos la discusión sobre su propia sexualidad. En agosto de 2000, se reunieron en Tlaxcala representantes jóvenes de 78 agrupaciones mexicanas provenientes de casi todas las entidades del país, y elaboraron la Declaración de Derechos Sexuales de las y los Jóvenes, documento donde plasman su aspiración a vivir una sexualidad libre y responsable, placentera y protegida, respetuosa y equitativa (Zozaya, 2002:9).

En los últimos cuatro o cinco años, hemos visto aparecer un mayor número de investigaciones en torno a las culturas, creencias e identidades sexuales de la gente joven, en torno a lo que el sexo significa para los individuos que lo practican. El sexo significa con frecuencia amor y compromiso, no riesgo.

“Estamos hablando de una nueva generación que se está formando en el contexto de la educación sexual en las escuelas, de la información sobre el VIH/sida y la promoción del condón, lo cual nos permite suponer jóvenes que asumen su sexualidad de mejor manera. Por lo menos tienen ahora mayores opciones para ejercer su sexualidad más libremente” (Aguilar, 2001:4).

Con lo anterior, podemos afirmar de manera general que es una realidad la actividad sexual en los jóvenes y que sociedades como la nuestra aún no la asumen abiertamente; pues se favorece la permanencia de mitos, creencias, prejuicios y estigmatizaciones. Mientras siga este estancamiento y no haya apertura a la realidad sexual juvenil, continuarán los embarazos no deseados y el aumento del contagio de las ETS en esta población.

1.3 CONDUCTA SEXUAL DEL JOVEN UNIVERSITARIO.

El hombre desde que nace hasta que muere se encuentra en un proceso evolutivo constante respecto a la sexualidad. Esto quiere decir que cada individuo va viviendo y forjando su historia personal, lo cual constituye un marco de referencia de conceptos y manifestaciones propias de su sexualidad (Hernández y Ramírez, 1996, citado en Valle, 1999:46).

Según una encuesta del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), realizada en 1981, el 85 por ciento de varones y el 25 por ciento de mujeres estudiantes universitarias reportaban haber realizado el coito. En otra encuesta realizada a jóvenes varones por la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar y el Instituto Mexicano de Estudios Sociales durante los años 1987 a 1989, se encontró que un 64 por ciento de los jóvenes encuestados entre 15 y 24 años, había experimentado ya la relación sexual (Leñero 1990, en Martínez, 2000:10).

El Consejo Nacional de Población, en 1988, llevó a cabo una encuesta nacional sobre sexualidad y familia entre estudiantes de educación media superior. Los resultados nacionales mostraron que el 24 por ciento de los estudiantes de enseñanza media superior habían tenido relaciones sexuales premaritales.

Cuevas y colaboradores, en un estudio llevado a cabo en dos universidades de Guadalajara en 1983, afirman que casi el 75 por ciento de los hombres y el 33% de las mujeres estudiantes habían practicado el coito. La edad promedio del coito fue de 16.9 años para los hombres y de 18.7 años para las mujeres. Este autor también encontró que la mayoría de los hombres tuvieron su primer coito con una sexo servidora, una mujer apenas conocida o una amiga. En cambio, para la mayoría de las mujeres, la estabilidad de la relación y los lazos afectivos parecieron ser un requisito imprescindible, ya que más de tres cuartas partes de ellas habían tenido su primera relación sexual con sus novios (Cuevas, 1983, citado en Martínez, 2000:10).

En un estudio hecho en Xalapa, Veracruz, por Escalante y colaboradores en la población universitaria, de 45 por ciento de los estudiantes con vida sexual activa, el 39 por ciento tuvo alguna consecuencia negativa post-coital como: embarazo no deseado (26 por ciento), embarazo precoz (17 por ciento), enfermedades de transmisión sexual (5 por ciento), problemas familiares (18 por ciento) y sentimientos de culpa (34 por ciento). A todas estas consecuencias los investigadores las llamaron primarias, sin embargo, se detectó que de éstas se derivan unas secundarias y unas terciarias como fueron: aborto inducido, casamiento forzado, madre soltera, rechazo al coito, facilitación coital, abandono de hogar y/o escuela, castigos y presiones de la familia (Escalante, 1996, citado en Martínez, 2000:11).

En un estudio enfocado al SIDA, la Dirección General de Epidemiología realizó una encuesta entre estudiantes universitarios en seis ciudades importantes de México, encontrando que un 55 por ciento de los entrevistados ya ha tenido relaciones sexuales, a una edad promedio para el inicio de 17.9 años, habiendo utilizado condón el 54 por ciento, de los cuales el 14 por ciento ha tenido de dos a cinco parejas (Secretaría de Salud, México, 1997:10).

En un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México se encontró, respecto a la edad del debut sexual, que un 75 por ciento del total de la muestra se inició entre los 10 y los 19 años, y correspondió al mayor porcentaje al grupo de edad de los 17 a los 19 años (43 por ciento). Los hombres se inician a más temprana edad (de los 10 a los 16 años), y en edades superiores (20 a 29 años) la proporción de sexos se invierte, es decir, más mujeres se inician en este grupo de edad con respecto a los hombres (Villagrán, Cubas, Díaz-Loving y Camacho, 1990, citado en Valle, 1999:50).

Estos estudios, realizados por diferentes instituciones, nos muestran una iniciación sexual dentro de la etapa de la adolescencia y, cada vez más, el inicio a más temprana edad.

La mayor parte de los estudios nacionales e internacionales reportan el aumento de conductas de riesgo en contradicción con el aumento de conocimientos sobre las ETS – principalmente el sida-; esto se demuestra en un estudio realizado por el gobierno del Reino Unido, en el cual se encontró que el 93 por ciento de los adolescentes sabía en qué forma se transmiten las ETS, pero a su vez el 50 por ciento de ellos dijeron que la ausencia de un condón no les impediría tener relaciones sexuales.

En vista de la iniciación sexual temprana de los jóvenes universitarios, considero necesario implementar educación sexual en las escuelas primarias que permita modificar conductas a través de información clara y oportuna, porque como se puede apreciar, en los hogares de México aún existen muchos mitos, prejuicios y desinformación respecto a la sexualidad, por lo cual es difícil que los padres hablen al respecto con sus hijos. Por ello los jóvenes se informan a través de sus iguales y tal parece no haber en el joven una conciencia real de que algo le puede pasar.

1.4 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En un boletín publicado por la Secretaría de Salud (1997), las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) comprenden un conjunto de enfermedades infectocontagiosas que se expresan clínicamente con distinta sintomatología y que tienen diferentes etiologías; las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por contacto sexual, sin ser éste el único mecanismo de transmisión.

Las ETS no siempre se perciben a simple vista; en algunas personas los síntomas tardan más en aparecer que en otras, esto se debe, en gran parte, a la sensibilidad de su sistema inmunológico. De hecho, hay quienes pueden mostrarse asintomáticos, lo cual no quiere decir que sean inmunes pero sí corren riesgos mayores al no percatarse de su padecimiento (Motta, 2001:60).

ETIOLOGIA

Como se sabe, algunas de las ETS son de expresión clínica esencialmente local y regional, mientras que otras ocasionan síntomas sistemáticos. Estas patologías son producidas por cinco tipos de microorganismos: bacterias, protozoarios, hongos, ectoparásitos y virus; y por lo general, pueden tratarse con antibióticos hasta conseguir su alivio.

ETS más comunes, según Motta:

Gonorrea. Es la enfermedad más antigua, en la cual se llevan las de perder, pues quien tiene relaciones sexuales una sola vez con un hombre infectado tiene un 50% de probabilidad de contagiarse; sin embargo, el hombre que se involucra con una mujer infectada sólo corre un 25% de riesgo.

Agente patógeno. La bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, conocida como gonococo.

Hepatitis B. No sólo se contagia por contacto sexual, sino también por la saliva y transfusiones sanguíneas. Las lesiones de la mucosa rectal ocasionadas por el coito anal y el postillonage predisponen a la infección.

Agente patógeno. El virus hepatitis B.

Sífilis. Puede ser adquirida congénitamente, es decir, de la madre al feto. En estos casos, el bebé puede morir pronto o desarrollar sordera, ceguera, parálisis, deformidades o disturbios mentales. Se cree que la tripulación de Cristóbal Colón introdujo esta enfermedad venérea al Nuevo Mundo.

Agente patógeno. La bacteria espiral Treponema pallidum.

Chlamidya. Es uno de los microorganismos que se aíslan con mayor frecuencia en los casos de uretritis inespecífica; es decir, es una inflamación de la uretra. Según datos de la INSUSEXH, en México seis de cada diez jóvenes con flujo tienen clamidiosis.

Agente patógeno. La bacteria Chlamydia trachomatis.

Herpes genital. Se trata de una enfermedad incurable y no sólo puede contagiarse por contacto sexual, sino también con un beso; asimismo, podría propagarse a los genitales si se tocan después de haber rozado los labios. Además, este virus puede sobrevivir durante varias horas en el retrete y en la ropa.

Agente patógeno. El virus herpesvirus simple 2.

Papiloma (PVH). El hombre no siempre se percató de haber contraído esta enfermedad venérea, pues las verrugas aparecen dentro de la uretra y no son visibles.

Agente patógeno. El virus papilomavirus humano.

Ladillas. También conocidas como piojos púbicos. No sólo pueden adquirirse por contacto sexual, sino al usar prendas que han estado en contacto con algún portador. Además de la región púbica, también pueden situarse en las axilas, las cejas y las pestañas.

Agente patógeno. El ectoparásito llamado Pediculosis pubis.

SIDA. El VIH puede transmitirse al compartir jeringas y a través de fluidos corporales: semen, sangre, leche materna y secreciones vaginales.

Agente patógeno. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

“La Sociedad Urológica Mexicana calcula que aproximadamente 80% de la población mexicana con vida sexual activa está potencialmente infectada con el virus del papiloma, aunque sus signos están ocultos. El porcentaje de personas que no han resultado infectadas con este virus es verdaderamente bajo, alrededor del 5%. Estamos hablando de hombres y mujeres solteros, casados, viudos o divorciados. En la actualidad, esta infección es la que se está encontrando con una mayor prevalencia y la que mayor tensión produce, lo cual no significa que ya no exista gonorrea, sífilis, herpes genital, VIH u otras” (Cantú, 2001: 1).

Las ETS son un importante problema de salud pública en nuestro país y en el mundo. Como se presentan preferentemente en la población sexual activa, su repercusión va más allá del área de la salud, afectando principalmente la economía del individuo así como de la comunidad.

Si bien la dimensión exacta del problema no es fácil de conocer, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada veinte personas en el mundo padece una ETS al año (Motta, 2001:63).

Casi siempre, las características peculiares de las ETS hacen difícil para el enfermo la consulta precoz con el profesional adecuado, lo que conduce muchas veces a un tratamiento incorrecto o incompleto con sus consiguientes complicaciones y secuelas, además de la perpetuación de la cadena de contagios.

1.5 ESTRATEGIAS DE LA MORALIDAD CATÓLICA.

A partir del cambio de rumbo político y económico vivido en México a partir de los años 80, simplifícadamente relacionado con la fractura ideológica, política y económica de las izquierdas, así como con la incertidumbre generada por una globalización galopante y la extrema dependencia del país respecto de los capitales extranjeros, la nueva clase política mexicana ha estrechado sus vínculos e intereses con la Iglesia católica. A partir del Ante esta apertura, la iglesia mexicana ha ampliado y diversificado sus estrategias de poder, con apoyos en la ideología familiar conservadora y reproductora de una moral codificada que refrenda la heterosexualidad monogámica reproductiva y enfatiza el repudio ante cualquier expresión sexual y amorosa no ceñida a tales instituciones.

Baste recordar que a pesar de las evidencias insoslayables respecto del incremento de la infección de VIH por transmisión sexual, sectores muy conservadores de la derecha, como la Asociación Mexicana de Padres de Familia, opusieron severas resistencias frente a las campañas estatales que informaban sobre el uso del condón. Además de vetar la información por considerarla el agente promotor de una sexualidad precoz, esgrimieron ideas apocalípticas sobre el fin de la familia y la reproducción (Rivas y Amuchástegui, 1997:6).

Esta moralidad codificada considera que toda persona debe someterse a ella, aunque socava las facultades de elección personal. Contrariamente a lo expresado en sus versiones de "igualdad y tolerancia", limita los procesos de responsabilidad compartida requeridas para el establecimiento de un orden democrático. A decir de Foucault, la moralidad cristiana fuertemente centrada en los asuntos de la sexualidad, promueve la búsqueda del origen profundo de nuestras apetencias para el control de nuestros supuestos desvíos. Es evidente que tal mecanismo restrictivo escasamente reditúa en favor de la libertad personal, pues la búsqueda y exploración insidiosa que nos vemos conminados a efectuar sobre nuestras conciencias, deseos y cuerpos favorece la

renuncia a nosotros mismos y apoya en la eficaz tarea que la iglesia se ha arrogado: la de administrar y regular una modalidad sexual única y universalizada (Rivas y Amuchástegui, 1997:6).

Como ejemplos ilustrativos de esta relación, podemos ver que el cuidado de mi salud sexual, de mis elecciones sexuales, de la aceptación de prácticas de sexo protegido deberán derivar en un esfuerzo para que otros también puedan cuidar de su salud sexual, elegir sus parejas y tener condiciones para aceptar las prácticas de sexo protegido. Se requerirá, en la medida de lo necesario, de acciones concretas para reconocer necesidades, deseos y decisiones, mías y de los otros, y reaccionar ante los impedimentos u obstáculos enfrentados para lograrlo. Es el ejercicio de acciones concretas para procurar el bienestar sexual personal en consonancia con el de los demás. Que afectará y se dejará afectar por las acciones de otros. En este sentido el cuidado de sí, entraña el cuidado de los otros.

“Las recientes declaraciones de un alto jerarca eclesiástico, el arzobispo Norberto Rivera Carrera, a propósito de la supuesta inseguridad del condón, y su descabellada sugerencia de incluir la leyenda “nocivo para la salud” en cada preservativo, representan no sólo un intento de desinformación con propósitos moralistas, sino una etapa más en la creciente campaña de hostigamiento que los grupos conservadores enderezan contra las políticas de planificación familiar y prevención de enfermedades sexualmente transmisibles. A la satanización del condón se añade hoy el recurso al dato pretendidamente científico (porosidad y fragilidad del látex) para marcar los márgenes de inseguridad del preservativo. Una evidencia es irrefutable: el condón contribuye poderosamente a reducir los riesgos de infección por VIH, en la inteligencia de que resulta imposible garantizar porcentajes absolutos de protección efectiva, ni siquiera en materia de fidelidad y abstinencia. La mejor protección contra el sida sigue siendo la información científica y confiable” (Rivas y Amuchástegui, 1997:6).

En los últimos años, miembros conspicuos de la jerarquía eclesiástica y sus voceros nunca oficiales, han difundido falsedades, intimidaciones, amenazas y demandas legales contra las campañas del Conasida que promueven el condón para prevenir el sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Se reproduce aquí, con el propósito de

combatir falacias, algunos de los resultados de los múltiples estudios realizados para probar la eficacia de los condones.

--Un estudio de consumidores realizado en Estados Unidos en casi 3,300 personas reportó tasas de ruptura del condón de menos de 1 por ciento.

--La ruptura o deslizamiento no llevan de manera inexorable a la transmisión de enfermedades. El uso consistente del condón, aún en el caso de rupturas o deslizamientos ocasionales, reduce el riesgo de manera significativa.

--Se han realizado estudios de laboratorio que simulan las tensiones coitales y han demostrado una capacidad de las membranas de látex para prevenir el paso del VIH y otros virus, incluso después de una estimulación mecánica.

--Aún en el peor de los casos, la efectividad de la barrera del condón provee 10 mil veces mayor protección que la ausencia de esta barrera.

--Además, el VIH no se mueve espontáneamente y está suspendido en un medio viscoso (el semen), por lo cual en la mayoría de los casos está adherido a células considerablemente mayores que los virus individuales. La presencia de un agujero microscópico no significa la falla del condón.

--Un estudio con 245 parejas heterosexuales serodiscordantes (un miembro es seropositivo y el otro no), fue llevado a cabo durante 22 meses. En este estudio ninguna de las 123 parejas que usaron consistentemente el condón se infectó. En cambio, de las 122 restantes que no usaron condón o lo usaron inconsistentemente, 12 se infectaron (Zozaya, 1997:6).

Con estos experimentos podemos darnos cuenta de la efectividad de los condones para la prevención de las ETS; entonces, cabría preguntar ¿cuáles son los objetivos de la difusión de falsedades de los miembros de la iglesia? Si la respuesta es que la única solución para la prevención de las ETS es la abstinencia, lo cual es imposible de hacerse, entonces lo que realmente tendría que cambiar son las conductas sexuales; esto puede ser posible empezando con una educación sexual eficaz desde la niñez hasta la juventud.

Tal como se esperaba, surgieron las reacciones en contra de la tercera fase de la campaña de prevención del VIH/sida de la Secretaría de Salud (Ssa), que promueve el uso del condón para prevenir la transmisión del VIH. En realidad no ha habido sorpresas, afloran los discursos sin sustento científico de organismos que dicen defender la vida y la moral pública, aunque ello sea eludiendo una realidad que ya nos rebasa, expresada en miles de enfermos y millones de personas con ejercicio de su sexualidad sin protección (Cruz, 1997:7).

Sin menosprecio de nadie, la situación más grave es por supuesto la de los jóvenes, quienes, según ha dicho la propia Ssa, inician su vida sexual a los 16 años de edad en promedio, sin haber tenido previamente una educación sexual seria y responsable, lo cual inculque el respeto por el cuidado y la salud de sus cuerpos. Es absurdo pensar que un joven se va a abstener de tener nuevas experiencias, de sentir y gozar sólo porque alguien dice que no debe hacerlo.

El presidente del Consejo Pontificio de Trabajadores de la Salud, Javier Lozano Barragán, sostiene que la posición de la Santa Sede ante el uso del condón puede parecer "ridícula", pues el acto sexual ha sido separado socialmente en procreación y placer. "Acorde con esta mentalidad, es absurdo que la Iglesia diga no al condón. Pero nuestro horizonte ético es otro", abundó Lozano en un simposio de El Vaticano sobre cuidados a la salud en hospitales y clínicas católicas del mundo. La Iglesia católica sostiene que la castidad es el único medio para prevenir la diseminación del VIH/sida, pues los condones no ofrecen 100 por ciento de protección. En lo que respecta a los y las trabajadoras sexuales, el uso de condón es un "mal menor", según Jacques Suadeau, del Consejo Pontífico para la Familia (NotieSe, 2002:2).

El Consejo de los Obispos Franceses declaró en 1996, que el uso de condones "puede entenderse en el caso de personas para quienes la actividad sexual es un aspecto muy arraigado de su estilo de vida y para quienes (esa actividad) representa un riesgo serio; pero es preciso agregar que ese método no promueve la sexualidad madura" (*op cit*).

Las religiosas que dan ayuda humanitaria a los enfermos seropositivos consideran al condón la única forma de protección. Lo malo, dicen, es que a pesar de saberlo, la gente no lo usa porque no tiene una educación sexual de respeto y cuidado de sus cuerpos. Ellas lo ven todos los días, saben de lo que hablan, al contrario de Pro Vida o los jerarcas de la Iglesia Católica, los cuales insisten en menospreciar a los que no piensan ni sienten como ellos (*op cit*).

Ya se ha mencionado, por otra parte, la efectividad del condón para prevenir la transmisión del VIH/sida. Los estudios científicos han demostrado que su uso adecuado y constante protege al usuario hasta en un 95 por ciento.

El argumento de los grupos conservadores y eclesiásticos de que aunque se use condón persiste el riesgo de infección, envía un sólo mensaje a hombres y mujeres: “si de todos modos no protege para qué lo uso”. Lo seguro es que este tipo de argumentos no consiguen su objetivo moralista: persuadir a las personas de abstenerse del sexo. Por el contrario, favorecen de manera irresponsable las relaciones sexuales desprotegidas y riesgosas y, ojalá no fuera así, pero muy probablemente después estaremos lamentando otro enfermo y tal vez otra muerte.

En este contexto cabría preguntarse ¿cómo es que sabiendo y conociendo la experiencia en torno a la educación sexual integral derivada de investigaciones en nuestro país y en otras culturas afines, seguimos con el mismo patrón de educar hacia la represión, la culpa, el miedo, los mitos, el silencio, las prohibiciones y los mensajes con tendencias ideológicas? ¿Cómo es posible que existan minorías con la fuerza necesaria para que cadenas nacionales de comercios y medios masivos de comunicación participen activamente en campañas de desinformación atentatorias contra la salud física y mental de la población? ¿Por qué se apoya en mayor grado el tipo de literatura permeada de mitos, creencias erróneas e ideologías que limitan el desarrollo integral de hombres y mujeres?

“En general, los grupos conservadores de nuestra sociedad consideran que los padres deben ser los únicos titulares de la educación sexual de los jóvenes. Así lo demuestra la reciente campaña lanzada por el Arzobispado mexicano en todos los medios de comunicación. No hay que olvidar que tales espacios, les han sido vedados

consistentemente a otras organizaciones que trabajan por la prevención del sida desde una perspectiva del respeto a la pluralidad y la elección individual. Si bien es cierto que la familia es uno de los espacios fundamentales de la socialización, incluyendo la sexual, sus características concretas influyen determinadamente en el tipo de educación que puede proporcionar”(Pick,1997:8).

En todo caso, escuchemos lo que algunos adolescentes dicen acerca de la educación sexual recibida en casa. Los siguientes ejemplos provienen de una investigación realizada con jóvenes de 14 a 16 años de un barrio popular de la ciudad de México. Sus testimonios muestran la forma en que la construcción social de la sexualidad de los adolescentes frecuentemente niega la posibilidad de que ellos encuentren satisfacción a sus inquietudes dentro del espacio familiar. Es por eso que muchas veces, se aventuran a la sexualidad sin tener conocimientos por lo menos básicos, corriendo riesgos insospechados.

Algunos de los jóvenes entrevistados no consideran a los padres informantes confiables sobre la sexualidad, debido fundamentalmente a dos circunstancias: el nivel educativo de los padres y sus reacciones negativas ante cualquier pregunta sobre el tema. Los siguientes comentarios ilustran la primera circunstancia: “Uno les pregunta y se ponen colorados, no saben qué decir.” “Hay muchas veces que sí contestan pero como no saben ya qué decir, no quieren hablar, para no mostrar todo lo que se debe decir.” (Rivas, 1997:9).

Esta incompetencia de los adultos para discutir sobre el sexo de manera abierta, hace que los jóvenes perciban a éste de manera inadecuada, porque el deseo de información sexual los lleva a buscar otras fuentes para satisfacer de esta manera su curiosidad y, normalmente, lo hacen con los amigos. Al respecto, Grinder y Schmitt (1986:38), exponen que “las lagunas e inconsistencias del conocimiento sexual de los adolescentes nos sorprenden, visto el hecho de que la mayoría de sus conocimientos al respecto proceden de sus iguales, les sigue la literatura, las clases en la escuela y los padres”.

A pesar de estas inconsistencias del conocimiento sexual en la población mexicana, un agente --nunca reconocido, nunca desconocido--, el patético grupo Pro Vida, a través de su presidente Jorge Serrano Limón (J.S.L.), demanda penalmente, por segunda ocasión (la primera fue en 1989), a la Secretaría de Salud, porque podría haber incurrido en un caso de “genocidio” al promover “un método riesgoso” que “no sirve para nada”, según declara J.S.L. el 13 de agosto cuando ratifica su demanda en la Procuraduría General de la República (PGR). Mientras, denunció que “las campañas del CONASIDA responden a intereses transnacionales” (Excelsior y Crónica, septiembre, 14) (Brito y Zozaya, 1997:4).

“Formar conciencia acerca de nuestra sexualidad es importante para desarrollar conductas responsables. Los y las jóvenes bien pueden pensar: 'hasta que sea consciente de mi derecho a la sexualidad, no puedo realmente hacerme responsable'. Un reconocimiento y una exploración de la propia sexualidad son fundamentales para hacernos responsables. Pero ahí está el choque con las tradiciones religiosas, que consideran de manera negativa a la sexualidad. Ahí empiezan las problemáticas que no nos permiten hacernos responsables en todas las ocasiones que incluyan placer y no incluyan reproducción. Se requiere remover el miedo a estas prohibiciones y dejar de esconder la sexualidad por temor a que la gente sucumba a sus necesidades más biológicas y naturales” (Díaz-Loving, 2001:9).

Resulta difícil comprender cómo las personas religiosas que proclaman el amor al prójimo y el bienestar general, pueden oponerse a una medida para realmente salvar vidas. ¿Qué tan lejos pueden llegar los grupos conservadores? Esto depende de las relaciones de fuerza, fuerza principalmente proyectada por la sociedad civil en el interior de un país, pero desafortunadamente, comúnmente sucede que cuando las cosas se agravan y la epidemia adquiere un perfil inquietante, esas gentes se vuelven más razonables, pero para entonces el mal ya está hecho y casi siempre es demasiado tarde. Debemos superar la herencia de una tradición religiosa que ha despreciado el cuerpo, ha temido a las mujeres, ha reprimido la sexualidad y sólo la justifica con la reproducción.

1.6 GRUPOS VULNERABLES.

Según la Secretaría de Salud (2002:10), una prioridad en la prevención del sida en México es la intervención educativa oportuna en la población más afectada: la de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Además en México, la epidemia del VIH/sida es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido causante de casi 90 por ciento de los casos acumulados de sida. La epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres, con poco más de 50 por ciento del total de los casos acumulados; si bien existe una tendencia ascendente, en los últimos años, en los casos de tipo heterosexual. No obstante, si se dibujara un mapa del recorrido de la epidemia del sida por los diferentes sectores de la población, las líneas seguirían las rutas de la pobreza, la desigualdad y la marginación.

Los epidemiólogos y los antropólogos hablan de “grupos vulnerables” para referirse a los grupos de la población más afectados por la pandemia del sida. Uno de esos grupos es el de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, se identifiquen o no como homosexuales, bisexuales o gays, lo cual conlleva a clasificarlos como grupos con conductas sexuales altamente riesgosas.

Un estudio realizado por Izazola (1998:5), demuestra que algunas condicionantes de la vulnerabilidad están relacionadas con el entorno social. En el caso de los homosexuales, existe una condicionante social inhibitoria de las relaciones amorosas duraderas entre dos hombres. Esto aumenta la necesidad de recambio de la pareja sexual. Si a lo anterior le agregamos la condición de marginalidad o clandestinidad del sexo entre hombres, donde el centro de la sexualidad es el intercambio sexual múltiple, lo más rápido y escondido posible, el cuidado de la responsabilidad, todo lo cual envuelve una relación íntima en otras circunstancias, no se da. De esta manera, confluyen diversos factores que hacen a las relaciones homosexuales tener la más alta probabilidad de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, incluido el VIH.

Por otro lado, los estudios de Zozaya (1998:8), revelan que “vulnerabilidad” ha sido utilizado por las agencias internacionales para el desarrollo como una manera de denominar eufemísticamente lo que antes se conocía como miseria o marginación. Si observamos cuáles son los grupos vulnerables frente a las ETS, o cualquier otra catástrofe sanitaria, económica, ambiental o “natural”, son precisamente aquellos previamente vulnerados. En el caso del sida, los grupos identificados como vulnerables participan de una o más causas de exclusión: homosexuales, hombres y mujeres dedicados al sexo servicio, usuarios de drogas intravenosas, niños de la calle, migrantes, etcétera. Es decir, se trata de los mismos grupos que al principio de la epidemia se les denominó como de “alto riesgo”, término inoperante para evitar la estigmatización de las personas pertenecientes a dichos grupos. Se dijo entonces que la epidemia se había convertido en pandemia y afectaba a todos los grupos sociales por igual.

Además, Rubio (1997:7), afirma que el término de “grupos de alto riesgo” favorece la discriminación persistente contra las personas que viven con alguna ETS, especialmente el VIH/sida, porque señala a grupos socialmente vulnerables y atacados, como la comunidad lésbica-gay y las personas dedicadas al sexo servicio.

En México, ha habido muchos intentos de hacer campañas informativas, pero nos ha faltado incidir en el cambio de conductas. El dar a conocer que el condón sirve, es útil, pero insuficiente. Es necesario educar, pero ¿cómo educar cuando no existe una base comunitaria? Y ahí es cuando el concepto de vulnerabilidad juega un papel. Si no hay una comunidad que brinde apoyo ¿cómo podemos pensar en modificar sostenidamente algunos comportamientos? Pero no todo está perdido. A falta de una comunidad, existen pequeños grupos que pueden aportar a la cohesión grupal de una comunidad en forma atomizada, lo cual lo hace más complicado pero no imposible. De ahí la importancia del trabajo de los grupos no gubernamentales de base comunitaria. Hay toda una estrategia de mercadotecnia que se puede utilizar para facilitar esa labor, pues no existe otra red de formación de valores. (Izazola, 1998:5).

En este sentido, comenta el doctor Izazola “la campaña de la Secretaría de Salud está enfocada a padres y madres de adolescentes, y aquí hay otra falacia: si bien es cierto que hay muchos adolescentes que se infectan con el VIH, la mayor parte de estos (65

por ciento), son hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, tal pareciera que eso se le olvida a las autoridades de Salud. Entonces, cuando sus campañas dicen: 'Hablemos del sida con nuestros hijos e hijas, una forma de evitar el sida es el condón', si los adolescentes varones gay no pueden hablar con sus padres de su orientación sexual ¿podrán hablar del uso del condón? Los adolescentes varones homosexuales son los más vulnerables porque están más aislados" (*op cit*).

Desafortunadamente, esto es cierto, porque a pesar de que estamos en el siglo XXI aún existen muchos prejuicios hacia los homosexuales, por lo cual el aislamiento de estos muchas veces se hace aparecer como necesario, y esto propicia la desinformación respecto a la salud sexual

Por su parte, el investigador de la UNAM Díaz-Loving (1999:26), nos dice que la información preventiva no cumple su propósito porque no sólo resulta insuficiente para provocar un cambio de comportamiento, sino va en detrimento mismo de la respuesta buscada. Lo mismo sucede con la información sobre la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Para las personas que hayan incurrido en una conducta de riesgo, recibir información sobre la posibilidad de estar infectados provoca mucha angustia y tensión, y esto las lleva a negar la relevancia de la información. En esos casos, los conocimientos no son suficientes para cambiar la conducta sexual hacia la prevención, e incluso pueden resultar contraproducentes.

"La información preventiva es efectiva siempre y cuando la población receptora no haya incurrido aún en conductas de riesgo. La información dirigida a prevenir la infección por VIH, debe preceder a las conductas de riesgo. Sólo así ayudaría a las personas a decidir respecto a modificar o no sus conductas. Desgraciadamente, la mayor parte de la información preventiva llega tarde, cuando el o la joven ya inició su vida sexual. Los programas de educación sexual deben incluir la parte biológica y la afectiva; las emociones y el respeto a la otra persona, a sus decisiones, actitudes y valores" (Díaz-Loving,1999:26).

Un estudio denominado "Encuesta global sobre sexo Durex 2001" realizado por los fabricantes de condones Durex, demuestra que, a pesar del aumento generalizado de casos de VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, casi la mitad de la

población del mundo (46 por ciento), manifiesta no sentir preocupación de contraer estas infecciones y casi cuatro de cada diez (38 por ciento), no toman medidas de protección.

En cuanto a los mexicanos, la encuesta refiere que (48 por ciento) están preocupados por contraer VIH/sida u otras enfermedades sexualmente transmisibles, pero, 47 por ciento de los mexicanos no toma medidas para prevenir los contagios (Ssa, 1997:10)

Nos damos cuenta, por tanto, que la invulnerabilidad al riesgo de los individuos no sólo es a nivel nacional sino también a nivel mundial; entonces ¿habría que educar a todo el mundo?

En México, hombres y mujeres manejan el no estar en situaciones de riesgo, bajo el argumento de la fidelidad; y ¿qué sucede con las amas de casa, por ejemplo, donde sólo tienen una pareja sexual, pero sus esposos tienen más? pues que los elementos de riesgo son más altos cuando creemos lo que queremos creer y no lo basamos en información fundamentada.

Dentro de las relaciones de noviazgo, en parejas esporádicas, es más fácil incluir el condón en la relación sexual, porque como no hay un vínculo afectivo, entonces se maneja 'si quiere conmigo que use el condón; si no, pues adiós'; esto se da en parejas heterosexuales y homosexuales. En las parejas estables, sí tiene que haber una plática, como una invitación. Se puede pensar entonces que ¿las parejas estables no usan preservativos por la confianza en la relación? Este es un punto importante a tratar en este estudio.

1.7 INVULNERABILIDAD AL RIESGO

En nuestro país, como en otras partes del mundo, la población juvenil es hoy uno de los sectores más vulnerables y más desprovistos de información respecto de las ETS. Ser jóvenes reporta una serie de ventajas, pero también una serie de costos y muchos de ellos los colocan en una situación de riesgo. Por ejemplo, limitan su auto cuidado, pues se considera no estar en onda.

Los jóvenes no están apropiados de su cuerpo; esta frase refleja la idea de que el cuerpo es algo que yo habito pero que no es mío, por eso se dice *hasta que el cuerpo aguante*, entonces el cuerpo es algo de lo cual se abusa en una mesa de tragos, en el deporte y en el sexo. Una desventaja es la iniciación sexual precoz y desprotegida. Empujados por la presión de otros amigos aprenden a correr riesgos, con relativas para él y su pareja (Pérez, 2001:1).

Sin embargo, en contradicción con lo anterior, las personas jóvenes son mucho más vulnerables a las ETS y el VIH/sida que las personas mayores. Como el desarrollo social, emocional y psicológico de los jóvenes es incompleto, tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta cabal del peligro. En realidad, el comportamiento sexual arriesgado suele ser parte del cuadro más amplio del comportamiento de los jóvenes, incluidos el uso de alcohol y drogas.

Por otra parte, en su mayoría las personas jóvenes tienen sólo un conocimiento limitado del VIH/sida, en gran parte porque la sociedad no les facilita la obtención de información. Como los adolescentes están en un período de transición en el que ya no son niños pero no han llegado a la edad adulta, las respuestas de salud pública a las necesidades de esos adolescentes suelen ser contradictorias y llevar a confusión. Al mismo tiempo, las normas y expectativas sociales, junto con la opinión de los compañeros, influyen poderosamente en el comportamiento de los jóvenes, generalmente de manera tal que contribuyen a aumentar los riesgos para la salud.

Aún si reconocen en general el riesgo de contraer el VIH/sida, muchos jóvenes creen que ellos mismos son invulnerables. En Tanzania, por ejemplo, solo 26% de los estudiantes varones entrevistados pensaban que estaban en “alto riesgo” de contraer el VIH/sida, aunque 48% pensaban que sus amigos estaban en alto riesgo (*op cit*).

Aún en lugares donde la prevalencia del VIH/sida es alta, como Sudáfrica, algunas personas jóvenes no se consideran en riesgo, mientras otros han dicho en discusiones de grupos de enfoque que si se infectaran, serían otros los responsables y no ellos. Algunos jóvenes hasta ponen en duda la existencia del SIDA. En Zimbabwe, donde la prevalencia nacional del VIH entre las mujeres jóvenes es superior al 23%, más de la mitad de las jóvenes entrevistadas dijeron que no corrían riesgo de ser infectadas por el VIH/sida (Pérez, 2001:1). Se concluye entonces que los sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad, llevan al joven a experimentar con todo y sin peligro, pues sólo los demás están expuestos a riesgo de enfermedad o muerte.

Ahora bien, no se trata de pensar que actualmente son más promiscuos o que tienen menos recato, etc, se trata de comprender al adolescente contemporáneo bombardeado por el erotismo presentado en los medios de comunicación (tv, cine, música, anuncios publicitarios, etc.), lo cual genera la tendencia a identificar el amor con lo sexual, hasta el punto de considerar que no hay amor sin el ejercicio de la sexualidad. En este sentido, los adolescentes se entregan cada vez más a flirteos y por consiguiente a experiencias sexuales precoces y en su mayoría sin protección.

1.8 CONFIANZA EN LA PAREJA

Una pareja funciona de manera adecuada cuando ambos miembros pueden confiar uno en el otro. Se supone que cuando se establece una relación es porque se desea estar con una persona y serle fiel, pero a veces, nos sentimos atraídos hacia otra persona distinta a

nuestra pareja. La infidelidad no tiene justificación si la pareja funciona bien en todos los aspectos.

Por otra parte, las parejas estables consolidadas tienden a confiar plenamente en sus parejas y no adoptan medidas preventivas frente a las enfermedades de transmisión sexual. Los riesgos que introduzcan en la relación la infidelidad de cualquiera de los miembros, podrían no ser percibidos, puesto que la mayoría de las ETS no se manifiestan al momento del contagio.

El tipo de relación de pareja establecida tiende a condicionar la percepción de riesgo. Se ha observado que personas que adoptan medidas preventivas en relaciones esporádicas, al iniciar una relación, cuando ésta se hace estable y se adquiere un mayor grado de conocimiento y confianza, dejan de protegerse exponiéndose a riesgos frente a las enfermedades de transmisión sexual (Internet, 2003).

Entonces, podemos concluir que cuando en una pareja existe un vínculo afectivo y además es considerada como una relación estable, no se introduce el condón porque las relaciones sexuales significan amor y compromiso y no riesgo.

1.8.1 DESCONFIANZA EN LA PAREJA

En el contexto de las relaciones afectivas, la desconfianza puede ser un enemigo latente, oculto, misterioso. Puede aparecer cuando menos se le espera y proyectarse como una sombra que empaña todos los momentos de interacción, aún los más íntimos. Su presencia y permanencia varía de acuerdo a las personas involucradas y si no hay conciencia de su origen fractura la confianza y el amor recíproco.

La pérdida de confianza hacia la pareja llega a perfilarse como una constante, pues es un elemento central de las relaciones afectivas y suele ser muy frágil. Sin embargo, lo

común es que la pareja, en un momento o en otro, llegue a asumir ciertas conductas que en ocasiones pueden herir al compañero(a). Lo hace accidental o deliberadamente, una vez o siempre. Pero en todos los casos el resultado puede ser el mismo: la pérdida de la confianza, el sentimiento de traición y la herida emocional.

Las aventuras amorosas constituyen la forma clásica de herir y traicionar; dañan directamente la confianza. La desconfianza por infidelidad provoca decepción, duda, temor. Genera un estado de intranquilidad al que pocos pueden hacer frente. Descubrir ese tipo de traición a la confianza golpea donde más vulnerables somos. Ataca lo más profundo de nuestro ser y amenaza nuestra sensación de seguridad, enfurece y nos aterra. Incluso en aquellos casos en los cuales la pareja insiste en que su acción *no significa nada*, una aventura sentimental cambia la relación para siempre y, en muchos casos, la termina (Cantú, 2001:1).

Varias investigaciones reportan que entre más estrecho y estable es el vínculo amoroso de una pareja, se torna más difícil el sexo seguro, ya que el mismo vínculo les representa confianza y una necesidad mayor de cercanía física y amorosa.

CAPITULO II

EL CONDÓN

2.1 ANTECEDENTES DEL CONDÓN.

Hay quienes atribuyen a la civilización egipcia la invención del preservativo. No obstante, los antecedentes son más precisos en el siglo XVI. Gabrielle Fallopio, sabio anatomista, preconizaba entonces, para proteger de la sífilis, envolver el glande dentro de una teja empapada de una preparación antiséptica.

Los primeros condones que existieron (siglo XVIII), se hacían de intestinos de animales con el objeto de prevenir la transmisión de enfermedades sexuales; sin embargo, este método no fue muy eficaz para detener algunas de las ETS. Pero gracias al descubrimiento de la vulcanización del caucho por Goodyear en 1839, los preservativos fueron hechos de látex desde 1844; este látex proviene de la sabia de un árbol llamado hevea. Este producto es altamente resistente y protege tanto para el paso del esperma como los virus de las ETS (Encarta, 2000).

Entonces, los condones pueden prevenir tanto el embarazo como las enfermedades de transmisión sexual, ya que los estudios de laboratorio indican que los espermatozoides y los organismos causantes de las ETS no pueden pasar a través de un condón de látex intacto, porque no tienen ningún agujero, ni siquiera de tamaño microscópico. Los estudios epidemiológicos de usuarios de condones confirman que éstos pueden ser muy eficaces.

Sin embargo, ocasionalmente ocurren fallas. De acuerdo con varios estudios, las causas de tan lamentables situaciones se deben en primer lugar al error humano, es decir, a la mala utilización del condón, a no seguir las instrucciones correctamente. Esto se debe,

por un lado, a la falta de instrucciones en el producto o a la poca claridad de ellas y, por otro lado, a la escasa experiencia de los usuarios, que aparentemente constituye la causa más común.

2.2 USO DEL CONDÓN COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL VIH/SIDA.

Según la Ssa (1997:10) el uso adecuado y constante del condón es una de las estrategias recomendadas para la prevención del VIH/sida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Recientemente se publicó un estudio titulado “Effectiveness of condoms in preventing HIV transmisión”, del doctor Steven D. Pinkerton y el doctor Ambrason, donde analizan 89 estudios científicos sobre la efectividad del condón y concluyen que el uso correcto y constante del mismo protege de un 90 a 95 por ciento de la transmisión de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), siendo las principales fallas derivadas del uso incorrecto o inconsistente por parte del usuario. Esta conclusión ha sido también documentada y confirmada por más de 437 estudios científicos publicados al respecto.

Una de las evidencias más contundentes de la efectividad del condón, divulgada como una experiencia exitosa a nivel mundial por el Programa Mundial contra el SIDA de las Naciones Unidas (Unaid), es el Programa Condón al 100 por ciento, recién realizado en Tailandia, donde se observó que posteriormente a la promoción masiva del uso del mismo como única estrategia, se disminuyó en 85 por ciento las ETS y se logró estabilizar y reducir las altas prevalencias del VIH que se estaban observando en reclutas y mujeres embarazadas (*op cit*).

Señala también la Secretaría de salud (1997:10), que el condón es el único método de planificación familiar que sirve para prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS) como el sida, pues funciona como una barrera mecánica que impide el paso de bacterias

como la *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Mycoplasma hominis*; parásitos como las *Trichomonas vaginalis* o virus como el del herpes, el de la hepatitis B o el VIH.

Existen tres tipos de condones de acuerdo al material con que están hechos: de látex, de tejido animal y de poliuretano. Los efectivos para la prevención de las ETS son los elaborados de látex para hombres o de poliuretano para mujeres. El más distribuido y utilizado en todo el mundo es el hecho de látex, sustancia que se extrae de algunas plantas como el árbol del caucho. Los de látex se reportan como biodegradables, a diferencia de los elaborados con plásticos (como los de poliuretano). Los condones de látex tienen una vida útil promedio de 5 años a partir de su fecha de manufactura. Conviene saber que pueden deteriorarse fácilmente si se exponen a ciertas condiciones como son: luz ultravioleta, calor, humedad, ozono o aceites minerales y vegetales, por lo cual se recomienda almacenarlos de manera adecuada y usar exclusivamente lubricantes de base acuosa.

Ciertamente, el condón no es infalible, como tampoco lo son los cinturones de seguridad, las vacunas, los cascos, los guantes o la mayor parte de las medidas preventivas. La vacuna de la influenza protege de 60 a 80 por ciento y el cinturón de seguridad reduce en un 40 por ciento o más las muertes por accidentes automovilísticos; sin embargo, utilizamos estas medidas ya que disminuyen de manera importante los riesgos. En el caso de los condones de látex, múltiples estudios han demostrado la eficacia para prevenir la transmisión del VIH, cuando se utilizan de manera correcta y consistente, cercana al 100 por ciento (Ssa,1997:10).

Existen lineamientos internacionales y nacionales para el control de calidad y la seguridad de los condones. En nuestro país, la Norma Oficial Mexicana (NOM 016-SSA1-1993), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de septiembre de 1994, establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex. En esta norma se consignan las propiedades que deben tener y los métodos de prueba que tienen que realizarse para asegurar su calidad. Los condones de látex o de poliuretano no deben presentar orificios visibles, por lo cual los estudios de calidad de los mismos se realizan con pruebas de presión de agua o aire.

Diversos estudios científicos, entre los cuales destaca el realizado por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos, concluyen que el condón reduce 10 mil veces la transferencia de fluidos, por lo cual disminuye significativamente el riesgo de transmisión del VIH. Los condones de látex no presentan poros de manera natural, pero por defectos en su manufactura se pueden producir pequeños orificios microscópicos que se evitan con un adecuado control de calidad. El VIH, causante del sida, es uno de los virus más pequeños relacionados con las ETS, y mide 100 nanómetros. En los estudios de control de calidad de los condones se utilizan partículas de agua y de aire, las cuales son mucho más pequeñas que el VIH. Por tanto, si este método de barrera es utilizado correctamente impedirá de manera eficaz el paso de este virus o de otros gérmenes causantes de ETS. La posibilidad de rompimiento de los condones es de 0.5 por ciento en uso vaginal y de 3.6 por ciento en uso anal (*op cit*).

De acuerdo al estudio europeo publicado en el New England Journal of Medicine en 1994, el uso del condón en 124 parejas heterosexuales en el que una de las dos personas estaba infectada, no condujo a ninguna infección por VIH a pesar de haber ocurrido más de 15 mil episodios de relaciones vaginales o anales entre ellas.

Actualmente, en la Ciudad de México, mueren por VIH/sida más de dos personas al día; de hecho, en hombres jóvenes es el principal problema de salud que ocasiona fallecimientos (Ssa,1997:10).

La infección por el VIH puede adquirirse por vía sexual, por transfusión de sangre o de derivados sanguíneos contaminados, por utilizar agujas o material cortante contaminado con el virus, como en el caso de los adictos a drogas intravenosas, y también puede transmitirse de madre a hijo en el caso de las mujeres embarazadas, (en este último caso la infección ocurre durante el parto).

Al entrar al organismo, se producen anticuerpos contra el VIH que pueden encontrarse en el torrente sanguíneo del paciente de una semana a tres meses después de la infección inicial. Estos anticuerpos se detectan con las pruebas de ELISA y la Western

Blot. Si se desea medir directamente la cantidad de virus en el organismo, es preciso realizar el examen de carga viral (Ssa,1997:10).

De acuerdo con Treviño (1997:7), una vez que el VIH entra al organismo invade directamente los ganglios linfáticos que son los centros donde se concentran algunos tipos de glóbulos blancos. Los glóbulos blancos son células de la sangre encargadas de la defensa del organismo contra los gérmenes dañinos. Después del primer contacto con el VIH pueden pasar de tres a doce años en promedio para producirse síntomas de sida, mientras tanto el VIH vive y se reproduce activamente tanto en los ganglios linfáticos como en la sangre del paciente; en esta etapa, sin embargo, el sujeto permanece asintomático hasta que se produce un debilitamiento del sistema inmunológico tan grande como para presentarse las infecciones oportunistas que aprovechan el daño causado al sistema de defensa. La aparición de algunos tipos de tumores malignos como el sarcoma de Kaposi o el linfoma, también se facilita por el daño producido al sistema inmunológico.

Por su parte, el doctor José Esparza, asesor del programa de vacunas de Onusida, en el mismo sentido afirmó: “Es más difícil cambiar la conducta sexual de las personas que encontrar una vacuna contra el sida. No hay cambio de comportamiento, no hay educación, no hay condón que pueda parar esta pandemia.” (Brito, 1998:6).

Tradicionalmente, son los hombres quienes deciden cómo, cuándo y dónde tener relaciones sexuales. Onusida propone ahora trabajar en un nuevo y muy necesario enfoque centrado en los hombres, sin abandonar los esfuerzos anteriores dirigidos a las mujeres. Dicho enfoque deberá contemplar los supuestos del modelo de masculinidad dominante que se levantan como verdaderos obstáculos a la labor preventiva. La afirmación de la masculinidad a través de las conquistas sexuales, lleva a muchos jóvenes y adolescentes a no dejar pasar ninguna oportunidad de tener relaciones sexuales, aun cuando no tengan condones a la mano. La creencia masculina de que sin penetración no hay verdadero sexo y que las otras formas de expresar la sexualidad no cuentan, impide a los mensajes sobre sexo seguro tener mayor impacto.

El columnista Brito (2000:7) expone en un artículo que Onusida se propone “cambiar esas actitudes y comportamientos masculinos habituales debe formar parte del esfuerzo para contener la epidemia de sida.” Y no se trata de señalar a los hombres como los culpables sino más bien de estimularlos a sumarse al combate contra el sida, a que acudan a los servicios de salud sexual y reproductiva. Se trata de crear ambientes de confianza que posibiliten la comunicación con aquellos hombres temerosos de hablar de sus conductas sexuales de riesgo; con ello, mujeres y hombres saldrían ganando.

Cruz (1998:9) señala que una campaña la cual incentivó el uso de preservativos en el ejército tailandés redujo significativamente las infecciones por VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), según una investigación de la Universidad John Hopkins, de Baltimore, Estados Unidos. El estudio fue realizado sobre dos grupos de soldados de las provincias del norte de Tailandia. El primero fue investigado entre 1991 y 1993, y el segundo entre 1993 y 1995. Cuando el segundo grupo estaba siendo evaluado, el índice de infectados con el VIH descendió 500 por ciento y las ETS mil por ciento. El profesor David Celentano, de la mencionada universidad, señaló que estos resultados muestran "cuan importante es educar sexualmente a gente activa en el uso de preservativos."

Brito (1996:7), en lo referente al uso del condón en los jóvenes, señala que el condón puede contribuir también a reforzar la imagen de dominio en muchos adolescentes: “el condón puede ser un reflejo de estatus masculino”; para un joven “traer un condón consigo le reafirma su hombría” y le da prestigio dentro de su grupo social. En palabras de uno de los entrevistados: los amigos “sólo lo traen (el condón) para presumir que tienen relaciones sexuales”. Y en palabras de los entrevistadores: aquí “la representación social (del condón) está más enfocada a la presunción y al prestigio que (a su adopción) como una medida preventiva”.

De acuerdo a estudios realizados por CONASIDA (2003) se encontró que desde el inicio de la epidemia, en México se han registrado 45,134 casos acumulados de SIDA hasta el 30 de junio del año 2000. Sin embargo, considerando el retraso en la notificación y el subregistro, se estima que en realidad pueden ser alrededor de 64,000 casos. Se estima que existen entre 116,000 y 177,000 personas infectadas con VIH. La relación hombre-

mujer es de 6 a 1, pero esta misma relación aumenta a 10 hombres por cada mujer en los casos de transmisión sexual (hombres, 90.6%; mujeres, 9.4%). Los estados más afectados son, en orden de importancia, DF, Jalisco, Baja California Norte, Morelos, Yucatán y Baja California Sur.

Pero la buena noticia es que más de la mitad (58 por ciento) de la población global ha cambiado su conducta sexual. En México, los hombres lo han hecho en un 62 por ciento y las mujeres en un 55 por ciento. Es un hecho que la presencia del SIDA ha contribuido a modificar estas costumbres. Los hombres por ejemplo, han limitado cada vez sus relaciones sexuales a una sola pareja. Además, son más cuidadosos en cuanto al tipo de compañera elegida. Cabe subrayar que ésta fidelidad está basada, sobre todo, en el temor de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual.

Al respecto, sobresalen las medidas que en este sentido han tomado los sudafricanos, destacando como el país con más cambios realizados. De hecho, 9 de cada 10 entrevistados afirmaron haber alterado de alguna manera su conducta. Le siguen los estadounidenses, 74 por ciento, los tailandeses y nigerianos, con un 73 por ciento y los rusos, con 70 por ciento (Díaz-Loving, Torres, 1999:32).

Existen muchos enfoques para prevenir la transmisión sexual del VIH entre los varones y sus parejas. Entre esos enfoques figuran la abstinencia, la fidelidad mutua, las prácticas sexuales sin penetración vaginal o anal y la utilización del preservativo. No obstante, la mayor parte de los mensajes de prevención son simplistas y no se adaptan a la compleja y a menudo oculta realidad de las relaciones de los varones con las mujeres o con otros varones. Las campañas nacionales contra el SIDA han fomentado con cierto éxito la abstinencia fuera del matrimonio y la fidelidad dentro de él. Sin embargo, para los varones jóvenes la abstinencia es difícil, de modo que es necesario ofrecerles diversas alternativas para la reducción del riesgo.

Díaz-Loving y Torres (1999:29) plantean que la resistencia a utilizar el preservativo, dentro o fuera de las relaciones permanentes, puede tener sus orígenes en las actitudes de los hombres respecto al sexo. En muchas culturas la necesidad sexual del hombre se

considera incontrolable. Diversas investigaciones realizadas en México y el Brasil, han puesto de manifiesto que algunos varones creen que no pueden dejar pasar ninguna oportunidad de tener relaciones sexuales, aun cuando no tengan un preservativo a mano.

2.3 ACTITUD HACIA EL CONDON.

El uso del condón, dentro del contexto del sexo seguro es el método más eficaz para prevenir las ETS en aquellas personas sexualmente activas, sin embargo, su uso no ha parecido incrementarse lo suficiente entre los jóvenes, a pesar de la dimensión de las epidemias -principalmente el VIH- y de la publicidad que se le ha dado en las distintas campañas preventivas.

Las ETS, como ya se mencionó, son enfermedades transmitidas principalmente por vía sexual, por lo cual las autoridades sanitarias han propuesto que el condón sea usado como una buena alternativa para prevenir la transmisión de aquellas. De esta manera, se podría afirmar que si todos los sujetos usaran siempre condón, las ETS se podrían controlar.

Sin embargo, el uso del condón se ve obstaculizado por las creencias acerca de su efectividad y por otros factores, como las actitudes, la norma subjetiva y la motivación para complacer al otro. Entre más se conozca acerca de los factores que influyen en la decisión de llevar a cabo o no una conducta, mayor es la posibilidad de influir en ella, (las conductas se encuentran en función de las intenciones para realizarlas y tales intenciones son determinadas a su vez por actitudes hacia la realización del comportamiento). Toda acción ocurre respecto a un objeto determinado, un contexto y un tiempo preciso.

Rozat (2000:5) menciona que en una encuesta realizada en 14 países por Durex en 1999 (productora de condones), a 10 mil personas de entre 16 y 45 años, resultó que el 17 por ciento de los entrevistados no se preocupa del riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); 25 por ciento (entre 16 y 19 años) no se siente

amenazada por él y tres de cada diez no tomaron precauciones al tener su primera relación sexual. En la investigación resulta que todos conocen el sida; sin embargo, es alarmante el desconocimiento de las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS); por ejemplo, 32 por ciento no sabe nada de la clamidia. Por otro lado, 62 por ciento de quienes tienen entre 16 y 19 años utilizaron mucho más el preservativo en los últimos tres meses, contra 39 por ciento de quienes oscilan entre los 30 y 39 años. Además, 98 por ciento de los encuestados es favorable a la educación sexual y ocho de cada diez consideran al preservativo como el método anticonceptivo más accesible, a excepción de Tailandia y Francia, donde ese lugar lo ocupa la píldora.

Según una encuesta de la Secretaría de Salud (1997:10), el uso de los preservativos declina a medida que aumenta la frecuencia de las relaciones sexuales: cuando éstas llegan a darse una vez a la semana, la utilización de los preservativos disminuye a 30 por ciento y baja aún más cuando la frecuencia se vuelve bisemanal. La utilización de los preservativos es de sólo 15 por ciento para los que tienen dos o más relaciones a la semana.

Como esa frecuencia es sólo posible en relaciones duraderas, se puede entender por qué la anticoncepción oral, la píldora, empieza a reemplazar de modo importante al condón, porque lo que está en juego aquí es más una protección contra el embarazo que una protección contra el sida, cuyo peligro en parejas estables y de larga duración parece desdibujarse. Sobre todo porque, con la posibilidad de los actuales exámenes de detección, una relación estable y basada en la confianza puede hacer pensar que el problema del sida ya no les compete de manera inmediata.

Rozat (2000:5) menciona que en una encuesta realizada por la Ssa en 1996, los jóvenes que toman riesgos serían cerca de 100 mil en peligro potencial (del total de la generación de 15 a 18 años), lo cual ameritó que los poderes públicos se interesasen en sus determinaciones individuales y colectivas. Como generación, se puede constatar que la preocupación por el sida ha sido integrada en los primeros años de los noventa. En la fecha de su primera relación, 50 por ciento de los jóvenes en 1991, se sentían "concernidos",

pero en 1993, ya eran 70 por ciento. Concientización marcada por el aumento del uso casi generalizado del condón.

El miedo al sida puede provenir de la experiencia personal, de conocer a alguien con sida, de las campañas masivas o de la información escolar y parental. Casi 20 por ciento de esa generación conoce a alguien, amigo o familiar, afectado por la epidemia, incluso se pudo mostrar que mientras más cercana esté la persona enferma más se consolida el uso del condón.

Los jóvenes encuestados presentan varias reacciones frente al sida. Hay quienes tienen un miedo bastante irracional, reacción compartida con una parte de los adultos: el sida es una amenaza que desborda la capacidad de control y de pensar "de uno"; lo extraordinario del caso es que los aterrorizados son también quienes menos precauciones toman en sus relaciones. Así, parecería que ese sentimiento primario tendría un efecto esencialmente paralizante.

Para la mayoría que ha integrado realmente la presencia del sida, la distinción entre amenaza y riesgos tiene consecuencias sobre las estrategias de prevención. Así podemos pensar que en el uso del condón, no está en acción sólo una reacción elemental a una amenaza difusa y de otro modo incontrolable, sino que es una estrategia de protección. Incluso el hecho de declararse enamorado de su pareja no está para nada asociado con la utilización o no de preservativos, ni en la primera relación ni en la más reciente.

En total, el rápido aumento de la utilización de los preservativos en la primera relación sexual entre 1989 y 1993, parece estar ligado al peso creciente de la epidemia y al impacto de las campañas de prevención. Pareciera incluso que el mensaje ya pasó y que los jóvenes con relaciones sexuales múltiples en el momento de la encuesta, tienden a utilizar el condón más aún que sus predecesores. Quienes han empezado a utilizarlo en su primera relación, continúan utilizándolo de manera masiva, incluso años después (Rozat, 2000:5).

En una investigación realizada en 1991 por Díaz Loving (citado en López, 2000:19) y colaboradores, se encontró que las personas que aceptan en las relaciones sexuales usar el condón presentan rasgos de abnegación, a la vez, tienen como un valor importante la búsqueda de placer, y quienes ofrecen el uso del condón muestran rasgos de seguridad y consideran que su salud depende de ellos y adoptan más conductas preventivas, como tener sólo una pareja y usar condón.

El amor y la sexualidad están asociados a la confianza y hay una indisposición a integrar un elemento de desconfianza como el preservativo en una relación íntima. Las mujeres pueden pedirles a sus esposos o parejas que usen el condón y tomar eso como una meta en cuya consecución deben incorporar a sus esposos constantemente.

A pesar de que se saben las consecuencias por no utilizar el condón en las relaciones sexuales, el uso de éste es bajo en nuestro país. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud:

--En 1995 se usaron 55 millones de condones, lo que equivale a 1.16 condones por persona adulta (de 15 a 49 años) cada año. Esta tasa anual de uso del condón en el mismo grupo de edad fue de 3.98 condones por persona en Suiza, 4.35 en Costa Rica y 10 en Tailandia.

--Actualmente en nuestro país, sólo se utilizan entre 2.5 y 3.6 por ciento de los condones que se requerirían para prevenir la transmisión de las ETS y del VIH/sida.

--De todos los casos que adquirieron el VIH por transmisión sexual, ninguno utilizó el condón como medida preventiva, por lo cual es muy importante promover su uso como una estrategia fundamental para la prevención del sida y otras enfermedades de transmisión sexual (Ssa, 1997:10).

Los estudios reportan que el uso del condón al parecer no se asocia con la edad, género y preferencia sexual. Las personas con conductas de riesgo no están convencidas del uso del condón y 66 por ciento de ellas no se siente amenazada por el SIDA, es decir, no usan el condón porque se sienten invulnerables a los riesgos de contraer el sida. Los

estudiantes consideran que el uso del condón sólo previene el embarazo, pero lo usan poco, quienes lo usan con mayor frecuencia piensan que brinda mayor placer (Díaz Rivera y Aragón, 1992, citado en López, 2000:19).

Los individuos procuran tomar medidas de protección cuando tienen una actitud positiva para realizarla y cuando creen que otras personas importantes para ellos piensan que deben actuar del mismo modo; así, si se tiene del condón una actitud positiva, entonces se usará, con mayor frecuencia si los propios amigos lo hacen.

Prohaska (1990, citado en López, 2000:19), plantea que no hay una asociación entre el empleo del condón y la percepción de riesgo. Steben (1986, citado en López, 2000), por su parte, sostiene que quienes tienen múltiples parejas usan el condón como método anticonceptivo y manifiestan una actitud favorable hacia el condón. En Francia, el 86 por ciento de los jóvenes se pronuncian a favor del preservativo, pero sólo 5 por ciento de los estudiantes y 25 por ciento de los jóvenes sexualmente activos lo utilizan.

La mayoría de la población con múltiples parejas sexuales usa el condón de manera ocasional. El poco uso del condón se puede atribuir a la incomodidad, la inconveniencia y la sensación de que limita el placer.

Lamentablemente, a pesar del ligero aumento en el uso del condón, su consumo es aún bajo. De acuerdo a cifras actuales, 46 millones de parejas aproximadamente lo emplean como forma de contracepción. La gran mayoría de ellas pertenecen a países del llamado primer mundo y únicamente un 0.3 por ciento a América Latina y el Caribe (Gómez, 1993:26).

“Ahora, aunque las campañas han logrado incrementar el uso del condón, la respuesta no ha sido proporcional al grado de avance de las epidemias en cada región o país en particular. Aparentemente, la respuesta es más positiva en los países donde existe una verdadera educación sexual abierta, clara y sin tapujos. Por ejemplo, en Estados Unidos, país con el mayor número de casos de ETS en el mundo, el aumento del uso del condón es de sólo 10 por ciento, mientras en algunos países europeos, éste se ha doblado en unos cuantos años. La diferencia estriba en que mientras en los países

escandinavos se habla claramente acerca de las ETS –el SIDA principalmente-, de la importancia del condón y en las escuelas se enseña a los estudiantes todo lo que se debe conocer para su uso correcto, en ciertos estados de E. U. se propone la abstinencia como solución. Otros de los factores que influyen en el uso del condón es su disponibilidad en ciertas regiones del mundo; hay países en donde con dificultad se consiguen y si se encuentran el costo es muy alto” (Gómez, 1993:27).

En México -al igual que sucede con muchas cosas-, las cifras y porcentajes del uso del condón son un tanto desconocidos. Quizás lo único cierto es que su empleo es poco frecuente. Las estimaciones más optimas no pasan de un 7%, según algunos cálculos. Durante 1986, se vendieron un millón de condones al mes; las ventas en 1988, se estimaron en 28 millones de unidades. Poco se puede sacar de estas aproximaciones. Aparentemente, el aumento en su consumo ha ocurrido principalmente entre quienes realizan prácticas de riesgo.

Pero a pesar de la falta de precisión, el hecho de que el consumo del condón sea tan bajo, mientras en el país cada día se engrosa el número de enfermos, no deja de ser motivo de preocupación. Las condiciones socioeconómicas que México comparte con el resto de los países tercermundistas, la tradición católica de recibir “todos los hijos que Dios mande”, la falta de una educación sexual adecuada, clara y sin pudores, los prejuicios, tabúes y demás fantasmas que impiden hablar abiertamente de sexo, son de los tantos factores que contribuyen a la existencia de esta situación (Carrillo 1992, citado en Gómez, 1993:27).

Orellan (1991, citado en Gómez,1993:28) menciona que en un interesante estudio realizado en San Francisco, Estados Unidos, por Kegeguels y colaboradores en 1988, con la intención de conocer los cambios a lo largo de un año en cuanto al conocimiento, actitudes y uso del condón en jóvenes, se encontró con que un 40.3 por ciento de las mujeres y un 69.4 por ciento de los varones reportaban haber tenido más de una pareja sexual en el transcurso del año de la investigación. Al finalizar el estudio, el 23 por ciento de las mujeres señalaron que su pareja sexual había utilizado el condón y el 49 por ciento de los varones reportó su utilización. Solamente el 2.1 por ciento de las mujeres y el 8.2 por

ciento de los varones habían utilizado el condón todas las veces que tuvieron relaciones sexuales ese año.

Ramírez (1989, citado en Gómez, 1993:28) menciona que datos de la industria del condón señalan que a partir de la aparición del SIDA ha proliferado en el mundo el consumo de preservativos. En México, hace 10 años se vendían anualmente 18 millones de preservativos; en 1986, las ventas aumentaron a 23 millones de piezas y en 1988, se calcula que las ventas de condones fueron de 28 millones de piezas. De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud, entre junio de 1986 y noviembre de 1987, el uso del preservativo aumentó de 15 a 30 por ciento en la población de entre 15 a 20 años de edad. En particular, el 73 por ciento de los compradores de condones de una marca comercializada por la Secretaría de Salud y distribuidores CONASUPO, son hombres en edad promedio de 27 años y en el Distrito Federal, el 29 por ciento son solteros, el 51 por ciento son nuevos usuarios de preservativos y de éstos, el 88 por ciento comenzaron a usarlos hace menos de 12 meses.

Valdiserri (1989, citado en Gómez, 1993:29) encontró en un estudio con 759 mujeres en la asistencia a las unidades clínicas, tuvo como objetivo conocer la relación entre las actitudes de las mujeres acerca del condón y su uso, revelando que la mayoría de las mujeres apoyaron el uso del condón como una manera importante de reducir las ETS (principalmente el SIDA). El 82 por ciento reportó que acepta el uso del condón, pero solamente el 14 por ciento reportó usarlo, además de otras formas anticonceptivas, para prevenir infecciones con patógenos transmitidos sexualmente. En la notificación del uso del condón en hombres, éstos perciben por igual el uso del condón y su efecto en el placer sexual, lo cual predice el aumento en el uso del condón.

Investigaciones realizadas en zonas urbanas en México, indican que los programas de información sobre las enfermedades de transmisión sexual no perjudican la imagen del preservativo como método de planificación familiar. Gracias a una campaña informativa de alto impacto y penetración, aumentó el conocimiento espontáneo del preservativo como método anticonceptivo y de prevención contra las ETS. Ambos tipos de conocimientos estaban estrechamente relacionados (Stover, 1991, citado en Gómez, 1993:29).

La batalla por la prevención de las ETS (principalmente el SIDA) en México, definitivamente no ha tenido el impacto deseado. Se ha incrementado exclusivamente el conocimiento sobre las prácticas de riesgo, pero eso no condujo a un cambio de conductas. Una persona puede saber perfectamente que el uso adecuado de un condón en cada relación sexual puede prevenir la transmisión del VIH y, sin embargo, de nada sirve tener un conocimiento sobre los pasos a llevar a cabo y no tenerlo a mano en el momento de la relación sexual.

“También, puede haber temor a las implicaciones sociales de comprar o poseer un condón. El conocimiento simple puede ser insuficiente. Necesitamos conocimientos particulares de cada paso a seguir para estar siempre protegidos: cómo confrontar a la pareja, cómo erotizar el uso del condón, cómo integrarlo a la sexualidad. Por eso 90 por ciento de los estudiantes universitarios dicen saber cómo usarlo, y sólo 29 o 25 por ciento lo usa en cada una de sus relaciones. Para incrementar la consistencia en el uso del condón, se requieren modelos teóricos que incluyan una serie de variables que permitan predecir una conducta, es decir, una planeación, una capacidad, una serie de hábitos, una situación emocional, actitudes hacia una conducta particular e incluso expectativas y normas de otras personas importantes para el individuo” (Del Río, 1996:4).

Sin embargo, es importante señalar un dato interesante en cuanto a prevención, a partir de un estudio del comportamiento sexual de los hombres en la ciudad de México. Si dividimos a la población por cohortes, es decir, los nacidos en los cuarenta, cincuenta, sesenta y setenta, veremos claramente cómo la edad de inicio de la primera relación sexual ha pasado de los 17.5 años en los nacidos en los cuarenta, a los 16.4 años para aquéllos nacidos en los setenta. Sin embargo, la primera vez que se utilizó el condón, ya sea para prevenirse del embarazo o de una enfermedad de transmisión sexual o del sida, entre los nacidos en los cuarenta fue alrededor de los 26 o 27 años, y en los nacidos en los setenta fue alrededor de los 17 años. Esto quiere decir que aunque el uso del condón todavía no está tan diseminado como nos gustaría, entre los adolescentes el tiempo entre el inicio de la actividad sexual y el inicio del uso del condón ha disminuido: antes era de diez años, hoy

en día es de un año, y esto quiere decir que es entre los adolescentes donde hemos observado un aumento importante en el uso del condón” (Del Río, 1996:4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que diariamente se practican en el mundo 100 millones de relaciones sexuales, de las cuales 910 mil terminan en embarazo, 356 mil en enfermedades de transmisión sexual y unas 6 mil en infecciones por VIH/sida. Por otra parte, se calcula que anualmente se utilizan alrededor de 6 mil millones de condones, cantidad que dista mucho de los 13 mil millones requeridos para todas las relaciones en las cuales se corría el riesgo de exposición al VIH/sida.

En México, se venden de 30 a 32 millones de condones al año que, sumados a los 15 millones que en promedio distribuye de manera gratuita el sector salud, permiten suponer un uso de 45 a 50 millones de preservativos anuales en relaciones sexuales. Si se calculan de 35 a 40 millones de hombres en edad sexualmente activa, entonces esos 50 millones de condones servirían para que cada individuo utilizara de uno a dos por año. Es decir, el condón se usa regularmente en menos de 5 por ciento de las relaciones sexuales cada año (NotieSe, 1998:2).

La postura es muy clara, promover el uso del condón es una parte absolutamente esencial en la prevención de las terribles ETS. El condón salva vidas. No hay duda de ello, ya que existen evidencias irrefutables.

CAPITULO III

AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

3.1 AUTOCONCEPTO

Se ha considerado, para el presente estudio, analizar el autoconcepto considerando que guarda una posible relación con las decisiones tomadas por el individuo sobre sí mismo, en este caso sobre el uso del preservativo. Por lo tanto, se describen aquí las características individuales que percibe el individuo sobre su propio cuerpo, pero sin dejar de lado la relación social indisoluble que mantiene con un contexto.

Las postulaciones sobre el autoconcepto o concepto de sí mismo son muy diversas, por ello no existe una definición que sea válida para todas las corrientes psicológicas. Antes de analizar algunas de esas definiciones, es importante entender en primer lugar a qué se le llama "sí mismo".

William James (1968, cit en Martínez, 2000:25), es considerado por diversos autores como el primer psicólogo en estudiar el sí mismo. Este autor establece que el sí mismo es la suma total de cuanto hombre puede llamar suyo: su cuerpo, sus rasgos, aptitudes, posesiones, familia, vocación, ocupaciones, estados de conciencia y reconocimiento social. De igual forma, considera al sí mismo como un fenómeno consciente.

Uno de los aspectos más importantes para el desarrollo del ser humano es la adquisición del concepto del yo. Para William James, este concepto es la imagen que uno tiene de su forma de ser y que lleva el sentido del "yo real", "uno como realmente es" y es

considerada como la posesión más valiosa de una persona. James postuló que las creencias de una persona sobre sí misma influyen en sus decisiones y acciones.

Uno de los proponentes del concepto del sí mismo fue Allport (1955, cit en Martínez, 2000:31), quien hizo notar que todo lo que ha sido explicado con referencia al sí mismo, puede ser explicado igualmente bien sin él; la única ventaja de mantener la palabra es que permite atender áreas importantes de la Psicología, de otra forma ignoradas.

A pesar de ello, Epstein (1973, cit en Martínez, 2000:31), menciona que hay algunos teóricos identificados como fenomenologistas que consideran el autoconcepto no sólo como un útil constructo hipotético sino como un concepto central en psicología, mediante el cual se provee la única perspectiva para entender la conducta individual.

Para este autor, aunque hay desacuerdos acerca del valor del autoconcepto como un concepto explicativo, no puede haber más argumento que el sentimiento subjetivo de que tener un sí mismo es un importante fenómeno empírico digno de estudio por derecho propio. Como muchos otros fenómenos, el sentimiento subjetivo del sí mismo es dado por sentado hasta que está ausente. Cuando esto último ocurre, el individuo reporta un gran sentimiento de terror.

Rogers (1950, cit en Martínez, 2000:33), menciona que el autoconcepto incluye únicamente las características de las que es consciente el individuo y sobre las cuales cree ejercer control. Para este autor, las defensas básicas empleadas para defender el autoconcepto son la "negación" y la "distorsión".

Dana (1972, cit en Martínez, 2000:33), de igual forma, afirma que la defensa perceptual es un proceso análogo a la represión, cualquier estímulo amenazador es excluido de la conciencia o inhibido. Como cualquier otra percepción, las defensas perceptuales son afectadas por los valores, necesidades e intereses del sujeto; por ello, como cualquier mecanismo de defensa psicológico, las defensas que el sí mismo hace del autoconcepto son defensas en contra de la ansiedad.

Rosemberg (1965, cit en Martínez, 2000:33), señala que el autoconcepto consta de tres componentes:

1. El sí mismo existe. Se refiere a cómo el individuo se ve a sí mismo. Se conforma de cuatro áreas:

S Las partes que integran el contenido del autoconcepto, tales como la identidad social, las inclinaciones o formas de responder del sujeto y sus características físicas.

S La relación entre las partes que conforman la estructura: la visión del autoconcepto como global o específico, la variabilidad situacional en el autoconcepto y la conceptualización del sí mismo en términos de un exterior social y un exterior psicológico.

S Dimensiones del autoconcepto: dirección, intensidad, relevancia, consistencia, estabilidad, claridad, precisión, verificación.

S Los límites del objeto o extensiones del ego. Se refiere a las apropiaciones de objetos exteriores por el sí mismo.

2. El sí mismo deseado: Se refiere a una fuerza motivacional que sirve de referencia para juzgar el autoconcepto existente. Está compuesto por tres partes: imagen ideal, imagen de compromiso e imagen moral.

3. El sí mismo presentado se refiere a la imagen característica que tiene el individuo, debido a tres razones principales.

S El cumplimiento de objetivos, metas y valores.

S La consistencia del sí mismo y la autoestima.

S La internalización de roles sociales.

Todas estas definiciones hacen alusión a un individuo con características particulares pero que no está aislado de la sociedad. Se puede interpretar que según la percepción de un individuo sobre sí mismo a partir de una cultura interiorizada, actuará inclinándose más hacia ciertas conductas y no a otras, determinadas por la misma cultura y por la apreciación que haga de ella, incluyendo en éstas a las conductas sexuales, pues finalmente, el modo en como uno se siente con respecto a su persona afecta a todos los aspectos de su vida, desde la manera en como funciona en su trabajo y las posibilidades de éxito profesional, hasta la forma como se relaciona en el amor, en el sexo y su proceder dentro de las relaciones afectivas.

En general, el autoconcepto es la percepción de una persona sobre sí misma y de todo aquello que puede llamar suyo, incluyendo su cuerpo, familia, amigos, posesiones, creencias, valores, etcétera; además, el autoconcepto está compuesto de varias dimensiones que reflejan la experiencia personal y cultural de una persona.

3.2 AUTOESTIMA

De igual forma, este concepto cuenta con una gran diversidad de definiciones, así como un uso poco preciso para diferenciar la autoestima de otros términos. Sin embargo, a pesar de las distintas aproximaciones, ésta puede tener un nexo importante con las conductas sexuales no protegidas, si consideramos el valor que percibe el individuo sobre su propio cuerpo.

En Psicología social se dice que la autoestima se desarrolla a través de la interacción social. La autoestima también puede cambiar con el desarrollo de la personalidad y los cambios del individuo (experiencia sexual, matrimonio, etc). La autoestima está muy relacionada con la posición del rol y las normas sociales, así como la

eficacia con que uno desempeña su rol. El comportamiento de un individuo refleja su autoestima, lo cual establece una interacción entre la autoestima de la persona y la estimación que le demuestran los demás, es decir, el concepto de sí mismo surge de la relación del ser humano y su ambiente social.

En el caso de la mujer, la tendencia general de que estén entrenadas para decir siempre sí a las necesidades de las y los demás se ve como un conflicto oculto preexistente en la cultura, con repercusiones en el valor que se auto asignan. Por ello, cuando algunas pretenden cambiar las situaciones en su relación, pretender utilizar el condón en sus relaciones sexuales, enfrentan sentimientos de culpa y miedo por creerse 'provocadoras' de conflictos y ser desertoras de los mandatos sociales.

La baja autoestima también se puede observar en los hombres, y es referida generalmente a ciertos aspectos de su persona de acuerdo al modelo social que le impone asumir ciertas conductas, en este caso sexuales, como la no utilización del condón. De esta forma, en el caso de bajar la guardia, la presión es tal que se puede cuestionar su 'hombría' y 'virilidad' y, en consecuencia, enfrentar sentimientos de minusvalía y baja autoestima.

Cantú (2001:1) señala que debido a los esquemas socialmente aprendidos, la situación del hombre y de la mujer suele ser tendencialmente distinta en los conceptos afectivos. Las mujeres dan gran importancia a las relaciones humanas –amistades, familia, compañeros de trabajo y otras actividades, niños, niñas y conocidos-, a las que consideran como una parte integral de su autoestima. Los hombres, en cambio, subrayan la vida profesional y los logros personales y quitan importancia a las relaciones sentimentales. Las mujeres dan mucha más importancia a la intimidad que los hombres. Un matrimonio desprovisto de intimidad es visto por una mujer como algo insatisfactorio, mientras no es necesariamente así para un hombre. Los hombres dan gran importancia al sexo y se lamentan cuando éste falta o no es frecuente. Los hombres y las mujeres están socialmente determinados para ser diferentes. Además, se da por sentado que la visión masculina es la más funcional.

Para comprender una definición de autoestima, es necesario notar nuevamente la importancia del sí mismo y del *self* en relación a la autoestima. El sí mismo es considerado como centro fundamental para el desarrollo de la autoestima de acuerdo a varios autores; con respecto al *self* no se tiene una precisión del término, sin embargo, se menciona que se desarrolla a partir del mí mismo.

Gergen (1971, cit en Martínez, 2000:35) menciona por ejemplo que el *self* puede ser puesto bajo cualquiera de las tres categorías de experiencia del self: el YO material, el YO social y el YO espiritual. En la primera, una persona experimenta como su propia posesión material, no solamente a su cuerpo sino también a su casa, su familia y los objetos físicos que le rodean. La segunda categoría incluye la conciencia que tiene un individuo de su reputación o de su identidad delante de otros. Y la tercera se refiere a la conciencia del individuo de su propio proceso mental, sus pensamientos y sus sentimientos.

Para Allport (citado en Martínez,2003:36), el sí mismo se forma a lo largo de la vida, inicia desde el nacimiento y evoluciona hasta la muerte; al principio de este proceso los padres y los familiares más cercanos juegan un papel muy importante, ya que el proceso de desarrollo del niño recibe la información de ellos y de la percepción y exploración que él realiza del medio.

Mead (1974, cit. Martínez, 2000:34), señala que el sí mismo en el individuo es el producto de una serie de conductas del medio hacia él. Esto es, una persona llega a conocerse y responderse a sí misma como ella ve que los otros le responden. Es un self formado socialmente y por tanto visto como un producto social.

De la calidad de la interacción establecida dependerá que se debilite o fortalezca el sí mismo, pues los efectos de dicha interacción son los que impactan al sí mismo, porque en la mayoría de los casos la información o mensajes que se mandan no son a través de una comunicación verbal sino por medio de actitudes, gestos, etcétera.

A partir de la evolución del sí mismo, que es la esencia de la personalidad, surge el *self*, el cual no se advierte cómo se va estructurando, porque cada persona conoce o pretende conocer su identidad y la da como algo ya elaborado.

Como el sí mismo y el *self* son el producto de la interacción con el medio y de la abstracción que se haga del objeto, son susceptibles de modificación ya que no son innatos sino el producto de la información recibida a través de diversos canales y por diferentes personas.

Los factores que determinan nuestra autoestima son diversos, desde el medio ambiente hasta nosotros mismos, en la competencia diaria y en la creación de nuestra propia vida. Pero el medio familiar es de suma importancia en el desarrollo de la autoestima y puede producir un impacto positivo o negativo.

Como la autoestima depende en gran medida del grado de aceptación no sólo de la persona en sí, sino de las personas afectivamente cercanas, cuando emite señales de rechazo, afecto o aprobación, influirá en gran medida en el tipo de dinámica que conjuntamente se establezca y los sentimientos y actitudes surgidos de ello. La autoestima marcará las decisiones importantes que se realicen en la vida.

Todos nacemos con la misma capacidad para tener una autoestima elevada. La infancia es especialmente importante, pues es entonces cuando se forman los rasgos y hábitos básicos de la personalidad, siendo los primeros aprendizajes los que marcan el nivel de autoestima. Sin embargo, las vivencias cotidianas pueden amenazar la propia imagen. Incluso, en el caso de haber tenido una infancia emocionalmente favorable, la autoestima aun debe superar duras pruebas de supervivencia cuando somos adultos y adultas, ya sea ante un rechazo, una falta de reconocimiento hacia las actividades, una humillación o crítica injusta.

Por lo tanto, si la autoestima se desarrolla a partir de la interacción social y cambia con el desarrollo de la personalidad y con los cambios de vida del individuo, es a partir de la autoestima que podemos explicarnos muchas conductas y comportamientos del

individuo a lo largo de su vida, incluyendo sobre todo las conductas sexuales, pues la falta de autoestima impide que los jóvenes se protejan sexualmente; y por último, las conductas sexuales de riesgo repercuten directamente sobre el organismo del individuo.

3.3 AUTOESTIMA Y CONDUCTA PREVENTIVA

Cabe destacar que el hecho de que un hombre o una mujer perciba el riesgo de infección por ETS y decida llevar a la práctica conductas sexuales protegidas, es resultado de una serie de factores como tener información, quererse a sí mismo, saber comunicarse y negociar, asumir de manera responsable las consecuencias de nuestras acciones.

Una investigación sobre sida muestra que la reducción del riesgo en la transmisión de esta enfermedad está directamente relacionada con la información científica que las personas tienen acerca de las formas de transmisión y prevención del VIH, con las motivaciones individuales para reducir el riesgo, con la aceptación de la posibilidad de riesgo y con sus habilidades específicas para enfrentar dicho riesgo.

Por otro lado, se ha encontrado que uno de los factores más importantes para reducir el riesgo de infección por ETS, es precisamente la auto aceptación de la sexualidad y el asumirse uno mismo como persona sexualmente activa o potencialmente capaz de serlo.

De acuerdo con autores como Fisher y Fisher (1992, cit en Pick, 1997:8), una vez que las personas se han aceptado como sexualmente activas, tienen mayor disposición para ejercer conductas tanto privadas como públicas relacionadas con el auto cuidado. Las primeras se refieren a las prácticas de sexo seguro y las segundas, con la prueba de anticuerpos al VIH o la compra de condones.

Finalmente, se requiere lograr el establecimiento y mantenimiento de conductas preventivas. Cabe señalar que la probabilidad de que estas conductas se conviertan en patrones habituales de comportamiento sexual en hombres y mujeres, es mayor cuando existe un reforzamiento mutuo por parte de ambos miembros de la pareja para seguir teniendo actos públicos y privados de prevención a la infección por el VIH.

“Cabe mencionar que si se adquieren conductas preventivas antes del inicio de las relaciones sexuales, las probabilidades de que éstas se lleven a cabo y formen parte del repertorio conductual de las personas, aumentan de manera significativa, siendo esto más efectivo que intentar reaprender o modificar pautas de conducta ya establecidas. Un estudio realizado en el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP) mostró que al impartir un curso de educación sexual y para la vida familiar conocido con el título “Planeando tu vida”, a un grupo de adolescentes que no habían tenido relaciones sexuales, aumentó significativamente la probabilidad de uso de anticonceptivos una vez que tuvieron relaciones sexuales. Por otro lado, dicho programa no tuvo ningún efecto en la edad de inicio de dichas relaciones, es decir, en la incidencia de relaciones sexuales. Estos hallazgos se han reforzado con estudios que muestran que aquellos adolescentes que hablan con sus padres y madres sobre la sexualidad, inician su vida sexual más tardíamente que los que conviven en ambientes donde predominan el silencio y los mitos en relación al tema” (Pick, 1997:8).

La configuración de conductas sexuales de riesgo, tales como el que las personas experimenten “pena”, “vergüenza” o “culpa” por querer informarse y resolver sus dudas en torno a su sexualidad, es resultado de los silencios que tradicionalmente han rodeado este tema en las diferentes esferas de la sociedad, como la familia, la escuela o la iglesia.

Si la sexualidad es considerada como tabú, hombres y mujeres seguirán enfrentándose a la dificultad de aceptar sus necesidades, inquietudes y deseos sexuales, y de hablar sobre los riesgos de la infección de enfermedades de transmisión sexual y del VIH. Además, mientras la actitud de la sociedad hacia la sexualidad continúe en el terreno de lo prohibido, seguirá siendo difícil enseñar a jóvenes y adultos a negociar con la pareja prácticas sexuales protegidas, impidiendo así que se eduque de manera natural y abierta a

niños y niñas hacia una sexualidad madura y responsable. De aquí la necesidad de exclamar “prohibido prohibir”.

3.4 AUTOPERCEPCION DEL RIESGO.

Este elemento relacionado o no con los dos anteriores, puede ser significativamente importante para descubrir qué inclina a los jóvenes a no utilizar el condón, y detectar algunas conductas de riesgo sobresalientes, ya que la auto percepción del riesgo se refiere a percibirme en riesgo de contagio de alguna ETS, es decir, es la conciencia de riesgo de contagio y por lo tanto tomo medidas de protección contra ETS, con el uso correcto y constante del condón.

Uno de los escollos más importantes en la prevención del sida en nuestro país es la falta casi total de una cultura de auto percepción del riesgo, en lo referente a las conductas sexuales que favorecen la infección por VIH que podrían propiciar una incidencia mayor de casos de sida, particularmente entre la población juvenil.

El riesgo es la probabilidad de algún evento futuro, en el cual la certeza de un resultado determinado es desconocida. Jhonson (1991, cit en López, 2000:20), menciona que para percibir y responder ante los riesgos se deben considerar factores cognitivos, emocionales, sociales y culturales, este autor sugiere que la percepción de riesgo se basa en los puntos siguientes:

- ψ Surge la atención del evento
- ψ Estimación del riesgo (qué tan grande es)
- ψ Evaluación del riesgo (qué tan serio es)
- ψ Atribución de la causa y culpa (quién lo causa y quién es el culpable)
- ψ El control que el sujeto ejerce sobre el peligro

ψ Estrategias para resolver el problema (acciones elegidas)

Los hombres generalmente sienten que la salud sexual y reproductiva no les concierne, la misma condición masculina se los impide, la ideología de lo que significa ser hombre a menudo se convierte en un obstáculo para asumir una actitud responsable en su vida sexual. La idea de cuidar al cuerpo, de ser responsable, va contra la idea masculina de tomar riesgos y ser siempre impulsivos y arrojados.

La acción es el reflejo de la influencia social y se refiere a la percepción del individuo sobre presiones sociales; también es importante la motivación del individuo para adaptarse y realizar cierta conducta.

“Las mujeres que han tenido múltiples parejas sin usar condón constituyen el grupo que percibe menos el riesgo. Hemos encontrado que uno de los mejores predictores de uso del condón es que la mujer lo pida, pero por lo regular, la mujer siente temor por la reacción del hombre, por eso prefiere no pedirlo. Hay que crear situaciones en las que el uso del condón sea parte de la responsabilidad mutua. Que la mujer lo coloque, que sea parte de lo erótico de la situación, que sirva para controlar la eyaculación precoz en el hombre” (Zozaya, 1997:6).

Las percepciones de riesgo se derivan de sistemas de creencias que justifican y refuerzan la conducta socialmente sancionada (Prohaska, 1990, cit en Martínez, 2000:20).

Bayés (1989, cit en López, 2000:21), considera que la gente seguirá incursionando en conductas de riesgo aunque tenga información porque:

ψ El placer que se produce es en forma inmediata.

ψ Las consecuencias nocivas aparecen a largo plazo.

ψ No existe una cadena de hechos que vincule en forma definida el momento de la infección con una sintomatología y las consecuencias nocivas que pueden derivar de un comportamiento de riesgo.

ψ Es sólo probable que un episodio concreto produzca el contagio.

De acuerdo con estudios realizados en México por Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda (1989, cit en López, 2000:21), los mexicanos tienen dificultad para entender las consecuencias negativas a largo plazo de sus conductas de riesgo; es decir, niegan la posibilidad de daño personal y suponen que son invulnerables.

Múltiples estudios llevados a cabo en México con diferentes poblaciones (estudiantes, trabajadores, adolescentes, adultos hombres y/o mujeres), han arrojado resultados similares en cuanto a que su auto percepción de riesgo para sí mismos es menor que la percepción de riesgo en otras personas (Ramos, Díaz y colaboradores, 1990; Izazola y colaboradores 1989, cit en López, 2000:22).

Para Díaz Loving y Rivera Aragón (1992, cit en López, 2000:22), es muy probable que los estudiantes activos no se perciban en riesgo para mantener el control y tener tranquilidad en su vida.

“Por otra parte, la intención de realizar “X” conducta está fuertemente matizada por el contexto; podemos afirmar “nos vemos mañana”, pero enseguida surgen otras posibilidades: que me encuentre a otro amigo, llueva, se me haga tarde, etcétera. Todo esto incide también en el uso o no del condón. ¿Qué pasa con las personas en su primera relación?

Si pensamos que la mayor parte de los contagios se da en jóvenes, que la mayor parte de estas primeras relaciones no son protegidas, cuestionaríamos qué tanto interviene la parte racional. Se pensaría como en ese momento aparecen una gran cantidad de emociones, y cuando respondemos emocionalmente, la primera conducta que aparece es el hábito más marcado.

Si no planeamos desde antes llevar el condón a esa primera relación, lo más común es que no lo utilicemos. Esto es crucial, porque si desde entonces no se usa el condón, las probabilidades de su uso a futuro son muy bajas porque ya se creó un hábito. Construimos el mito de que "si no me infecté la vez pasada es porque yo soy de los que no se infectan" (Zozaya, 1997:6).

Tal como nos explica la trabajadora social Silvia Panebianco, en una entrevista realizada por el columnista Manuel Zozaya (1998:8) "vulnerabilidad global es la incapacidad de una persona, familia, grupo o comunidad para absorber, mediante el auto ajuste, los efectos de un determinado cambio en su medio ambiente. En este caso, su incapacidad para responder activamente a la catástrofe del SIDA".

La doctora Laura Pedrosa, de CONASIDA, responde categórica: "definitivamente los factores que más inciden en la vulnerabilidad de las mujeres son la miseria, la baja escolaridad y la ignorancia, aparte de nuestra cultura de inequidad de género que pone a la mayoría de las mujeres en una situación de desventaja para poder llegar a acuerdos con su pareja sobre las relaciones sexuales y el sexo protegido. Hasta la fecha persiste la idea y la práctica del control social del cuerpo de las mujeres. Por otra parte, la propia subjetividad de las mujeres retroalimenta la cultura de inequidad de género y en esto influye mucho la parte afectiva (por amor eres capaz de todo, inclusive de tener sexo sin protección, dejarte embarazada aunque no quieras o infectarte por VIH)" (Zozaya ,1998:8).

Las personas que se dedican al trabajo sexual, cuando llegan a este oficio, generalmente han sido objeto de alguna exclusión anterior (miseria, falta de oportunidades laborales y/o educativas, abuso sexual, etcétera). Aunque entre las sexo servidoras la gran mayoría dice usar condón con sus clientes, en ocasiones éstos pagan un poco más por no usarlo, lo cual obviamente pone en riesgo a ambos. Pero el otro gran factor que incide en su vulnerabilidad es la ignorancia, pues según CONASIDA (1997) más de 60 por ciento de ellas cursaron cuando mucho la primaria (el analfabetismo alcanza 8 por ciento). Muchas de estas mujeres se inician tan jóvenes en el trabajo sexual que no tienen la menor percepción del riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual o el VIH.

Aunque aparentemente la prevalencia del VIH entre las sexo servidoras de la Ciudad de México sigue siendo baja (0.33 por ciento, según encuesta practicada por el CONASIDA (1997), el hecho de que esta actividad siga siendo semiclandestina no permite tener total certeza al respecto (Zozaya, 1998:8).

Muy diferente es el caso de los varones sexo servidores que por lo general no están en una situación de desventaja tan grave respecto de su clientela como las mujeres, por ello podrían estar más capacitados para negociar el uso del condón con sus clientes. Sin embargo, no todos lo hacen, e incluso se calcula que la prevalencia en este grupo es de 13.5 por ciento, casi tan alta como en la comunidad gay masculina, donde alcanza 15 por ciento (Zozaya,1998:8).

Para la mayoría que ha integrado realmente la presencia del SIDA, la distinción entre amenaza y riesgos tiene consecuencias sobre estrategias de prevención. Así podemos pensar que el uso del condón no está en obrar sólo una reacción elemental a una amenaza difusa y de otro modo incontrolable, sino que es una estrategia de protección. Incluso el hecho de declararse enamorado de su pareja no está para nada asociado con la utilización o no de preservativos, ni en la primera relación ni en la más reciente.

Rozat (2000:5) menciona que en total, el rápido aumento de la utilización de los preservativos en la primera relación sexual entre 1989 y 1993, parece estar ligado al peso creciente de la epidemia y al impacto de las campañas de prevención. “Pareciera incluso que el mensaje ya pasó y que los jóvenes con relaciones múltiples, en el momento de la encuesta, tienden a utilizar el condón más aún que sus predecesores. Quienes han empezado a utilizarlo en su primera relación continúan utilizándolo de manera masiva, incluso años después”.

Existen múltiples autores y numerosas investigaciones que concluyen que un alto nivel de conocimientos sobre sida no predice acciones preventivas (uso de condón), ni siquiera predice una mayor percepción de riesgo.

“Es loable que los esfuerzos gubernamentales incluyan mensajes por medios de comunicación masivos con fines de promoción de la salud, que indudablemente tienen un efecto benéfico pero muy reducido en el bienestar general. Sin embargo, esas actividades de promoción de la salud no son suficientes para que los que tienen mayor probabilidad de infectarse y los que tienen mayor probabilidad de infectar a otros, si no existen intervenciones más directas que no queden solamente en la provisión de la información, sino que en realidad establezcan una comunicación adecuada y sobre todo adquieran la posibilidad de cambiar las conductas sostenidamente” (Izazola,1999:9).

El columnista Izazola (1999:9) argumenta que la responsabilidad de cualquier institución educativa ante la crisis del sida es dar la información de una manera amplia y adecuada, para que las personas puedan elegir su proceder frente a las diferentes opciones preventivas. Las universidades, en particular, tienen la obligación de darle a todos y todas sus estudiantes esta información. Se sabe que 50 por ciento de la población estudiantil de la UNAM, por ejemplo, ya inició su vida sexual, y a nivel de bachillerato, alrededor de 30 o 40 por ciento. La obligación de una institución como la UNAM es crear las instancias adecuadas para difundir y promover la salud sexual entre sus estudiantes.

Éste columnista encontró que en las investigaciones realizadas al respecto, los estudiantes con diferente comportamiento sexual tienen la misma percepción del riesgo de infección. Es decir, paradójicamente se perciben en el mismo nivel de riesgo quienes no tienen relaciones sexuales como quienes sí las tienen, quien ha tenido varias parejas sexuales como el monógamo, al igual que quienes utilizan condón siempre y quienes no lo hacen. En términos de auto percepción, incluso el homosexual y el heterosexual se perciben en el mismo riesgo.

“Cuando les pedimos su opinión acerca del comportamiento sexual de otras personas, el y la estudiante universitaria/o no establecen diferencias entre homosexuales y heterosexuales, perciben el mismo riesgo en la conducta heterosexual que en la homosexual, pues lo que determina el riesgo es si usan o no condón, y nos indican que perciben más riesgo en quienes tienen más parejas sexuales sin protección, lo cual es acertado. Lo anterior muestra que el conocimiento sí ha sido efectivo para interpretar el riesgo que corren los demás, pero falla cuando se trata de la percepción

del riesgo propio. Esto se debe a un mecanismo de defensa desarrollado para negar la información que puede cuestionar conductas personales” (Díaz, 2001:9).

En resumen, la percepción de riesgo debe ser entendida en términos de disposiciones de orientación que implican rasgos de personalidad, aspectos de estructura social y prejuicios culturales. Pero no está de más mencionar que el uso del condón amplía la posibilidad de un proyecto de vida a largo plazo, de lo contrario, la amenaza de enfermar y morir será permanente.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con los antecedentes teóricos expuestos en los capítulos anteriores, podemos plantear que la población universitaria de nuestro país requiere un mayor número de investigaciones que vislumbren solución a sus necesidades y conflictos a los cuales se enfrentan en su vida sexual actual, hecho con repercusiones en muchas áreas de su vida futura. Como se pudo observar, las investigaciones sobre uso del condón en la población universitaria, realizadas en el país, han sido muy escasas en proporción a la necesidad imperante. En base a estos antecedentes, al hecho de frecuentar la Universidad Autónoma Metropolitana, se planteó el siguiente problema de estudio ¿Por qué no usan el condón los jóvenes universitarios con la frecuencia que debieran? Por lo cual el presente estudio pretende identificar si los factores psicosociales “*sentimiento de invulnerabilidad al riesgo*” y “*confianza en la pareja*”, impiden el uso del condón, sin importar edad y sexo.

El estudio es de tipo descriptivo ya que la pretensión del mismo es medir, correlacionar o evaluar las variables para que de esta manera se describa el fenómeno de interés.

4.2 HIPOTESIS

El condón no es usado por los jóvenes universitarios con la frecuencia que debiera, si en una relación de pareja se presenta el sentimiento de invulnerabilidad al riesgo y la confianza en la pareja.

4.3 VARIABLES DESCRIPTIVAS

- ◆ *Sentimiento de invulnerabilidad al riesgo.*
- ◆ *Confianza en la pareja.*

4.3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Sentimiento de invulnerabilidad al riesgo. Se refiere al sentimiento que un individuo tiene sobre sí mismo, en cuanto a no ser afectado por un evento particular.

Confianza en la pareja. Se refiere a la seguridad que los individuos tienen respecto a su (s) pareja (s) en cuanto a que ésta (s) no mantiene conductas sexuales dudosas que la haga candidata de riesgo.

4.3.2 DEFINICIÓN EMPÍRICA

Sentimiento de Invulnerabilidad al riesgo: Estará relacionada con las respuestas que dé el individuo, en cuanto a si se considera o no candidato a ser afectado por alguna enfermedad de transmisión sexual, aun teniendo conductas sexuales de riesgo.

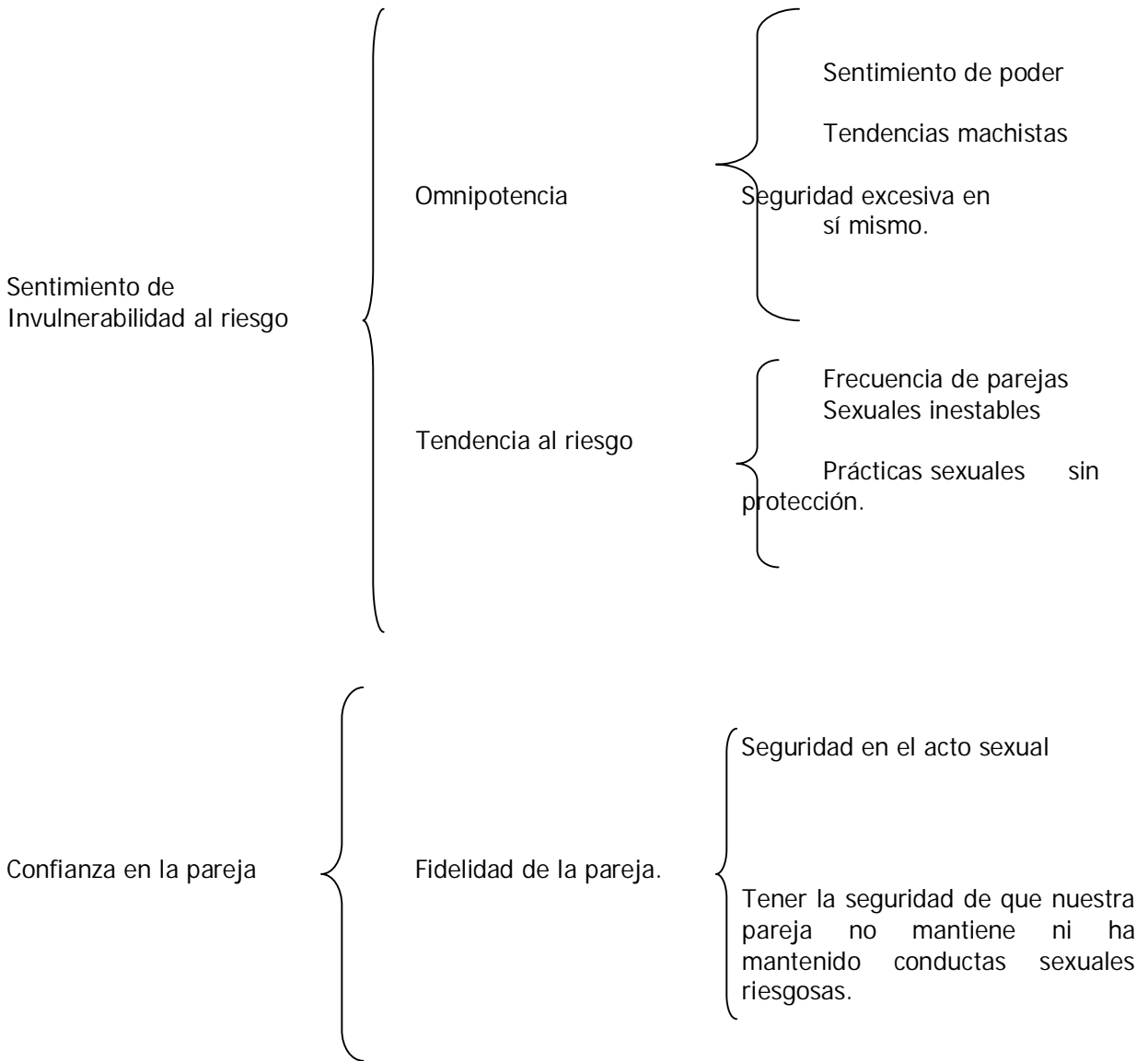
Confianza en la pareja: Estará definida por las respuestas del individuo al cuestionario, relacionadas con los sentimientos de seguridad que él expresa sentir hacia su (s) pareja (s), de que ella no incurra en conductas sexuales de riesgo.

4.3.3

VARIABLES

DIMENSIONES

INDICADORES



4.4 TIPO DE MUESTRA

La población es difícil de estimar puesto que no todos se atreven a hablar de su vida sexual (y menos de un asunto tan delicado como son las conductas de riesgo sin uso del condón porque tienden a negarlo) por lo que tomé como muestra a 100 estudiantes universitarios (específicamente de la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa) por la dificultad que implica estimar la población que tiene este problema.

4.5 INSTRUMENTO

Se elaboró un cuestionario binario que consta de 21 reactivos y el cual fue validado socialmente a través de cinco jueces conocedores sobre el tema de estudio. Quienes validaron el instrumento sostuvieron que dentro del sentimiento de invulnerabilidad al riesgo –el cual impide protegerse- existe el sentirse omnipotente ya sea por la seguridad excesiva en sí mismo, el sentimiento de poder o las tendencias machistas. Esto implica tener conductas de riesgo sin importar el uso del condón porque existe la confianza en la pareja de que ésta es fiel y no ha tenido conductas de riesgo.

4.6 PROCEDIMIENTO

De manera específica, el procedimiento de evaluación se llevo a cabo en los grupos de jóvenes que se encontraban afuera de su salón de clases, de la siguiente manera: se les solicitó si podrían ayudar a contestar un cuestionario, con el que se pretendía medir o evaluar las variables: *sentimiento de invulnerabilidad al riesgo y confianza en la pareja*. Se procedió a repartir el instrumento indicándoles que debía que ser contestado de manera individual y procurando no dejar ninguna pregunta sin contestar; se les hizo la observación de que si tenían dudas al respecto, las hicieran saber, así como anotar sus observaciones en el mismo cuestionario. En ningún caso hubo límite de tiempo, y el tiempo promedio de respuesta fue de 15 minutos.

CAPITULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para la realización del presente estudio, fue necesario la aplicación de 138 cuestionarios, de los cuales se eliminaron 38 de ellos, ya que no reunieron las características de inclusión de la muestra. De esta forma, la participación total de estudiantes de la UAMI fueron 100, distribuyéndose de la siguiente manera:

Distribución de la muestra por sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Cumulative Percent
Femenino	35	35.0	35.0
Masculino	65	65.0	100.0
Total	100	100	

Así, el mayor porcentaje de estudiantes en la muestra pertenecieron al sexo masculino.

Las edades de los sujetos de estudio están distribuidas de la siguiente manera:

Distribución de la edad.

	N	Minimum	Maximum	Mean
EDAD	100	18	45	25.46
Valid N (listwise)	100			

De esta manera, la edad mínima fue de 18 años de edad y la máxima de 45, dando una edad media de 25 años de los sujetos de estudio.

Al aplicar estadística descriptiva, con el fin de obtener un análisis de frecuencia de las variables estudiadas, se obtuvieron los siguientes resultados.

ANÁLISIS DE FRECUENCIA

Para la descripción de la decisión del uso del condón en las relaciones sexuales, se llevó a cabo un análisis de frecuencia en el cual se encontró que el 68% de la muestra no usa condón en sus relaciones sexuales; no obstante, piensa que algo le puede pasar. El resto, el 32%, no usa condón en sus relaciones sexuales, porque piensa que nada le puede pasar.

Cuando no uso condón en mis relaciones sexuales, porque pienso que a mi no me va a pasar nada.

	Frecuency	Valid Percent	Cumulative Percent
Cierto	32	32.0	32.0
Falso	68	68.0	100.0
Total	100	100.0	

En cuanto a la decisión de usar o no el condón en las relaciones sexuales, por la creencia de que la pareja es fiel, el 45% de la muestra; no usa el condón en sus relaciones sexuales porque considera fiel a su pareja; contra el 55% que lo niega, es decir, no usan el condón aún cuando piensan que su pareja es infiel.

Las veces que no uso condón es porque pienso que mi pareja me es fiel

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Cierto	45	45.0	45.0
Falso	55	55.0	100.0
Total	100	100.0	

Al tomar la decisión de tener o no una relación sexual de riesgo, se obtuvo que 33% de la muestra prefiere correr el riesgo a perder la oportunidad de tener la relación sexual; en tanto, el 67% prefiere no correr el riesgo en una relación sexual sin protección.

Cuando no tengo un condón a la mano prefiero correr el riesgo que perder la oportunidad de tener la relación sexual

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
CIERTO	33	33.0	33.0
FALSO	67	67.0	100.0
Total	100	100.0	

Para la siguiente descripción, confiar en la fidelidad de la pareja es importante para decidir no usar el condón: el 56% de la muestra lo afirma, mientras que por otro lado, el 44% creen que no es suficiente confiar en la fidelidad de la pareja para usar el condón en sus relaciones sexuales.

Confiar en la fidelidad de mi pareja es un factor importante para no usar el condón.

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
CIERTO	56	56.0	56.0
FALSO	44	44.0	100.0
Total	100	100.0	

Al presentar a los encuestados el factor de sentimiento de invulnerabilidad ante las enfermedades venéreas se encontró que el 89% de la muestra se siente vulnerable ante las enfermedades de transmisión sexual, por lo que es importante utilizar el condón. El 11% de la muestra se siente invulnerable ante las ETS por lo cual no utilizan el condón

Sentirme invulnerable ante las enfermedades de transmisión sexual es un factor importante que me impide usar el condón.

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
CIERTO	11	11.0	11.0
FALSO	89	89.0	100.0
Total	100	100.0	

Para la siguiente descripción, la cual corresponde a la preferencia de una relación sexual protegida que correr riesgos, se observó a 86% de la muestra preferir una relación sexual protegida, mientras el 14% de los encuestados prefieren correr el riesgo.

Prefiero una relación sexual protegida que correr el riesgo

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
CIERTO	86	86.0	86.0
FALSO	14	14.0	100.0
Total	100	100.0	

Cuando los sujetos de estudio desconfían de su pareja, el 78% usa condón en sus relaciones sexuales, mientras que el 22%, aun desconfiando de su pareja, no usa condón.

Cuando desconfío de mi (s) pareja (s) utilizo condón.

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
CIERTO	78	78.0	78.0
FALSO	22	22.0	100.0
Total	100	100.0	

De igual manera, para realizar la descripción de qué tan distante y lejano de su vida perciben el contraer una enfermedad venérea los encuestados, se hizo un análisis de frecuencias obteniendo lo siguiente: el 88% de la muestra no concibe distante y lejano el contraer una enfermedad venérea, mientras que el 12% concibe como algo lejano y distante el contraer una enfermedad venérea en su vida.

Contraer una enfermedad venérea es algo lejano y distante de mi vida

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
CIERTO	12	12.0	12.0
FALSO	88	88.0	100.0
Total	100	100.0	

En cuanto a si las parejas generalmente han sido fieles, por lo cual no se utiliza el condón en las relaciones sexuales, se obtuvo que 72% de la muestra responde que es falso; es decir, generalmente en las relaciones de pareja de este porcentaje de encuestados, se usa el condón porque la pareja no ha sido fiel. En contraste con el 28% de la muestra quienes afirman que generalmente sus parejas les han sido fieles, por lo cual no utilizan el condón en sus relaciones sexuales.

Generalmente mi (s) pareja (s) me han sido fieles, por lo cual no utilizo condón

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
CIERTO	28	28.0	28.0
FALSO	72	72.0	100.0
Total	100	100.0	

El 96% de los sujetos de estudio, aunque le sean fieles a su pareja, se sienten propensos a contraer una enfermedad de transmisión sexual si no utilizan el condón; sin embargo, el 4% de la muestra no se percibe en riesgo de contraer alguna ETS si le es fiel a su pareja.

Aunque yo le sea fiel a mi pareja estoy propenso a contraer una enfermedad de transmisión sexual si no utilizo el condón

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
CIERTO	96	96.0	96.0
FALSO	4	4.0	100.0
Total	100	100.0	

De igual manera, para la descripción de las veces que se ha tenido relaciones sexuales en la primera relación sexual con una persona sin usar condón, se hizo por medio de un análisis de frecuencias con resultados como que el 78% de la muestra usa el condón en la primera relación sexual con una persona, y el 22% ha tenido relaciones sexuales sin usar condón en la primera relación sexual con una persona.

En la primera relación sexual con una persona no utilizo condón.

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Cierto	22	22.0	22.0
Falso	78	78.0	100.0
Total	100	100.0	

En cuanto a si se tienen relaciones sexuales con personas sin prácticas sexuales con varias parejas, se encontró que el 13% de la muestra ha tenido relaciones; el 87% de la muestra ha tenido relaciones sexuales con personas que han tenido practicas sexuales con varias parejas.

Mi (s) pareja (s) no ha (n) tenido relaciones sexuales con muchas personas por lo cual no utilizo condón

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
CIERTO	13	13.0	13.0
FALSO	87	87.0	100.0
Total	100	100.0	

Por lo que corresponde a la utilización del condón, sin importar que provengan de una cultura machista se observó lo siguiente: el 86% de la muestra afirma utilizar el condón sin importar que provenga de una cultura machista, y el 14% lo niega, es decir, no utiliza el condón porque se es de tendencias machistas.

Debo utilizar condón sin importar que provenga de una cultura machista

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
CIERTO	86	86.0	86.0
FALSO	14	14.0	100.0
Total	100	100.0	

Por lo que se puede apreciar en está descripción, a muy pocos sujetos de estudio les gusta correr riesgos en el aspecto sexual por ser algo emocionante, porque sólo el 7% respondió que es cierto, mientras el 93% de la muestra afirmó que es falso.

Me gusta correr riesgos en el aspecto sexual porque es algo emocionante

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
CIERTO	7	7.0	7.0
FALSO	93	93.0	100.0
Total	100	100.0	

CORRELACIÓN POSITIVA Y SIGNIFICATIVA ENTRE SENTIMIENTO DE INVULNERABILIDAD AL RIESGO Y CONFIANZA EN LA PAREJA.

Se realizó un análisis de correlación para observar la relación existente entre las variables estudiadas: *sentimiento de invulnerabilidad al riesgo y la confianza en la pareja*.

Se obtuvieron las correlaciones más significativas:

A continuación se observa la relación existente entre las dimensiones: tendencia al riesgo y fidelidad de la pareja.

Correlations

		Las veces que no uso condón es porque pienso mi pareja me es fiel.
cuando no uso condón en mis relaciones sexuales, es porque pienso que a mí no me va a pasar nada.	Pearson Correlation	.241*
	Sig. (2-tailed)	.016
	N	100

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

La correlación es positiva y significativa, la muestra que no usa condón piensa que no le va a pasar nada, porque la pareja es fiel ($r=.241$, $s=.016$).

Seguridad excesiva en sí mismo y seguridad de que la pareja no mantiene conductas sexuales de riesgo. La correlación es positiva y significativa, lo cual indica que la muestra estudiada no usa condón porque piensa que no le va a pasar nada, porque generalmente su(s) pareja(s) ha(n) sido fiel(es). ($r=.336$, $s=.001$)

		generalmente mi (s) pareja (s) me ha(n) sido fiel(es), por lo cual no utilizo condón
cuando no uso condón en mis relaciones sexuales, es porque pienso que a mí no me va a pasar nada.	Pearson Correlation	.336**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tendencia al riesgo y seguridad de que la pareja no mantiene, ni ha mantenido conductas sexuales de riesgo. Correlación positiva y significativa, la muestra estudiada prefiere correr el riesgo a perder la oportunidad de una relación sexual, porque existe la confianza de que la pareja no ha tenido relaciones sexuales con varias parejas ($r=.235$, $s=.019$).

Correlations

		mi (s) pareja (s) no ha (n) tenido relaciones sexuales con muchas personas por lo cual no utilizo condón
cuando no tengo un condón a la mano prefiero correr el riesgo que perder la oportunidad de tener la relación sexual	Pearson correlation	.235*
	Sig. (2-tailed)	.019
	N	100

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Seguridad en el acto sexual y tendencia al riesgo: La correlación es positiva y significativa, lo cual indica que lno se usa el condón porque se piensa que la pareja es fiel, también se hace por el gusto de correr riesgos, por ser algo emocionante ($r=.303$, $s=.002$).

Correlations

		me gusta correr riesgos en el aspecto sexual porque es algo emocionante
las veces que no uso condón es porque pienso mi pareja me es fiel.	Pearson correlation	.303**
	Sig. (2-tailed)	.002
	N	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fidelidad de la pareja y tendencia al riesgo: La correlación es positiva y significativa, lo cual significa que cuando hay confianza en la fidelidad de la pareja no se necesita usar condón, porque no se consideran como conductas sexuales de riesgo ($r=.321$, $s=.001$).

Correlations

		al tener relaciones sexuales no necesito condón porque mantengo conductas sexuales sin riesgo.
mi pareja confía en mi fidelidad y por ello no utilizamos condón	Pearson correlation	.321**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Prácticas sexuales sin protección y confianza en la (s) pareja(s) de que no mantiene(n), ni ha(n) mantenido, conductas sexuales de riesgo: La correlación es positiva y significativa, cuando no se usa condón en la primera relación sexual con una persona es porque existe la confianza de que ésta no mantiene ni ha mantenido, conductas sexuales con muchas personas ($r= .369$, $s=.00$).

Correlations

		mi (s) pareja (s) no ha (n) tenido relaciones sexuales con muchas personas por lo cual no utilizo condón
en la primera relación sexual con una persona no utilizo condón.	Pearson correlation	.369**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Prácticas sexuales sin protección y seguridad en el acto sexual: Correlación positiva y significativa, lo cual indica que cuando se tienen relaciones sexuales por primera vez con una pareja y no se utiliza el condón, es porque existe la confianza de que ésta no mantiene conductas sexuales de riesgo ($r=.280$, $s=.005$).

Correlations

		cuando he tenido relaciones sexuales por primera vez con una pareja sin usar condón es por que confío en la persona
en la primera relación sexual con una persona no utilizo condón.	Pearson correlation	.280**
	sig. (2-tailed)	.005
	n	100

** correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Prácticas sexuales sin protección y confianza en la pareja: La correlación es positiva y significativa, esto es, cuando no se usa el condón en las prácticas sexuales se considera que no son de riesgo, pues se confía en la pareja ($r=.330$, $s=.001$).

Correlations

		cuando he tenido relaciones sexuales por primera vez con una pareja sin usar condón es por que confío en la persona
al tener relaciones sexuales no necesito condón porque tengo conductas sexuales sin riesgo.	Pearson correlation	.330**
	sig. (2-tailed)	.001
	N	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Invulnerabilidad al riesgo y seguridad de que la pareja no mantiene, ni ha mantenido conductas sexuales que puedan tener algún riesgo: La correlación es positiva y significativa; indica que cuando existe el sentimiento de invulnerabilidad de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual que impide el uso del condón, es por la creencia de que

la o las parejas tenidas no mantienen ni han mantenido conductas sexuales con muchas parejas ($r=.434$, $s=.000$).

Correlations

		mi (s) pareja (s) no ha (n) tenido relaciones sexuales con muchas personas por lo cual no utilizo condón
sentirme invulnerable ante las enfermedades de transmisión sexual es un factor importante que me impide usar el condón.	Pearson correlation	.434**
	sig. (2-tailed)	.000
	N	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

CORRELACIÓN NEGATIVA SIGNIFICATIVA ENTRE SENTIMIENTO DE INVULNERABILIDAD AL RIESGO Y CONFIANZA EN LA PAREJA.

Tendencia al riesgo y seguridad de que la pareja no mantiene, ni ha mantenido, conductas sexuales de riesgo. La correlación es negativa y significativa, es decir, aún cuando haya preferencia por una relación sexual sin riesgos, se mantienen relaciones sexuales sin utilizar condón por la confianza en la pareja de que ésta no mantiene, ni ha mantenido, relaciones sexuales con riesgos ($r=-.273$, $s=.006$).

		mi (s) pareja (s) no ha (n) tenido relaciones sexuales con muchas personas por lo cual no utilizo condón
prefiero una relación sexual protegida que correr el riesgo	Pearson correlation	-.273**
	Sig. (2-tailed)	.006
	N	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tendencia al riesgo y fidelidad de la pareja: La correlación es negativa y significativa, es decir, cuando se tienen conductas sexuales sin usar condón es porque estás conductas sexuales no son de riesgo; sin embargo, aún cuando la pareja desconfía de la fidelidad, no pide usar el condón ($r=-.331$, $s=.001$).

Correlations

		al tener relaciones sexuales no necesito condón porque tengo conductas sexuales sin riesgo.
cuando mi pareja desconfía de mi fidelidad me pide usar condón	Pearson correlation	-.331**
	sig. (2-tailed)	.001
	N	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fidelidad de la pareja y tendencia al riesgo: La correlación es negativa y significativa, pues cuando se confía en la fidelidad de la pareja no se usa condón, por lo que no siempre se utiliza el condón en las relaciones sexuales ($r=-.233$, $s=.019$)

Correlations

		siempre utilizo condón en mis relaciones sexuales.
confiar en la fidelidad de mi pareja es un factor importante para no usar el condón.	Pearson correlation	-.233*
	Sig. (2-tailed)	.019
	N	100

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tendencia al riesgo y fidelidad de la pareja. La correlación es negativa y significativa, esto es, cuando se utiliza condón es porque no existe confianza en la pareja ($r=-.202$, $s=.044$).

Correlations

		cuando confié en mi pareja no utilizo condón
siempre utilizo condón en mis relaciones sexuales.	Pearson correlation	-.202*
	Sig. (2-tailed)	.044
	N	100

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Invulnerabilidad al riesgo y confianza en la pareja: La correlación es negativa y significativa, cuando existe un sentimiento de invulnerabilidad al riesgo, no se usa el condón ni aún cuando la pareja desconfía de la fidelidad, por lo cual pide usarlo ($r=-.245$, $s=.014$).

Correlations

		cuando mi pareja desconfía de mi fidelidad me pide usar condón
sentirme invulnerable ante las enfermedades de transmisión sexual es un factor importante que me impide usar el condón.	Pearson Correlation	-.245*
	Sig. (2-tailed)	.014
	N	100

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tendencia al riesgo y confianza en la pareja: La correlación es negativa y significativa, cuando se han tenido relaciones sexuales por primera vez con una pareja y no se usa el

condón, es porque hay confianza en ésta, por lo tanto no siempre se utiliza el condón en las relaciones sexuales ($r=-.257$, $s=.010$).

Correlations

		siempre utilizo condón en mis relaciones sexuales.
cuando he tenido relaciones sexuales por primera vez con una pareja sin usar condón es porque confío en la persona	Pearson Correlation	-.257**
	Sig. (2-tailed)	.010
	N	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con el argumento de que la población joven "no está preparada" para la vida sexual, por mucho tiempo se ha silenciado y reprimido a la sexualidad juvenil. La expresión de la sexualidad en esa etapa aún provoca pánico y preocupación en la población adulta. Con tal desconfianza se ha llegado a pensar que proporcionar información y anticonceptivos a las y los jóvenes es invitarlos a dar rienda suelta a sus "instintos sexuales". Pero la población de jóvenes no está pidiendo permiso para expresar y desplegar su sexualidad. Hoy, más de la mitad de esa población inicia su vida sexual antes de cumplir la mayoría de edad. Y gracias a los prejuicios adultos sobre la sexualidad juvenil, lo hace sin contar con la información y los elementos de protección necesarios para garantizar el ejercicio de una sexualidad plena y saludable. Pero a medida que la sexualidad ha ido adquiriendo un tono más franco y abierto, se ha ido reconociendo que los jóvenes no sólo tienen una vida sexual activa, sino además tienen derecho a ejercerla.

La presente investigación se centró en el estudio de las relaciones sexuales no protegidas como un elemento que predispone a riesgos y consecuencias negativas en la vida sexual de los jóvenes; se ha hecho mención únicamente a las consecuencias primarias del coito no protegido, pero existen consecuencias que Escalante y colaboradores (1997, cit en Martínez, 2000:25), denominan secundarias y terciarias. Por ejemplo, de un embarazo no planeado puede derivarse un casamiento forzado o una madre soltera, y de éste un abandono escolar, depresión o presiones de la familia, consecuencias íntimamente ligadas con la calidad de vida y futuro de los jóvenes.

El objetivo del presente estudio fue identificar si los factores psicosociales: 'sentimiento de invulnerabilidad al riesgo' y la 'confianza en la pareja', impiden el uso del condón en los jóvenes universitarios, así como la relación existente entre estos factores psicosociales. Conocer la vida sexual de los estudiantes universitarios fue importante,

pues las actitudes al respecto permiten al sujeto una mayor predisposición para infectarse de las temidas ETS y el VIH/sida si no se tienen los cuidados pertinentes.

En el presente estudio, el total de la muestra ha tenido vida sexual sin haber usado el condón, pues fue un requisito para poder determinar si los factores psicosociales antes mencionados, impiden su uso. Si toda la muestra del estudio tiene actividad sexual sin usar condón, la probabilidad de contraer alguna ETS es alta, por lo tanto es necesario el uso correcto y constante del condón; porque si los individuos lo usaran siempre las ETS se controlarían.

De acuerdo a los resultados, se obtuvo que al 93% de la muestra no le gusta correr riesgos en el aspecto sexual, contra el 7% que afirmó correr riesgos en el aspecto sexual. Jonson (1991, cit en López, 2000:23) menciona que el riesgo es la probabilidad de algún evento futuro, en el cual la certeza de un resultado determinado es desconocido. De esta manera, ponemos a lo incierto, lo desconocido, como causante de riesgos; por lo tanto, a la mayoría de la población no le agrada correr riesgos respecto a la sexualidad.

Por otro lado, podría pensarse que este bajo porcentaje de la muestra (el 7%) tiene muy baja autoestima porque el comportamiento de un individuo refleja su autoestima, esto es, el cuidado del cuerpo y el respeto a uno mismo se proyecta en las conductas, por lo que si me protejo, es porque me quiero y me respeto y por lo tanto, cuido mi cuerpo no exponiéndolo a conductas sexuales de riesgo.

En contraste con lo anterior, en el ítem: 'cuando no tengo un condón a la mano prefiero correr el riesgo que perder la oportunidad de tener la relación sexual', el 33% de la población total prefiere correr el riesgo y el 67% no lo prefiere. Esto denota que en las relaciones sexuales intervienen las pulsiones del deseo sexual y el estímulo del disfrute y el placer, entonces, esto se vuelve más fuerte que pensar en el cuidado de la salud. De acuerdo con estudios realizados en México por Izazola y colaboradores (1989, cit en López, 2000:22), los mexicanos tienen dificultades para entender las consecuencias

negativas a largo plazo de sus conductas de riesgo; es decir, niegan la posibilidad de daño personal y suponen que son invulnerables.

En relación a lo anterior, el 32% de la población total de estudio opinó que cuando no se utiliza el condón en las relaciones sexuales, es por pensar que no va a pasar nada; el 68% en cambio, si cree que puede pasar algo. El porcentaje de 32% parece ser bajo, pero si nos ponemos a pensar en un problema tan delicado como es la salud, y más en estos tiempos que aún no se ha encontrado ninguna curación para el sida, el porcentaje es bastante alto. Con esto nos damos cuenta de la conducta sexual muy riesgosa de los jóvenes, y se piensa entonces que el impulso sexual no se controla eficazmente por la precaria situación emocional de ellos. A este respecto Jonson (1991, cit en López, 2000:24) menciona que para percibir y responder ante los riesgos se deben considerar factores cognitivos, emocionales, sociales y culturales, por lo cual el comportamiento de un individuo refleja su autoestima. Si la autoestima se desarrolla a partir de la interacción social y cambia con el desarrollo de la personalidad y con los cambios de la vida del individuo, es a partir de la autoestima que podemos explicarnos muchas conductas y comportamientos del individuo a lo largo de su vida incluyendo, sobre todo, las conductas sexuales, porque la falta de autoestima, impide a los jóvenes protegerse sexualmente.

Respecto a la fidelidad de la pareja, se observa que el 56% de la muestra confía en la pareja y por lo tanto, no utiliza el condón, mientras el 44% niega esto, lo cual indica que la confianza en la pareja lleva a elegir otro método anticonceptivo, porque creen no necesitar protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual, porque sí existe la suposición muy arraigada de que la pareja es fiel; por esta razón, se sienten seguros con ella y por lo tanto no usan condón.

El 89% de los jóvenes de la muestra tienen presente la idea de que todos somos vulnerables al contagio de ETS, pero no se protegen durante sus relaciones sexuales, lo cual da como resultado la creencia de que los otros tienen que llevar a cabo la prevención, porque la prevención para ellos es interpretada con relación a las prácticas de fidelidad de la pareja, debido a la confianza que se le tiene a ésta.

Pese a que el uso del condón es la manera más efectiva de evitar los contagios de las ETS y el VIH/sida, es usado de manera irregular por los participantes del estudio, lo cual coincide con estudios realizados por la Ssa (1997) y la OMS (Notiese, 1998). Se puede pensar que el condón es percibido por los jóvenes encuestados como ineficaz ante los contagios de las ETS y el VIH/sida. No obstante, los jóvenes pueden tener el virus de alguna ETS e incluso el VIH/sida y no presentar síntomas por un largo período, lo cual de alguna manera fomenta el sentimiento de invulnerabilidad al riesgo que los participantes mostraron.

En las correlaciones llevadas a cabo, se observa que existe correlación significativa entre la invulnerabilidad al riesgo y la confianza en la pareja. Sentirse invulnerable ante las enfermedades de transmisión sexual impide el uso del condón, esto se relaciona positiva y significativamente con la confianza que se tiene a la pareja de no incurrir y no haber incurrido en conductas sexuales de riesgo.

En cuanto a la correlación de no usar condón por creer que no va a pasar nada se relaciona positiva y significativamente con la consideración de que la o las parejas tenidas generalmente ha(n) sido fiel(es), por lo cual no se usa el condón; la hipótesis de estudio se cumple, es decir, cuando se presenta el sentimiento de invulnerabilidad al riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, por la confianza que se tiene en la pareja de no haber incurrido ésta en conductas sexuales que puedan tener algún riesgo, el condón no es utilizado como se debiera.

Hombres y mujeres manejamos el '*yo no tengo riesgo porque yo soy fiel, mi pareja me es fiel, él no me engaña o ella no me engaña*'; a menudo sucede que ambos tienen otra pareja, por lo que están en riesgo. A no ser que se haga con una finalidad anticonceptiva, la introducción del uso del preservativo en una relación estable puede ser difícil, y muchos casos de transmisión de las ETS, principalmente el VIH, se producen como resultado de ello.

En la correlación entre tendencia al riesgo y fidelidad de la pareja se observa que cuando se tienen conductas sexuales sin usar el condón, es porque éstas conductas no

son consideradas como riesgosas; sin embargo, aún cuando se desconfía de la fidelidad de la pareja, no se utiliza el condón.

Es de suma importancia rescatar que, aunque los jóvenes universitarios tienen conocimiento acerca del VIH/sida, esto no implica que lleven a cabo medidas de prevención, esto coincide con estudios realizados a cerca de que el conocimiento no es predictor de la conducta, y con la encuesta nacional de juventud 2000 (Salazar, 2000). No obstante, el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo, pero desafortunadamente, el placer tiene primacía sobre la intención.

Finalmente, el condón es el método anticonceptivo que resulta ser el único medio a nuestro alcance para detener la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana y un medio efectivo contra las infecciones de transmisión sexual. Es preciso hablar con nuestro compañera o compañero sexual acerca de los condones y, de ser necesario vencer sus objeciones respecto a su utilidad dentro de las relaciones sexuales, lo cual constituye a menudo la barrera más difícil de superar para aceptarlos. En ocasiones, las sugerencias de usarlo pueden ser interpretadas como una acusación de que uno de los dos ha tenido o tiene relaciones con otras personas, o bien de estar infectado por el VIH u otra infección de transmisión sexual.

Como se pudo observar, se han realizado una infinidad de estudios relacionados con el uso del condón, los cuales en su mayoría demuestran el uso inconstante del mismo, por lo que es necesario elaborar e implementar programas tendentes a facilitar la formación de la autoestima y del autoconcepto a través de todos y cada uno de sus componentes desde edades pequeñas, integrando temas de educación sexual, para que de esta manera, se adquieran conductas preventivas antes del inicio de las relaciones sexuales. Pues las investigaciones revisadas en este estudio constatan que la educación sobre esas cuestiones modifica los comportamientos sexuales.

Para finalizar, se encontró que los factores psicosociales “invulnerabilidad al riesgo y confianza en la pareja” son determinantes para no usar el condón en una relación de pareja

que se asume como estable, los argumentos más usados son: “mi pareja me es fiel”, “confío en mi pareja”, “mi pareja no ha tenido relaciones sexuales de riesgo”, por lo cual no me puede pasar nada, entonces se puede pensar que el tema del uso del condón para la prevención de las ETS y el VIH/sida es de poca relevancia en este tipo de relaciones.

De esta manera, se encontró que ambos factores son importantes, pero no suficientes para explicar un problema tan complejo como es el uso constante y correcto del condón, y que además impacta todo los aspectos de la vida de cualquier persona. Por eso habría que revisar más a fondo este tema y abrir más investigaciones al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- Cazares, Laura, Christen María (1991). *Técnicas actuales de investigación documental*. Ed. Trillas, 1ª reimpresión, México.
- Díaz-Loving, Torres Beatriz (1999). *Juventud y sida: una visión psicosocial*. Edit. Porrúa/UNAM. México.
- Festinger L., Katz D. (1990). *Los métodos de investigación en las ciencias sociales*. Ed Paidós, México.
- Grinder, R. E., (1986). *Adolescencia*. Editorial Limusa. México.
- Hernández, S., Fernández C., Baptista, L (2000). *Metodología de la investigación*. Ed. Mc Graw Hill, 2ª Edición, México.
- Salkind, Niels j. (1999) *Métodos de investigación*. Ed Prentice may, México, 1999.

ARTÍCULOS

- Aguilar, José Ángel (2001). Entrevista con José Ángel Aguilar Gil, coordinador de la red Democracia y sexualidad por Alejandro Brito. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Agosto, 2001. México.
- Amuchastegui, Ana (1997). *La sexualidad adolescente y el control social*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Febrero, 1997, México.

- Bonfil, Carlos. *El condón y la prolongación del orgasmo*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Julio, 1999, México.
- Brito, Alejandro (1996). *Identidad masculina y uso del condón*. Letra S, Salud Sexualidad, Sida. La Jornada, Noviembre, 1996, México.
- Brito, Alejandro (1998). *Avances clínicos y desafíos políticos “vacuna único modo de detener la pandemia”*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Enero, 1998, México.
- Brito, Alejandro (1996). *Identidad masculina y uso del condón*. Letra S, Salud Sexualidad, Sida. La Jornada, Noviembre, 1996, México.
- Brito, Alejandro (1996). *Identidad masculina y uso del condón*. Letra S, Salud Sexualidad, Sida. La Jornada, Noviembre, 1996, México.
- Brito, Alejandro (1998). *Avances clínicos y desafíos políticos “vacuna único modo de detener la pandemia”*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Enero, 1998, México.
- Brito y Zozaya (1997). *La satanización y el triunfo de la razón*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Octubre, 1997, México.
- Brito, Alejandro (2000). *Riesgo, masculinidad y sida*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La jornada, Diciembre, 2000, México.
- Cruz, Ángeles (1997). *Moralizar, manera eficaz para propagar el Sida*. Letra s, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Septiembre, 1997, México.
- Cruz, Ángeles (1998). *Se reducen ETS mil por ciento por el uso del condón*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Abril, 1998, México.

- Del Río, Carlos (1996). *Itinerario de una epidemia por el territorio nacional*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Agosto, 1996, México.
- Díaz-Loving, Rolando (2001). *En sida la información debe preceder a las conductas de riesgo*. Letra S, Salud, sexualidad, Sida. La Jornada, Mayo, 2001, México.
- Encarta, Enciclopedia (2000). México.
- Izazola, José Antonio (1998). *La homofobia, obstáculo para el control de la epidemia. Entrevista hecha por Manuel Zozaya*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Febrero, 1998, México.
- Izazola, José Antonio (1999). *Políticas de atención y prevención del sida: los especialistas responden*. Letra S: Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Febrero, 1999, México.
- La Jornada, (2002) *Editorial*. Letra S: Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Febrero, 2002, México.
- Motta, Jimena (2001). *Cómo nos afectan las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)*. QUO SEXO, Agosto, pp. 60-64. México.
- NotieSe, (1998). *Dos condones al año, promedio en México*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Febrero, 1998, México.
- NotieSe, (2002). *Frente al VIH, "prevención es castidad": Vaticano*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Diciembre, 2002, México.
- Ortiz, Juan Manuel (2001). *Cuenta conmigo*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Agosto, 2001, México.
- Pick, Susan (1997). *Los efectos indeseables de una educación autoritaria*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Febrero, 1997, México.

- Rivas, Martha y Amuchástegui Ana, (1997). *Ética, democracia y el nuevo contrato sexual*. Letra S: Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Agosto, 1997, México.
- Rivas, Martha (1997). *La sexualidad adolescente y el control social*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Febrero, 1997, México.
- Rodríguez, Gabriela (1993). *El erotismo en las adolescentes mexicanas*. Suplemento Especial del XXXI Aniversario. El Día, Junio, 1993, México.
- Rozat, Guy (2000). *Biografía sexual de la adolescencia a final de siglo*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Enero 2000, México.
- Rubio, Lilia (1997). *Proteger la ciudad, prevenir el sida*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Junio, 1997, México.
- Salazar, Gilda (2001). *Jóvenes y sexualidad*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Agosto, 2001, México.
- Secretaría de Salud (1997). *Avances en la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual*. Boletín informativo, México.
- Secretaría de Salud (1997). *El condón en la prevención de la infección por el VIH*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Octubre, 1997, México.
- Secretaría de Salud (2002). *Prevención en gays HSH, una prioridad*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Junio, 2002, México.
- Treviño, Sandra (1997). *¿Cómo ataca el VIH al sistema de defensa?* Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Julio, 1997, México.
- Zozaya, Manuel (1997). *A tiempo, Amar y protegerse a tiempo (entrevista con Díaz Loving)*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Noviembre, 1997, México.

- Zozaya, Manuel (1998). *Grupos vulnerables: el espejo de la desigualdad*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Agosto, 1998, México.
- Zozaya, Manuel (2002). *Sin el permiso de nadie*. Letra S, Salud, Sexualidad, Sida. La Jornada, Junio, 2002, México.

TESIS

- Botello Lonngi, Luis Antonio (1996). *La representación social del condón en varones adolescentes*. Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología. UNAM, México.
- Gómez Vergara, Ma. Elena (1993). *Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condón: percepción de riesgo*. Tesis para obtener el título de licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- López Muñoz, Alma Azucena (2000). *La personalidad y su relación con la auto percepción de riesgo en relación al SIDA*. Tesis para obtener el grado de maestría en psicología clínica. Facultad de Psicología, División de Estudios de Postgrado. UNAM, México.
- Martínez Jerez, Ana María (2000). *El autoconcepto en jóvenes universitarios con diferentes niveles de protección coital*. Tesis para obtener el grado de maestra en Psicología clínica. Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado. UNAM, México.
- Valle G., Mirna R. (1999). *Autoestima, conocimientos sobre el sida y patrones de conducta sexual y adictiva en jóvenes universitarios*. Tesis para obtener el grado de maestra en Psicología social. Facultad de Psicología, división de estudios de postgrado. UNAM, México.

PAGINAS WEB

- Cantú, Elena (2001). *Infecciones de transmisión sexual y pareja*. Once tv: Diálogos en confianza. Febrero, México. <http://oncetv-ipn.net>
- Cantú, Elena (2001). *Autoestima y pareja*. Once tv: Diálogos en confianza. Marzo, México. <http://oncetv-ipn.net>
- Cantú, Elena (2001). *Desconfianza en la pareja*. Once tv: Diálogos en confianza. Septiembre, México. <http://oncetv-ipn.net>
- CNDH, (1997). *Sida, discriminación*. Internet.
- CONASIDA (2003). <http://www.ssa.gob.mx/conasida>
- Consejo Nacional de Población (1988). *Encuesta Nacional sobre sexualidad y familia en jóvenes de educación media superior*. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/intro>
- Consejo Nacional de Población (1998). *La situación demográfica en México*. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/intro>
- Internet, (2003). <http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/infidelidad.htm> -
- Kena, (2002). *Los mitos sobre el condón*. Revista de publicación mensual. <http://www.terra.com.mx/MujerEnArmonia/articulo/089773/>
- Pérez, Lina (2000). *El sexo en cifras*. Once tv, diálogos en confianza. Noviembre, México. <http://oncetv-ipn.net>.
- Pérez, Lina (2001). *Sexualidad en poblaciones rurales*. Once tv Diálogos en confianza, Mayo, México. <http://oncetv-ipn.net>

- Pérez, Lina (2001). *Sexualidad y juventud*. Once tv Diálogos en confianza, Septiembre, México. <http://oncetv-ipn.net>

- Pérez, Lina (2002). *Revisar los efectos de los mitos en sexualidad*. Once tv, diálogos en confianza. <http://oncetv-ipn.net>. Enero, 2002, México.

A N E X O

CUESTIONARIO

Este cuestionario está relacionado con el uso del condón (preservativo). Las respuestas que hagas son totalmente anónimas, por favor contesta de la forma más clara y sincera posible. Lee bien la pregunta y si tienes dudas solicita una aclaración. De antemano gracias.

Edad_____

Sexo F () M ()

1. Alguna vez he tenido relaciones sexuales sin usar condón.

Cierto () Falso ()

Si tu respuesta fue cierta a la pregunta número uno, continua con el cuestionario, si fue falso te sugiero que revises el cuestionario pero no lo contestes por favor.

2. Cuando no uso condón en mis relaciones sexuales, es porque pienso que a mi no me va a pasar nada.

Cierto () Falso ()

3. Las veces que no uso condón es porque pienso que mi pareja me es fiel.

Cierto () Falso ()

4. Cuando no tengo un condón a la mano prefiero correr el riesgo que perder la oportunidad de tener la relación sexual.

Cierto () Falso ()

5. Confiar en la fidelidad de mi pareja es un factor importante para no usar el condón.

Cierto () Falso ()

6. Sentirme invulnerable ante las enfermedades de transmisión sexual es un factor importante que me impide utilizar el condón.

Cierto () Falso ()

7. Mi pareja me confía en mi fidelidad y por ello no utilizamos condón.

Cierto () Falso ()

8. Prefiero una relación sexual protegida que correr el riesgo.

Cierto () Falso ()

9. Cuando desconfío de mi (s) pareja (s) utilizo condón.

Cierto () Falso ()

10. Contraer una enfermedad de transmisión sexual es algo lejano y distante de mi vida.

Cierto () Falso ()

11. Generalmente, mis parejas me han sido fieles por lo cual no utilizo condón.

Cierto () Falso ()

12. Siempre utilizo condón en mis relaciones sexuales.

Cierto () Falso ()

13. Aunque yo le sea fiel a mi pareja estoy propenso a contraer una enfermedad de transmisión sexual sino uso condón.

Cierto () Falso ()

14. En la primera relación sexual con una persona no utilizo condón.

Cierto () Falso ()

15. Mi (s) pareja (s) no ha (n) tenido relaciones sexuales con muchas personas por lo cual no utilizo condón.

Cierto () Falso ()

16. Debo utilizar condón sin importar que provenga de una familia machista.

Cierto () Falso ()

17. Cuando mi pareja desconfía de mi fidelidad me pide usar condón.

Cierto () Falso ()

18. Me gusta correr riesgos en el aspecto sexual porque es algo emocionante.

Cierto () Falso ()

19. Cuando confío en mi pareja no utilizo condón.

Cierto () Falso ()

20. Al tener relaciones sexuales no necesito condón porque no mantengo conductas sexuales que puedan tener algún riesgo.

Cierto () Falso ()

21. Cuando he tenido relaciones sexuales por primera vez con una pareja sin usar condón es porque confío en la persona.

Cierto () Falso ()

