

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA  
SALUD**



**ESTUDIO GENERACIONAL DE ASPECTOS RELACIONADOS A LA  
SEXUALIDAD**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRIA EN CIENCIAS**

**PRESENTA:**

**CECILIA LOURDES DIAZ RODRIGUEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DRA. MONICA TERESA GONZALEZ RAMIREZ**

**MONTERREY, N. L., MEXICO, ENERO DE 2011**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA  
SALUD**

La presente tesis titulada “Estudio generacional de aspectos relacionados a la sexualidad” presentada por Cecilia Lourdes Díaz Rodríguez ha sido aprobada por el comité de tesis.

---

Dra. Mónica Teresa González Ramírez  
Director de tesis

---

Dr. Manuel Gpe. Muñiz García  
Revisor de tesis

---

Dr. Miguel López Torres  
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Enero de 2011



## DEDICATORIA

A mis padres:

Mario Humberto Díaz Treviño (†)

Blanca Irma Rodríguez de Díaz

A mis hermanos:

Mario, Gaby y Daniel

A mis sobrinos:

Andrea Sofía y Mario Humberto

POR EL APOYO INCONDICIONAL Y PERMITIRME SOÑAR Y LOGRAR...

Y a todos los ángeles que he tenido la inmensa fortuna de conocer en mi camino y han completado mi vida con sus diferencias y similitudes, con su pensamiento tan igual y tan diferente al mío, Alejandro Luévano Flores, Ana Luisa González Rosas, Laura Saldivar Olvera, Luis Javier Urteaga Pimentel, María Rosas Rodríguez, René Flores Contreras, Wendoly Canavatti Sánchez y muchas otras que cometo el error de olvidar mencionar. A todos ustedes

**MUCHAS GRACIAS!**

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a CONACYT por el apoyo económico brindado sin el cual no hubiera sido posible la realización de mis estudios de Maestría. Así mismo agradezco al Mtro. Arnoldo Téllez López ex director de la facultad de Psicología así como al Mtro. Armando Peña Moreno director actual de la Facultad de Psicología por su apoyo de beca para mi formación académica y profesional.

Agradezco infinitamente a la Dra. Mónica Teresa González Ramírez por su apoyo en la realización de mis proyectos compartiendo su conocimiento para enriquecerlos. Le agradezco también por transmitirme el gusto de la investigación. Agradezco al Dr. René Landero Hernández por sus aportes estadísticos al proyecto y a mi formación.

Agradezco también a las instituciones que me apoyaron para la aplicación de las encuestas como el Gobierno de Monterrey, Gobierno de Escobedo y DIF Nuevo León.

Agradezco a los revisores de mi trabajo: Dr. Manuel Muñiz y Dr. Miguel López por el tiempo dedicado a la revisión y enriquecimiento del mismo.

Y finalmente agradezco a la Facultad de Psicología, al área de Posgrado y a todas aquellas personas que trabajan en él y contribuyeron de alguna manera en mi formación (secretarías, prefectura, sistemas, becas, etc.).

## RESUMEN

El presente estudio consistió en analizar las posibles relaciones que existen entre generaciones en relación a diversas variables sexuales. Se dividió a la población en cuatro grupos generacionales, de acuerdo al año de nacimiento: 1) Silenciosos, 2) Baby-boomers, 3) X y 4) Milenio. Las variables sexuales investigadas fueron: higiene sexual, número de parejas sexuales (al año y en su vida) uso del condón, nivel de intimidad, edad de inicio sexual, uso de anticonceptivos, comunicación, conductas de riesgo para VIH/SIDA, machismo, doble moral, autoeficacia para evitar conductas de riesgo, autoeficacia en el uso del condón, infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazo no deseado/aborto y VIH/SIDA; estas variables se han agrupado en Conductas, Creencias y Consecuencias. Se realizó un estudio con un diseño no experimental-correlacional. Los participantes fueron seleccionados al azar (n=565). Para la evaluación se realizó un cuestionario conformado por instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas para cada una de las variables. Los resultados muestran diferencias entre los grupos generacionales en la mayoría de las variables sexuales, así como correlaciones significativas en la mayoría de las variables; se encontró una mayor autoeficacia en las generaciones más jóvenes, así como diferencias significativas en los grupos extremos en estas variables, al igual que el machismo y la doble moral. Las variables de creencia muestran más diferencias significativas en comparación a las variables de conducta al comparar los grupos generacionales, por lo que se concluye que las generaciones más jóvenes piensan diferente sin embargo actúan igual que las generaciones mayores.

Palabras clave: Generaciones, sexualidad, conductas, creencias, consecuencias, VIH/SIDA.

## **ABSTRACT**

This study consisted in exploring possible relationships among generations in relation to sexual variables. Participants were divided into four generational groups, according to year of birth: 1) Silent, 2) Baby-boomers, 3) X and 4) Millennium. The sexual variables investigated were: sexual health, number of sexual partners (in year and life), condom use, level of intimacy, sexual debut, contraceptive use, communication, risk behaviors for HIV / AIDS, sexism, double standard, self-efficacy to avoid risky behavior, self-efficacy in condom use, sexually transmitted infections (STIs), unwanted pregnancy / abortion and HIV/ AIDS, these variables are grouped into behaviors, beliefs and consequences. This study was conducted with a non-experimental correlational design. Participants were randomly selected (n = 565). The evaluation was a questionnaire consisting of instruments with adequate psychometric properties for each of the variables. The results show differences between age groups over most of the sexual variables and significant correlations in most of the variables, it was found a higher efficacy in the younger generation as well as significant differences in the extreme groups in these variables, like sexism and double standard. Belief variables showed more significant differences than behavior variables comparing in generational groups. In conclusion, younger generation thinks differently, nevertheless acts as the older generation.

Keywords: Generations, sexuality, behaviors, beliefs, consequences, HIV / AIDS.



# INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
<b>CAPITULO I .....</b>	<b>14</b>
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>14</b>
Antecedentes.....	14
Definición del Problema .....	17
Justificación de la Investigación.....	19
Objetivos.....	22
Objetivo general .....	23
Objetivos específicos.....	23
Limitaciones y Delimitaciones.....	23
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>25</b>
<b>MARCO TEORICO.....</b>	<b>25</b>
Sexualidad .....	25
Componentes de la sexualidad .....	25
Sexualidad en adolescentes.....	27
Conductas de Riesgo .....	28
Infecciones de Transmisión Sexual.....	29
Virus de Inmunodeficiencia Humana .....	32
Modelo epidemiológico-conductual.....	33
Modelo antropológico-cultural.....	34
Modelo político-económico .....	35
Embarazo no deseado/aborto .....	36
Variables relacionadas .....	38
Variables conductuales.....	39
Variables creencias.....	41

Generaciones.....	42
Generación Silenciosa.....	44
Baby Boomers .....	44
Generación X .....	45
Generación Milenio .....	46
Teoría de la conducta problema .....	48
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>52</b>
<b>METODO.....</b>	<b>52</b>
<b>PARTICIPANTES .....</b>	<b>52</b>
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	52
Instrumentos de recolección de datos.....	53
<b>PROCEDIMIENTO.....</b>	<b>56</b>
Diseño utilizado.....	56
Recolección de Datos.....	56
Análisis de Datos.....	57
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>58</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
Correlaciones de la generación Silenciosa .....	64
Correlaciones de la generación Baby-Boomers.....	68
Correlaciones de la generación X .....	72
Correlaciones de la generación Milenio .....	76
Resultados de comparación de grupos ANOVA .....	81
Modelo predictivo.....	90
<b>CAPITULO V .....</b>	<b>91</b>
<b>DISCUSION Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>91</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>105</b>

## Índice de Tablas y Figuras

### Tablas

<b>TABLA 1:</b> Incidencia de ITS por entidad federativa	18
<b>TABLA 2</b> Prevalencia de VIH por entidad federativa	19
<b>TABLA 3:</b> Casos nuevos y acumulados de SIDA por año de diagnóstico, por entidad federativa	19
<b>TABLA 4:</b> Casos diagnosticados de VIH en México de 1998-2008	31
<b>TABLA 5:</b> Edad por grupo generacional	39
<b>TABLA 6:</b> Síntesis de valores, actitudes y comportamientos por grupo generacional	43
<b>TABLA 7:</b> Distribución poblacional de Nuevo León	44
<b>TABLA 8:</b> Participantes por grupo generacional	54
<b>TABLA 9:</b> Datos de consistencia interna de los instrumentos	55
<b>TABLA 10:</b> Correlación población total	56
<b>TABLA 11:</b> Correlación generación Silenciosa	61
<b>TABLA 12:</b> Correlación generación Baby Boomers	65
<b>TABLA 13:</b> Correlación generación X	69
<b>TABLA 14:</b> Correlación generación Milenio	73
<b>TABLA 15:</b> ANOVA 456 participantes	78
<b>TABLA 16:</b> Diferencias entre grupos 456 participantes	80

<b>TABLA 17:</b> ANOVAS grupos de 46 participantes	82
<b>TABLA 18:</b> Diferencias entre grupos de 46 participantes	84
<b>TABLA 19:</b> Consecuencias de conducta sexual desprotegida	87
<b>Figuras</b>	
<b>FIGURA 1:</b> Modelo de la teoría de la Conducta Problema	51



# **CAPITULO I**

## ***INTRODUCCION***

### **Antecedentes**

La adolescencia es una etapa de difícil transición, de acuerdo con Silbereisen y Kracke (1997) el proceso de la pubertad presenta un gran reto para los adolescentes, los jóvenes necesitan integrar en su auto-concepto la apariencia de su cuerpo que cambia, sus sentimientos sin precedentes y las reacciones hasta ahora desconocidas por la gente en su entorno. Debido a esto se manifiesta la necesidad de conocer los cambios cognitivos y conductuales que suceden en esta etapa de la vida del ser humano.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia se define como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana que va de 10 a 14 años y la adolescencia tardía, que va de 15 a 19 años. Se refiere también al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica (OMS, FNUAP y UNICEF, 1997). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2000) realizó un perfil de salud sexual y reproductiva del adolescente y define esta etapa como un proceso formativo crucial que moldea la forma en que los niños y las niñas vivirán sus años adultos.

Relacionado con este proceso de crecimiento e incorporación a la vida adulta el Instituto Mexicano de la Juventud (2002) en su Encuesta Nacional de Juventud 2000 presenta una realidad actual de las nuevas generaciones en relación a su vida laboral y manifiesta que la frontera final del ser joven, que consiste en la emancipación, se está diluyendo dado que las cuatro condiciones para lograrla de una forma social típica que son: 1) independencia económica, 2) auto-administración de los recursos disponibles, 3) autonomía personal y 4) constitución de un hogar propio, tienen cada vez mayor dificultad de cumplirse.

Resulta relevante en la formación de los adolescentes las características generacionales que los representan y al realizar una búsqueda de información en bases de datos se encontró que la investigación en esta línea se ha quedado atrás en su estudio. Las bases de datos utilizadas para la búsqueda de información son: Academic Research Library, ProQuest Psychology Journals utilizando como palabras clave: *generational, studies, sexually transmitted diseases or std, human immunodeficiency virus—hiv, and sexual intimacy*. Se puede afirmar que han sido pocos los estudios enfocados a los cambios entre generaciones, o trabajos que nos muestren los cambios que ha sufrido la población con respecto a temas de importancia general como lo son los aspectos sexuales.

Se encontraron dos investigaciones enfocadas a comparar grupos generacionales con aspectos relacionados a la sexualidad, Rodríguez y Farré (2004) proponen un estudio piloto intergeneracional de aspectos sexuales cuyo objetivo era conocer las similitudes y diferencias de las siguientes variables: fuentes de información sobre sexo, aceptación de anticonceptivos, aceptación de relaciones homosexuales, fidelidad, aborto, sexo oral y anal, la finalidad del sexo, entre otras.

Entre los resultados obtenidos se encontraron coincidencias entre grupos de edad tan distantes como lo son los jóvenes y las personas de la tercera edad en

aspectos como las fuentes de información de sexualidad, en donde todos los grupos de edad refieren a sus compañeros como aquellas personas que les proporcionan la mejor información relacionada a la sexualidad, también se encontraron coincidencias en la disposición de ambos grupos extremos para tener relaciones sexuales prematrimoniales, así mismo la mayoría de los sujetos piensan que la masturbación es un acto totalmente natural.

La segunda investigación encontrada fue realizada por Carlos Welti (2005) donde compara grupos de edad de mujeres, enfocado a las variables edad de la primera relación sexual y edad al nacimiento del primer hijo, los resultados muestran un retraso en la edad de la primera relación sexual y la edad al nacimiento del primer hijo entre las generaciones más jóvenes.

Se encontraron también tres investigaciones que incluyen variables sexuales pero orientadas a comparación de género. El primero de ellos se realizó en 2001 en Bucaramanga, Colombia, dicho estudio estaba enfocado en establecer las diferencias existentes por sexo en conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, y como se relacionaban con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), los resultados obtenidos muestran que los hombres tienen un nivel de conocimientos más alto en comparación con las mujeres, así mismo muestra que un mismo porcentaje de hombres y mujeres (93%) dicen haber recibido información de VIH a través de sus profesores, y que cuando tienen dudas acuden a sus amigos. En lo relacionado al VIH, señalaron como medidas preventivas principalmente el tener pareja sexual única, no tener relaciones sexuales con desconocidos y usar condón (López, Vera y Orozco, 2001).

Un segundo estudio de género pero enfocado al VIH/SIDA fue realizado en 2004 por García-Sánchez, la autora plantea la problemática de la pandemia del VIH/SIDA en la actualidad, pone de manifiesto que las mujeres heterosexuales que en un principio no eran consideradas un grupo de riesgo, ahora lo son. La autora plantea que la mujer al ser dependiente económica y seguir manteniendo



un rol sexual limitado aparece ahora en riesgo de infección. Considera también que hay factores biológicos y sociales que favorecen la transmisión del VIH y la adquisición de la enfermedad en las mujeres.

El tercer estudio detectado, se publicó en 2005 por Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez en la ciudad de México, la variable de comparación fueron las disfunciones sexuales femeninas y masculinas. Se encontró que las mujeres que habían sufrido algún tipo de abuso infantil se ubicaban en el grupo con disfunciones sexuales, siendo la disritmia sexual, el deseo sexual hipoactivo y la inhibición del orgasmo las tres más frecuentes. En el grupo de hombres se encontró que aquellos que tienen carencias de información se encontraban también en el grupo con disfunciones sexuales, las dos disfunciones sexuales más comunes fueron la disritmia sexual y la eyaculación precoz.

Sin embargo, el interés del presente estudio va más allá de este tipo de comparación. Previamente se realizó una investigación con estudiantes de nivel secundaria en donde se relacionaban las variables conocimientos de sexualidad y autoeficacia (Díaz, Tamez y González, 2009). En base a los resultados obtenidos nos dimos cuenta de las áreas de oportunidad de los programas de prevención y es debido a eso que para la presente investigación se han incluido como variables relacionadas a la sexualidad: higiene sexual, número de parejas sexuales, uso del condón, nivel de intimidad, edad de inicio sexual, uso de métodos anticonceptivos, comunicación, conductas de riesgo de infección de VIH/SIDA, machismo, doble moral, autoeficacia para evitar conductas de riesgo, autoeficacia en el uso del condón, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), embarazo no deseado/aborto y VIH/SIDA.

### **Definición del Problema**

Actualmente podemos encontrar información reciente de los temas de interés social; en el caso específico de la salud sexual podemos encontrar artículos que

nos muestran los avances que tienen los distintos grupos multidisciplinares de trabajo y es así que encontramos estudios de temas como el VIH/SIDA enfocados a diversas poblaciones como adolescentes, mujeres, homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (Goodenow, Szalacha, Robin y Westheimer, 2008; Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis y Zhou, 2008; Givaudan y Pick, 2005; Collazos, Echeverry, Molina, Canaval y Valencia, 2005) encontramos también estudios correlacionales de las ITS y su influencia en desencadenar VIH (Rius, Binefa y Casabona, 2004) y en la mayoría de los casos, encontramos información de programas de prevención que se llevan a cabo en lugares del mundo en donde la pandemia del VIH llega a cifras elevadas, donde la prevención no funciona y el principal abordaje es médico más que psicológico (ONUSIDA, 2006; Piña y Robles, 2005; Coetzee, Hilderbrand, Boule, Draper, Abdullah y Goemaere, 2005).

Encontramos también información relacionada a los métodos anticonceptivos, específicamente el uso correcto del condón masculino (Madrazo, Castellanos, Huerta, Tarasco y Marco, 2007). En otro apartado de la salud sexual encontramos también información acerca de la prevención, tipos de prevención y población a quien van dirigidos, (Macchi, Benitez, Corvalán, Núñez, y Ortigoza, 2008; Urrea, Congolino, Herrera, Reyes y Botero, 2006). Sin embargo no encontramos en relación a este tema, una explicación clara y detallada de como se llevan a cabo esos programas de prevención, que factores nos llevan a decidir cual es el indicado para la población que manejamos y, en pocas palabras, no tenemos información que nos indique que los temas y las actividades están diseñadas y son apropiadas para lograr la prevención en nuestra población.

Por este motivo consideramos de gran importancia evaluar el tema de la sexualidad en diferentes generaciones, y poder de esta manera, evaluar los cambios respecto a conductas, creencias y consecuencias relacionadas a la

sexualidad, además de evaluar la relación entre las variables de interés para este estudio.

### **Justificación de la Investigación**

El Centro de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) reporta aproximadamente 19 millones de nuevos casos de ITS adquiridas anualmente (Trabold, 2008, Sandford, Orr, Hirsch, & Santelli, 2008). Manifiesta también que las infecciones más comunes son: clamidia, gonorrea, sífilis, herpes, virus de papiloma humano y tricomoniasis, así mismo encuentra que las cifras varían anualmente y demuestran variaciones de acuerdo al sexo, edad, raza y factores psicosociales de riesgo como el alcohol y uso ilícito de drogas, el número de parejas sexuales, la edad del primer coito y violencia interpersonal (Trabold, 2008).

Sandford y colaboradores (2008) sugieren que una pronta iniciación sexual está asociada con el riesgo continuo de ITS, VIH/SIDA y embarazo no deseado, estas asociaciones están medidas por el número de parejas sexuales, historia de ITS, uso de alcohol y drogas y número de parejas sexuales. En el estado de Nuevo León en 2007 la incidencia de ITS muestra lo siguiente por cada 100,000 habitantes:

**TABLA 1:** Incidencia de ITS por entidad federativa

<b>Entidad Federativa</b>	<b>Gonorrea</b>	<b>Sífilis adquirida</b>	<b>Sífilis congénita</b>	<b>Herpes Genital</b>	<b>Chancro Blando</b>	<b>Virus de Papiloma Humano</b>
<i>Nuevo León</i>	12	38	2	50	6	102

De acuerdo con ONUSIDA, se estima que mundialmente en 2007 había 33 millones (30,3-36,1 millones) de personas que vivían con el VIH. También se produjeron 2,7 millones (2,2-3,2 millones) de nuevas infecciones por el VIH y 2 millones (1,8-2,3 millones) de fallecimientos relacionados con el SIDA.

En relación al VIH/SIDA el último reporte estadístico del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA, 2008) al 14 de noviembre de 2008, nos muestra que 2,415 personas fueron diagnosticadas con VIH. La cifra a nivel nacional de personas diagnosticadas y notificadas es de 16,200. En la tabla 2 podemos ver el lugar por prevalencia de VIH que ocupa el estado de Nuevo León.

**TABLA 2** Prevalencia de VIH por entidad federativa

Lugar	Entidad Federativa	Personas registradas con VIH	Prevalencia
12	Nuevo León	1098	0.02

Los casos de SIDA diagnosticados en 2008 en nuestro país ascienden a 3,574 personas, notamos un decremento en la cifra al compararlo con el año anterior, ya que en 2007 fueron diagnosticadas 5,600 personas y nuestro estado ocupa el lugar 23 en la tabla de incidencia acumulada (Ver tabla 3).

**TABLA 3:** Casos nuevos y acumulados de SIDA por año de diagnóstico, por entidad federativa

Lugar por Incidencia Acumulada	Entidad Federativa	Casos Acumulados	Año de Diagnóstico	
			2007	2008
23	Nuevo León	3506	63	67

En nuestro país los temas mencionados anteriormente como el VIH eran temas estigmatizados, ya que se consideraba que estas infecciones afectaban solo a las personas cuya conducta no era aceptada social o legalmente, y es en la década de los 80's con el surgimiento del VIH/SIDA, considerado hasta ese momento como una enfermedad desconocida que causaba la muerte y estaba asociada a grupos de minorías como homosexuales y drogadictos que se presenta la necesidad de realizar cambios en el tema de la prevención. El crecimiento acelerado del número de infecciones obligó al gobierno y a los encargados de la salud a informar a la población en general (GonÇalves, Castellá y Carlotto, 2007), ahora personas de todos grupos de edades corrían

peligro de infección, incluso fue necesario retirar la etiqueta de “grupos de riesgo” y denominar las “conductas de riesgo”.

Comenzaron las investigaciones acerca de conductas o situaciones que pudieran desencadenar el VIH y es así como se encuentra una relación directa entre las ITS y el VIH/SIDA. Existe una sinergia entre las ITS y la infección por VIH, tanto por la modificación de las manifestaciones clínicas de algunas ITS en presencia de la infección por VIH como por la participación de algunas ITS en la mayor transmisión y adquisición de la infección por VIH (Rius, Binefa y Casabona, 2004).

Resulta de gran importancia llevar a cabo en este momento social un estudio en donde se comparen las diversas generaciones o grupos de edades con los que todos convivimos día con día y formamos parte de uno de esos grupos en específico, esto con la finalidad de estudiar a fondo las situaciones que se presentaron y se presentan con cada grupo de edad y los recursos con los que contaron socialmente para que de esta manera, y una vez estudiado el contexto y la historia, podamos predecir las situaciones que se presentarán a futuro con las siguientes generaciones de jóvenes; principalmente en lo que corresponde al presente estudio que son los aspectos sexuales, ya que encontramos en nuestra vida cotidiana situaciones que no se sabe cómo enfrentar o que se pretende resolver “como en nuestros tiempos” sin tomar en cuenta los cambios que suceden continuamente con nuestra sociedad.

Al estudiar a las diferentes generaciones y sus estilos de vida podemos elaborar programas de prevención con información adaptada específicamente para estas siguientes generaciones. En esta línea se encontró un programa de prevención dirigido a adolescentes y aplicado en los años 2003 y 2004 el cual parece estar mejor adaptado a esta nueva generación de adolescentes, y consiste en un evento de 6 horas en un centro de la ciudad desde las 6:00pm hasta la media noche del viernes o sábado y el evento se lleva a cabo mientras se escucha la

música de un disk jockey y se promociona mediante las estaciones de radio, los jóvenes participan en una serie de actividades en cuanto a prevención de embarazo e ITS. Se llevan a cabo una variedad de métodos educativos convencionales y otros no tan convencionales orientados a la cultura adolescente. Esto incluye el uso de pancartas y carteles con mensajes sobre embarazo como decoración, hay cabinas para proporcionar información de diferentes cuestiones incluyendo ITS, embarazo, métodos anticonceptivos y VIH, así como estands con temáticas, se presenta también una ruleta con preguntas para los participantes, los cuales al contestar correctamente reciben premios como CD's y en caso de no poder contestar reciben la información correcta a la pregunta. Entre otras actividades se encuentra la composición de una canción con los diferentes temas de prevención y se realizan preguntas al azar a los participantes y se ganan premios como entradas a eventos, camisetas, entre otros (De Anda, 2008).

## **Objetivos**

Para el presente estudio manejamos como variable dependiente las consecuencias de una conducta sexual sin protección, que es evaluada por la presencia o historia de ITS, VIH, embarazo no deseado/aborto.

Las variables independientes del estudio son:

### **CONDUCTAS**

- Higiene sexual
- Número de parejas sexuales (al año y/o en su vida)
- Uso del condón
- Nivel de intimidad
- Edad de inicio sexual
- Uso de anticonceptivos
- Comunicación
- Riesgo de infección de VIH/SIDA

## CREENCIAS

- Machismo
- Doble moral
- Autoeficacia para evitar conductas de riesgo
- Autoeficacia en el uso del condón

## CONSECUENCIAS

- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Embarazo no deseado/aborto
- VIH/SIDA

### **Objetivo general**

Identificar diferencias entre generaciones respecto a conductas, creencias y consecuencias relacionadas a la sexualidad, además de evaluar la relación entre variables.

### **Objetivos específicos**

- Identificar la relación entre las variables del estudio.
- Identificar la relación entre las variables del estudio por grupos generacionales.
- Identificar variables predictoras de las consecuencias de la conducta sexual sin protección (ITS, VIH, embarazo no deseado/aborto).

### **Limitaciones y Delimitaciones**

El presente trabajo ha sido desarrollado pensando en los cambios que ocurren de generación en generación, en este caso específico, fue elaborado para la

comunidad nuevoleonense tomando como base los programas de prevención de VIH/SIDA, ITS y embarazo que se llevan a cabo en la misma localidad.

Al tener cuatro grupos generacionales, la selección de los participantes se realizó de manera aleatoria, buscando que todos los participantes cumplan con el criterio de nivel socioeconómico medio; esto con el fin de obtener una muestra con mayor similitud entre participantes. Se esperaba obtener una cantidad proporcional en cuestión de género, ya que se considera un factor importante para la revisión de los datos al igual que una cantidad similar de participantes en cada grupo generacional.

Las limitantes principales que se presentan en esta investigación, como en cualquiera en donde se aplique un cuestionario es la fiabilidad de las respuestas, para este caso específico, el tema de la sexualidad sigue siendo un tema que genera controversia, se realiza de manera anónima invitando a los participantes a sentirse más seguros de contestar verazmente y cada cuestionario será revisado de manera detallada para poder detectar aquel que precise ser invalidado.

Así mismo es importante mencionar que algunos cuestionarios aplicados a los participantes de la generación Silenciosa han requerido que se les lean las preguntas mencionando que tienen problemas para leer, dicha solicitud se ha realizado sin influir en las respuestas por parte del entrevistador. En esta misma generación se ha encontrado que en preguntas cuya opción de respuesta corresponde a tipo Likert de 5 opciones limitan sus respuestas a “de acuerdo” y “en desacuerdo” por lo que se les ha preguntado primero su opinión en esos dos parámetros y una vez elegida su respuesta se les pregunta por el grado de acuerdo o desacuerdo se encuentran con la pregunta realizada.



## **CAPITULO II**

### ***MARCO TEORICO***

#### **Sexualidad**

##### **Componentes de la sexualidad**

El desarrollo sexual del ser humano coincide con la etapa de la adolescencia, cuya definición ya fue mencionada anteriormente y se presenta a continuación de manera más extensa: de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define el período de adolescencia como la etapa entre los 10 y 19 años de edad. Así mismo, considera el período que va de 10 a 14 años como adolescencia temprana y de 15 a 19 años como adolescencia tardía. Delimita también el período de juventud entre 15 y 25 años, por lo tanto la primera fase de la adolescencia está relacionada con el inicio de la pubertad, y la segunda fase (tardía) está vinculada con el inicio de la juventud. (Monroy, 2002).

Aguilar (1997) propone que la adolescencia es uno de los periodos más críticos del ser humano, por ser el momento anterior a la etapa en que debe asumirse una responsabilidad social adulta, así mismo la considera una de las más importantes etapas del curso de la vida por su complejidad, pero también por la trascendencia personal y social que cobran las decisiones que toman individuos y grupos durante esta etapa. Es importante mencionar esto, debido a que es precisamente en esta etapa de la vida en donde el ser humano nota y desarrolla su sexualidad, la cual puede ser definida como una serie de aspectos

biológicos, psicológicos, sociales y culturales que condicionan la forma de comportamiento o de conducta sexual de cada persona.

La sexualidad es también un todo que influye en nuestro comportamiento social, mientras que el sexo es solamente una parte de ese todo. (Mejía, 2006). La sexualidad desarrollada por el adolescente dictará la pauta para el pleno desarrollo de la sexualidad de él mismo en su vida como adulto y formará así mismo la base de su conducta que llevarán a esa persona a tener una salud sexual sana o viceversa.

Krauskopf (1998) menciona que el lapso entre los diez y los veinte años marca aspectos diferenciales en el desarrollo que se reflejan en importantes transformaciones psicosociales y coinciden con las edades aproximadas en que se inician las modificaciones sexuales y la culminación de este crecimiento.

Stern, Fuentes-Zurita, Lozano-Treviño y Reysoo (2003) por su parte, proponen que la adolescencia es hoy en día un periodo en el cual con el inicio de la actividad sexual se adoptan patrones de comportamiento que tendrán efectos en la salud sexual y reproductiva que pueden impedir el potencial de desarrollo durante la adultez; por ello las intervenciones tempranas en general y las relacionadas con la salud sexual y reproductiva en particular son tan importantes.

La salud sexual es un tema que ha sido muy relevante a partir del Siglo XX. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedades y/o malestar (OPS/OMS, 2000).

## **Sexualidad en adolescentes**

Hablar de sexualidad y adolescentes es un tema muy recurrente al menos durante los últimos diez años, durante esta década se han realizado numerosos estudios dedicados a la salud sexual de los jóvenes, esto se debe a los esfuerzos del gobierno por prevenir el contagio de ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados. Los datos que tenemos son cada día más aproximados a la realidad, esto debido al creciente interés en las campañas de prevención.

Juárez y Gayet (2005) realizan una investigación acerca de los datos obtenidos de encuestas a partir de la década de los 80's, las autoras mencionan lo siguiente; en el año de 1985 se realiza la primera encuesta que obtuvo datos sobre la sexualidad de los adolescentes, los resultados mostraban que era mayor la proporción de hombres sexualmente activos que de mujeres. Los datos obtenidos en la Encuesta sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior en 1988 arrojaron que para ese año los porcentajes de personas sexualmente activas era de 38.3% en hombres y 5.4% en mujeres.

La Encuesta sobre Comportamiento Sexual y Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México de 1988 señala que 33.3% de hombres y 20.3% de mujeres de edades de 15 a 19 años eran sexualmente activos. Once años más tarde la Encuesta para el Programa Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MexFam) señala que 22.3% de hombres y 10.3% de mujeres de 13 a 19 años eran sexualmente activos y finalmente en el año 2000 el Instituto Mexicano de la Juventud con los resultados de su encuesta mostraron que el 60% de hombres y el 51% de mujeres, del grupo de edad de 15 a 19 años se declararon sexualmente activos.

Un estudio realizado en Colombia enfatiza que para comprender la adolescencia es preciso analizar el contexto relacionado con los procesos de globalización y desarrollo tecnológico, el auge de las lógicas del mercado, la gran influencia de los medios de comunicación, los cambios culturales, las pautas sociales que median las relaciones entre los géneros y entre las generaciones, así como la situación de guerra en medio de condiciones de pobreza, violencia, corrupción, migración y desplazamiento de cultivos, entre otros. Estos factores influyen directamente en el comportamiento de la juventud y en las oportunidades de desarrollo humano, económico y social (Mejía y Ortiz, 2006).

Dentro de la misma investigación Mejía y Ortiz (2006) consideran los resultados de Papalia y Olds, quienes establecen que los adolescentes buscan la actividad sexual para aumentar la intimidad, indagar por nuevas experiencias, probar su madurez, estar a la par con sus compañeros, encontrar alivio a las presiones o internarse en el misterio del amor; afirman también que la orientación sexual de una persona se manifiesta en la adolescencia. En sus resultados las autoras encontraron también que los jóvenes de hoy son más activos sexualmente y más liberados que los jóvenes de generaciones anteriores y argumentan que el inicio temprano de la actividad sexual obedece a presiones sociales, a la curiosidad frente al sexo y la influencia de los medios de comunicación que les presenta una idea e información distorsionada acerca de la práctica sexual. De igual manera identifican que uno de los principales problemas del inicio de relaciones sexuales tempranas es el embarazo no planeado, que trae consecuencias graves para las adolescentes, los bebés y la sociedad en conjunto (Mejía y Ortiz, 2006).

### **Conductas de Riesgo**

En el mundo entero y en nuestro país específicamente existe una gran preocupación de parte del gobierno, las Organizaciones no Gubernamentales

(ONG's) y los profesionales de la salud encargados de los programas de prevención respecto a las conductas de riesgo, las cuales para el presente trabajo serán definidas como aquellas conductas que, de practicarse, podrían comprometer la salud y que suceden aun y con la información necesaria para evitarlas, en el caso de conductas de riesgo sexual son específicamente definidas como el tener relaciones sexuales sin protección o con múltiples parejas sexuales aún y cuando se conoce del riesgo a la salud al que se está enfrentando.

Tener una conducta de riesgo sexual implica arriesgarse a enfrentar muchos cambios en la vida, algunos de ellos y los más importantes para la salud de los adolescentes y adultos son el riesgo al contagio del VIH/SIDA y el contagio de alguna ITS. Todo esto podría ser evitado a partir de tener y fomentar una cultura hacia el correcto uso del condón, sin embargo, a pesar de ser esta la forma de prevenir el contagio de VIH o de una ITS es inexplicable que personas en el mundo sigan sin usar condón durante sus relaciones sexuales. (Piña, 2004a, 2004b; Torres, Walker, Gutierrez y Bertozzi, 2006; Vinaccia, Quiceno, Gaviria, Soto, Gil y Arnal, 2007). Dichas conductas se encuentran íntimamente entrelazadas con las variables del estudio como veremos a continuación.

### **Infecciones de Transmisión Sexual**

Las infecciones de transmisión sexual, antiguamente conocidas como Morbus Incidens, fueron llamadas enfermedades venéreas en el siglo XVI por Jaques de Bitencourt, después fueron calificadas como efectos colaterales del amor y posteriormente se conocen como enfermedades de transmisión sexual. En nuestros días se maneja el término de Infecciones de Transmisión Sexual y su definición es un conjunto de infecciones agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión, de persona a persona, a través de las relaciones sexuales por vía vaginal, oral o anal (Llorente, Cedeño, Guzmán y Fuentes, 2009).

El principal grupo de riesgo son los adolescentes y adultos jóvenes quienes se encuentran en mayor riesgo debido a la coincidencia de la etapa de vida con el inicio de la vida sexual que muchas veces puede llevarse a cabo de manera desprotegida; así mismo puede influir la cantidad de parejas sexuales, ya que al iniciar su vida sexual a edades más cortas se tiene una mayor cantidad de parejas sexuales a lo largo de la vida, presentándose un aumento en las probabilidades de padecer una ITS (Leoni, Martelloto, Jakob, Cohen y Aranega, 2005).

Se calcula que todos los años se producen más de 340 millones de nuevos casos curables, como la sífilis e infecciones como gonorrea, clamidia y tricomonas vaginales entre hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años, la mayor proporción se observa en Asia, seguida por África y por América Latina y el Caribe (OMS, 2007a). Los datos mostrados por el CDC en 2004 indicaron que la tasa de ITS se había incrementado en comparación con los datos obtenidos en el año anterior y lo atribuyen a un mejor diagnóstico e identificación de los síntomas. Asimismo identificaron ciertas variables sociodemográficas como la raza, el género y la edad como factores indicadores de ITS, Los adolescentes que tienen entre 15 y 19 años tienen la tasa de infección más alta, seguido por los adultos de 20 a 24 (Trabold, 2008). El motivo de que esto suceda es porque los adolescentes son año tras años activos sexualmente a edades más tempranas y continúan teniendo conductas de riesgo como relaciones sexuales desprotegidas, como se mencionó anteriormente.

Zamilpa-Mejía, Uribe-Salas, Juárez-Figueroa, Calderón-Jaimes y Conde-González (2003) encontraron en su estudio de riesgo de infección de herpes y sífilis en población femenina un incremento de riesgo de infección a mayor edad de las participantes, esto debido a la cantidad de parejas sexuales que se tienen a mayor edad.

Ahora bien, las ITS afectan a todas las personas, sin embargo hay algunas que se presentan más que otras y algunas incluso pueden presentarse más en algún sexo que en el otro, por ejemplo, la clamidia es la infección más comúnmente diagnosticada, y es tres veces más diagnóstica en mujeres que en hombres, la gonorrea es la segunda infección más comúnmente diagnosticada y se encuentra más entre las personas de 15 a 24 años; la sífilis históricamente se presenta más en los hombres (Trabold, 2008).

Se estima que cuando una persona padece alguna ITS, tiene diez veces más riesgo de tener otra infección de transmisión sexual. Por este motivo siempre que se encuentre una ITS, se debe hacer la prueba de VIH, y siempre que se encuentre VIH se debe buscar otras ITS (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006). La prevención y el tratamiento de ITS reducen el riesgo de transmisión del VIH por vía sexual, la presencia de una enfermedad de transmisión sexual inflamatoria o ulcerativa no tratada aumenta el riesgo del VIH durante un contacto sexual sin protección entre una persona infectada y otra que no lo está (OMS, 2007a).

La prevención de las ITS ha tenido efectos, los casos han disminuido, sin embargo en el abordaje se puede encontrar diversas situaciones que imposibilitan el mensaje de prevención, entre estas situaciones encontramos entre los adolescentes una escasa percepción de riesgo, rebeldía hacia los mensajes procedentes de sus “mayores” y una consideración del condón como un elemento que resta espontaneidad a la relación sexual (Callejas, Fernández, Méndez, León, Fábrega, Villarín, Rodríguez, de Quirós, Fortuny, López y Fernández, 2005).

## **Virus de Inmunodeficiencia Humana**

El VIH puede ser considerado un efecto directo de las conductas de riesgo, al igual que las ITS. De acuerdo con la OMS (2007b) la prevalencia mundial del VIH (porcentaje de personas que viven con el VIH) se ha estabilizado y también señala que la incidencia mundial del VIH (número de nuevas infecciones por el VIH por año) se estima que alcanzó el máximo a final de los 90's, con una cifra de más de 3 millones (2.4-5.1 millones) de nuevas infecciones por año, y se estima que en 2007 fue de 2,5 millones (1.8-4.1 millones), lo que representa un promedio de más de 6,800 nuevas infecciones diarias. Estos avances son considerados resultado de los programas de prevención y control del VIH a nivel mundial.

La prevalencia de la infección por el VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en algunas ciudades de América Latina y Centroamérica oscilan entre el 5% y el 20%, lo cual permite afirmar que en muchos países la epidemia se encuentra concentrada en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres. ONUSIDA reporta que América Latina aporta el mayor número de infecciones nuevas de VIH en HSH después de E.U.A.

De acuerdo con el CDC el porcentaje de mujeres diagnosticadas con SIDA se ha incrementado a un rango mucho mayor en comparación con los hombres. Específicamente de 2000 a 2004 los casos estimados de diagnóstico de la infección se incrementaron un 10% en mujeres y 7% en hombres; en las mujeres el principal factor de riesgo de contagio es el contacto sexual (Cole, Logan y Shannon, 2008).

En México se registra una prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad relativamente baja (0.3%) y, desde que se reportó el primer caso en 1983, se ha observado una epidemia concentrada en HSH. (Magis y Hernández, 2008). De acuerdo a CENSIDA (2008) México registra 26,200



casos de VIH diagnosticados a Noviembre de 2008. A continuación se muestran los datos de casos diagnosticados en el país 10 años hacia atrás a partir del último año registrado (Ver tabla 4).

**TABLA 4:** Casos diagnosticados de VIH en México de 1998-2008

<b>AÑO</b>	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	<b>TOTAL</b>
<b>DIAGNOSTICO</b>	1,191	673	1,167	1,952	2,067	2,007	2,736	2,695	3,400	3,242	2,415	26,200

Estrada (2006) pone de manifiesto de acuerdo a su investigación, tres modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA, dichos modelos se han utilizado para afrontar la prevención de la transmisión del VIH durante los últimos años, se han desarrollado de manera secuencial, responden a distintas ópticas de la prevención, representan cada una un mayor nivel de inclusión con relación al anterior y son utilizados en ocasiones de manera ecléctica, sin responder a las necesidades particulares de la población. A continuación se presenta una breve descripción de cada uno de los modelos:

*Modelo epidemiológico-conductual*

En la década de los 80's, la aparición del VIH/SIDA se consideró como un hecho social y de salud pública, que tuvo efectos negativos sobre las representaciones y valoraciones de la sexualidad. Esta situación trajo consigo la intolerancia y la marginación de las minorías sexuales, la estigmatización de las identidades sexuales y prácticas eróticas que difieren del paradigma heterosexual. La asociación SIDA-Homosexualidad produjo que los programas de prevención y las acciones educativas se dirigieran, casi en su totalidad, a la población de hombres homosexuales.

Este modelo centrado en las conductas individuales de riesgo parte del supuesto de que las personas son sujetos racionales, que consideran los costos y los beneficios de las diferentes alternativas en un momento con la información que tienen a su alcance, y es por eso que inicialmente los programas se concentraron en identificar los factores individuales que influyen en la transmisión del VIH. Se les pedía a las personas que proporcionaran información sobre sus creencias, actitudes y prácticas individuales, y del conjunto de respuestas se sacaban conclusiones y se categorizaban en los denominados factores de riesgo, se atribuían luego esos factores a la definición de las características epidemiológicas, que son relevantes para construir los grupos de riesgo.

Para los impulsores del modelo los aspectos evidenciados en las encuestas eran indispensables para lograr cambios conductuales, mediante la intervención de corte cognitivo sobre la información, la percepción del riesgo, la percepción sobre el control del propio comportamiento, la confianza en si mismo y las actitudes de las distintas personas. Con el transcurrir del tiempo se evidenció la poca efectividad de sus estrategias, motivo por el cual se llegó a considerar los modelos basados en factores ligados a la percepción y comportamiento del individuo eran insuficientes en la lucha mundial contra el SIDA.

#### *Modelo antropológico-cultural*

Este modelo hace hincapié en los significados que los sujetos les dan a las practicas preventivas y de riesgo, a partir de su pertenencia a contextos culturales específicos, es decir, se consideró que la vulnerabilidad no era equiparable con una mera probabilidad (riesgo epidemiológico), sino que se encontraba determinada también por una combinación de factores culturales y sociales que influyen en la conducta de los individuos. Este cambio modificó la comprensión de la epidemia y la dimensionó como un problema social, y en

consecuencia los programas abandonaron la categoría de grupo de riesgo por la de comportamiento de riesgo.

Con esta nueva categoría se pretende acabar con los prejuicios y la discriminación social hacia la orientación homosexual, y la transmisión del VIH se convirtió en un acontecimiento que compete a todos los tipos de orientaciones sexuales y prácticas sexuales.

### *Modelo político-económico*

Este modelo surge al final de la década de los 90's y al inicio del siglo XXI, y parte de la idea de que las desigualdades económicas y sociales están en la base de la epidemia y sostiene que ellas constituyen importantes obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento hacia conductas saludables. Nace a partir de la evidencia de que los sujetos se conducen no solo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de los recursos estructurales capitales y simbólicos con los que cuentan. Este modelo desplaza la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual y exclusión social, se deja de analizar el riesgo percibido en términos de comportamiento individual para centrarse en la vulnerabilidad estructurada y condicionada socialmente. Según esta perspectiva, la reacción social debe de apuntar a transformar las relaciones de género que hacen más vulnerables a las mujeres, a reformar una estructura económica que liga al SIDA cada vez con más con la pobreza y los grupos marginales, propone además, que la prevención debe integrarse a la atención de las personas, no solo por razones humanitarias sino también de salud pública, lo cual trae como consecuencia la propuesta de integralidad en los programas de prevención-atención.

## **Embarazo no deseado/aborto**

El embarazo no deseado es definido de acuerdo a Langer (2002) como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno o que se da en una persona que no quiere reproducirse y éste sucede en la actualidad muy comúnmente en las adolescentes, y para este trabajo será definido como un embarazo producto de una relación sexual cuya finalidad no era la reproducción en una mujer que no ha alcanzado la mayoría de edad en su país de origen. Estados Unidos posee una de las tasas de nacimientos de adolescentes más altas del mundo, es de 53 por cada 1,000 mujeres y posee también la tasa más alta de aborto de adolescentes (Reid, 2008).

En México la tasa de embarazo adolescente ha ido disminuyendo a lo largo de los últimos veinte años, sin embargo aún es relativamente alta, es de 81 por cada 1,000 mujeres (Menkes y Suárez, 2003) Nuevo León presenta un 15.8% de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años), así mismo las estadísticas nos muestran que el nivel de escolaridad es un factor importante y que puede ayudar a determinar la situación de las próximas generaciones, ya que la mayor cantidad de mujeres embarazadas al 2007 son aquellas que cuentan con secundaria o su equivalente (48.4) (INEGI, 2009). Las tasas específicas de fecundidad en mujeres de entre 15 a 19 años de edad han disminuido en los últimos años; en 2000 ocurrieron más de 500 mil embarazos en adolescentes menores de 19 años y alrededor de 366,000 llegaron a término, lo que representó el 17% del total de nacimientos del país.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) nos muestra la tasa de embarazo en las adolescentes: de 12 a 19 años fue de 79 por cada mil. Específicamente por grupo de edad se puede observar una relación positiva entre la tasa de embarazo y la edad, se encuentra que en las adolescentes de 12 a 15 años se presentan 6 casos por cada mil, el grupo de 16 y 17 años

presenta 101 casos por cada mil y el mayor incremento se encuentra en el grupo de 18 y 19 años, encontrando 225 embarazos por cada mil mujeres.

Se debe considerar que el embarazo a edades tempranas puede representar un riesgo para la salud de la adolescente y el recién nacido, así mismo, se sabe que el embarazo en edades tempranas puede atribuirse a la edad, el estado civil, el nivel de escolaridad de la mujer y las condiciones socioeconómicas y culturales de la población (González-Garza, Rojas-Martínez, Hernández-Serrato y Olaiz-Fernández, 2005).

Se ha encontrado también un cambio en el número de nacimientos según el tipo de unión con la pareja, en primer lugar ha aumentado el porcentaje de mujeres que tuvieron un hijo de 0 a 6 meses después de la unión, esto sugiere que se ha incrementado el número de uniones por motivos de embarazo, en segundo lugar el número de hijos nacidos vivos sin unión se ha duplicado del 3.2% al 6.7% de 1976 a 1997, esto puede reflejar una mayor apertura en cuanto a la maternidad de las madres solteras (Menkes y Suárez, 2003).

Las consecuencias psicosociales negativas del embarazo en adolescentes no son menores que los efectos biológicos. Es frecuente que estos embarazos sean un evento no deseado, no planificado, con una relación débil de pareja, lo que determina en muchas ocasiones actitudes de rechazo o de ocultarlo, por temor a las reacciones del grupo familiar y de su medio social (López, Botell, Pineda y San Martín, 2005).

Al hablar de aborto Salas (s/f) aclara que en la mayoría de los países donde el aborto está prohibido no existen datos confiables sobre la incidencia de esta práctica, esto se debe al propio carácter de ilegalidad y clandestinidad en que se ejecuta, a las presiones morales y sociales que enfrentan las mujeres y las condiciones de su práctica. La autora menciona dos tipos de aborto, aquellos en los que se considera que la madre interviene de alguna manera para lograr la

interrupción (aborto inducido) y los que se presentan de manera natural sin que medie voluntad alguna (aborto espontáneo).

A nivel mundial se estima en 50 a 60 millones el número total de abortos que se realizan anualmente para poner fin a embarazos no deseados; en México se estimó para 1986 una tasa anual de 12.2 abortos por cada mil mujeres en edad fértil y se observa que las mujeres con mayor escolaridad tienden a abortar más que las de menor escolarización y se encuentra una menor incidencia entre las que residen en áreas rurales.

De acuerdo con Quilodrán y Sosa (2004) los niveles de fecundidad constantes o bajos se traducirían en cambio en una reducción de la práctica abortiva, dada la alta prevalencia en el uso de anticonceptivos que ésta supone; si se considera que el aborto se incrementa con el número de embarazos es lógico que al reducirse éstos como resultado del uso de anticonceptivos también disminuyan los abortos. Existe una relación inversa entre fecundidad y aborto (a menor fecundidad mayor aborto) y se espera que dicha relación exista en México durante un tiempo, no solamente como consecuencia de una demanda no totalmente satisfecha de anticonceptivos sino también por un mejor registro de los casos de aborto en razón de una liberación del tratamiento legal al que está sometido, o simplemente por los embarazos no deseados producto de descuidos en la utilización de estos métodos. En su estudio las autoras resumen que entre los años sesenta y setenta el aborto fue un fenómeno típico de la mujer casada, y que esto cambió drásticamente en las generaciones jóvenes que comenzaron a reproducirse a fines de los años ochenta.

### **Variables relacionadas**

Para el presente trabajo, y como ya se había mencionado anteriormente, no se han encontrado muchas investigaciones publicadas que relacionen las variables presentadas en los objetivos, hemos encontrado diferentes investigaciones en

donde se relacionan dos o tres de las siguientes variables: Higiene en las relaciones sexuales, número de parejas sexuales al año y en la vida, uso del condón, nivel de intimidad, edad de inicio de relaciones sexuales, conductas de riesgo para VIH/SIDA, uso de anticonceptivos, autoeficacia en el uso del condón, comunicación, autoeficacia para evitar conductas de riesgo, machismo y doble moral. A continuación se mencionarán las variables independientes con su división en Conductuales o Creencias.

#### *Variables conductuales*

Las variables conductuales para la presente investigación son las siguientes:

- Higiene sexual
- Número de parejas sexuales
- Uso del condón
- Nivel de intimidad
- Edad de inicio sexual
- Uso de anticonceptivos
- Comunicación
- Conductas de riesgo de infección de VIH/SIDA

Al hablar de higiene en las relaciones sexuales nos referimos al cuidado y limpieza que cada individuo tiene con su zona genital en su rutina diaria, así como a la higiene que se tiene durante las relaciones sexuales. La higiene en las relaciones sexuales se considera es una variable importante de estudiar de la cual no se encuentran datos antecedentes, ya que puede ayudar en la tarea de analizar si puede o no desencadenar algún tipo de ITS y/o VIH, así mismo sucede con el número de parejas sexuales, ya que podríamos esperar que a mayor cantidad de parejas sexuales mayor riesgo de contraer alguna ITS y/o VIH o un embarazo no deseado (Mejía y Ortiz, 2006; Leoni *et al*, 2005).

El uso del condón como ya se había mencionado es la única herramienta que puede ayudar a proteger contra las ITS y VIH, sin embargo es importante ver la evolución de la aceptación del uso del condón entre los jóvenes que inician su vida sexual, comparado con generaciones anteriores. Un estudio realizado en 2006 acerca de la predicción de la actitud e intención del uso del preservativo considerando la influencia de padres y amigos mostró que el modelo de la actitud explica un 16% a partir de la actitud de amigos y padres, sin embargo se aprecia que la variable más influyente es la actitud de los amigos (.14), que es más del doble de la de los padres (.35). Respecto a la intención la diferencia es aún mayor, la actitud de los amigos (.46) es casi el triple de la influencia de los padres (.16); este modelo explica el 26% de la intención de usar preservativo en futuras relaciones sexuales.

La variable nivel de intimidad se refiere al grado de afecto que se demuestran los integrantes de una pareja y al grado de contacto íntimo que tienen, se considera importante estudiar esta variable ya que se han encontrado casos en una investigación anterior (Díaz, Tamez y González, 2009) que los adolescentes creen que al practicar sexo oral y sexo anal se encuentran exentos a contraer alguna infección; así mismo, se ha encontrado en un estudio realizado a 2,626 adolescentes de 15 a 19 años donde una gran mayoría de jóvenes que han iniciado recientemente sexo vaginal también han practicado sexo oral, en cambio, sólo una pequeña minoría que ha iniciado su vida sexual se ha involucrado en el sexo anal, pero la proporción aumenta constantemente con el tiempo, es decir que el 50% ha tenido sexo vaginal, 55% sexo oral y solamente el 11% ha tenido sexo anal (London, 2008).

La edad de inicio de la actividad sexual puede ser un factor contribuyente a la adquisición de alguna infección o VIH, ya que a menos edad de inicio mayor cantidad de parejas sexuales como se explicaba previamente con la variable número de parejas sexuales. El uso de métodos anticonceptivos afecta directamente en las variables dependientes, ya que al no utilizarlos puede



resultar en un embarazo no deseado, la infección de VIH o de alguna ITS. Ligado a esta variable se encuentran las conductas de riesgo para VIH las cuales muestran su relación en derivar en alguna de las variables dependientes a partir de la definición ya que para el presente estudio una condición básica para considerar que una persona tiene una conducta de riesgo es precisamente el tener relaciones sexuales sin protección.

Y finalmente la variable comunicación, Parra y Oliva (2002) nos presentan en su estudio una diferencia de género en cuanto a la comunicación sobre temas sexuales que se tiene con los padres siendo las mujeres quienes se comunican más y tienen menos conflictos con los padres, así mismo se encuentra que se percibe a la madre como más abierta y comprensiva en los asuntos de los hijos adolescentes. Salazar-Granara, Maria-Álvarez, Solano-Romero, Lázaro-Vivas, Arrollo-Solís, Araujo-Tocas, Luna-Rengifo y Echazú-Irala (2007) reportan que una comunicación global familiar entre progenitores y adolescentes mala genera en los adolescentes una mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales (16.5%; n=182), además de frecuencia en las relaciones sexuales sin protección (13.9%; n=154).

### *Variables creencias*

Las variables cognitivas son:

- Machismo
- Doble moral
- Autoeficacia en el uso del condón
- Autoeficacia para evitar conductas de riesgo

El machismo y la doble moral se encuentran muy ligadas, ya que ambos factores pueden contribuir en las conductas de riesgo y éstas a su vez derivar en embarazo no deseado/aborto, Infección de VIH o alguna ITS. Para este

estudio entendemos por machismo el conjunto de creencias, actitudes y conductas que muestran la superioridad del hombre en áreas consideradas importantes para el hombre (Castañeda, 2007; Montalvo y García, 2007 y Castañeda, 2002). Stern y cols. (2003) en su estudio de masculinidad y salud sexual encontraron que la persistencia en los hombres de creer en el concepto tradicional de masculinidad va de la mano con la prescripción de normas que llevan a conductas que se constituyen en factores de riesgo para su salud. Al hablar de doble moral se hace referencia a asumir una mayor libertad para el hombre que para la mujer en cuanto al sexo prematrimonial, la existencia de múltiples parejas sexuales, el inicio sexual a edades tempranas o las relaciones sexuales exentas de compromiso (Sierra, Rojas Ortega y Martín, 2007).

La autoeficacia es un término derivado de la teoría cognitivo social de Bandura, el autor define la autoeficacia como la creencia en la propia capacidad para realizar un comportamiento determinado (Bandura, 1977) y años más tarde extendió su definición a creencias de las personas acerca de sus capacidades para producir niveles designados de rendimiento que ejerzan influencia en eventos que afectan su vida (Bandura, 1994). De esta manera la autoeficacia para evitar conductas de riesgo consiste precisamente en la capacidad y habilidad de las personas en la protección de sí mismos en relación a situaciones que involucren conductas sexuales de riesgo y la autoeficacia en el uso del condón en la negociación del uso del preservativo.

## **Generaciones**

Se realizó una búsqueda para determinar la forma de clasificación de los participantes del estudio en generaciones, es así que con base en los trabajos de Bickel y Brown (2005) y Sánchez (2008) y los estudios citados por ellos, se optó por clasificar en cuatro grupos generacionales.

Por lo que, los participantes fueron divididos de acuerdo a grupos generacionales, estas generaciones son denominadas: Silenciosa, Baby Boomers, generación X y generación Milenio, a continuación en la tabla 5 se especifican los años de nacimiento de cada grupo:

**TABLA 5:** Edad por grupo generacional

<b>GENERACION</b>	<b>NACIMIENTO</b>
Silenciosa	1925-1944
Baby Boomers	1945-1962
X	1963-1981
Milenio	1982-2000

La expresión “generación” se refiere a un conjunto de personas que crecieron en una misma época, experimentando la historia desde una misma perspectiva de la vida. Los acelerados cambios de la sociedad contemporánea hacen que una generación alcance su mayoría de edad en un entorno sociocultural distinto al de la generación anterior (Sánchez, 2008).

De acuerdo con Ogg y Bonvalet (2006) se entiende por generación “grupo de edad que comparte a lo largo de su historia un conjunto de experiencias formativas que los distinguen de sus predecesores”. Tal definición enfatiza la cercanía de edad, no necesariamente implica que un grupo generacional incluya o involucre solo a las personas nacidas exclusivamente en los años que marca cada grupo; es necesario identificar un conjunto de vivencias históricas compartidas, lo cual marca unos principios compartidos de visión de la vida, del contexto y por supuesto un conjunto de valores comunes (Simón y Allard, 2007).

A continuación se mencionan brevemente las características que representan a cada grupo generacional de acuerdo a Bickel y Brown (2005) y Sánchez (2008).

## **Generación Silenciosa**

Los miembros de esta generación actualmente tienen edades que van desde los 84 años hasta los 65 años, ellos se casaban jóvenes, consideraban la televisión como un lujo. Se criaron en entornos de escasez y han seguido manteniendo valores relacionados con la austeridad y la defensa de un conjunto de bienes comunes fundamentales para la sociedad como la paz y la prosperidad nacionales. El valor de la lealtad es seguramente el que mejor caracteriza la personalidad de esta generación y es aplicable a todos sus entornos de actividad: la familia, el trabajo, la afinidad política y religiosa, etc. En cuestiones laborales, esta generación ha dominado las organizaciones durante años cruciales de su desarrollo, primando valores paternalistas y de corte jerárquico entre jefes y empleados (Simón, 2007).

## **Baby Boomers**

Estas personas tienen entre 64 y 47 años y se caracterizan por ser siempre muy trabajadores y leales a un solo empleo en su vida profesional. Llegaron al mercado laboral entre 1964 y 1983, en función del nivel de estudios y en general los hombres tenían la responsabilidad del trabajo mientras que las mujeres nunca llegaron a trabajar o sólo lo hicieron siendo jóvenes (Jiménez, 2008) consideran el sacrificio personal una virtud, tienen un fuerte respeto por la autoridad, por lo general los jefes de los departamentos y académicos que cumplen labores directivas pertenecen a esta generación (Sánchez, 2008). Vieron la llegada de la televisión como tecnología de consumo (Bong Seo, s/f).

Los Silenciosos (padres de esta generación) se esforzaron en proporcionar a sus hijos las oportunidades que por el contexto histórico y social no fueron accesibles para ellos. Por lo tanto éstos son una generación más cultivada y adicionalmente mas idealista y optimista que sus predecesores. Son un grupo

que brusca ruptura con los valores anteriores, sin embargo, en su madurez han recuperado una buena parte de los valores que caracterizaron a sus padres y sus abuelos (Simón, 2007).

### **Generación X**

Los integrantes de este grupo tienen edades que van desde los 46 a los 28 años, algunas de sus características principales son: consideran el trabajo solo un aspecto de su vida y tienen diversos empleos en su vida profesional, el sacrificio personal debe ser algo ocasional, suele cuestionar a la autoridad, además corresponde a la era en que tanto el hombre como la mujer trabajan fuera del hogar, además en esta generación el divorcio se duplicó, debido a esto ellos anhelan un mayor sentido de familia y son menos dados a anteponer el trabajo a la familia, amigos u otros intereses. Están muy poco interesados con los títulos y los ascensos (Sánchez, 2008).

De acuerdo con Bong Seo (s/f) el nombre de esta generación obedece a tres principales razones:

1. X de la palabra eXclusión: símbolo de la exclusión social y psicológica. Una generación en la que abundan los desempleados. No hay más lugar para ellos. Se sienten excluidos, enajenados y rechazados.
2. Invisible, sin identidad propia, difícil de definir, por eso se llama la generación X.
3. También se llaman PANTS: tendencia **P**ersonal, **A**musement (diversión), **N**atural, **T**rans-border (unisex, no hay distinción de sexo), **S**elf-love, tienen conocimiento para usar computadora e Internet.

De acuerdo con Jiménez (2008) esta generación ha estado mucho mejor formada que la anterior pero con grandes dificultades de acceso al mercado laboral, es una generación en la que la mujer quería participar en el mercado de

trabajo en condiciones de igualdad. Los integrantes de esta generación han vivido el despertar de la tecnología de la información para usos personales y han sido usuarios de ordenadores personales desde su juventud. La generación X llegó al mercado laboral entre 1979 y 2003, esta generación ha vivido un mercado laboral mucho más complicado que la generación anterior, las relaciones laborales se endurecieron y empezaron a sufrir procesos de ajuste. El paradigma de la empresa “para toda la vida” se rompió y sufrieron en sus propias carnes el cambio.

Esta generación, la de mayor preparación académica como se mencionó anteriormente, se resiste a seguir la pauta social de sus padres y ha retrasado las edades de matrimonio y procreación. Frente al optimismo e idealismo de los Baby Boomers los X son considerados básicamente escépticos. Mientras que sus padres gozaban de amplias oportunidades de trabajo ellos luchan contra la incertidumbre de una realidad marcada por las reestructuraciones y la desaceleración económica. Este grupo también vive una transformación del modelo familiar tradicional, dado que sus madres se han incorporado masivamente al mercado de trabajo (Simón, 2007).

### **Generación Milenio**

Los integrantes de esta generación son el grupo cuyas edades oscilan entre los 27 a 9 años. Es la primera generación de hijos únicos, sus padres son los Baby-Boomers y sus hermanos mayores (los que tienen) son pertenecientes a la generación X. A esta generación no les gusta el modelo de sus padres, especialmente por su relación con el trabajo. Han visto a sus padres trabajar muchas horas y les reprochan el no haberles dedicado tiempo. Se sienten a gusto viviendo en casa de sus padres incluso teniendo mas de 30 años y no piensan abandonarlas fácilmente. El trabajo es un medio para ganar dinero y no se plantean un trabajo para toda la vida. El trabajo es algo fácil de lograr, es un medio para ganar dinero, no es un fin, ni siquiera es algo importante en su vida,

las cosas importantes son sus amigos, aficiones, viajes e incluso la familia (Jiménez, 2008).

Los niños y niñas de los noventa fueron la primera generación que llegó a la mayoría de edad en la era digital, los han rodeado instrumentos electrónicos que han configurado su visión de la vida y del mundo (Feixa, 2008; Ferreiro, s/f). En otros momentos la brecha generacional estuvo marcada por grandes hechos históricos, lo que marca ahora la diferencia es una revolución tecnológica se habla de una generación *bc* (before computer) y *ac* (after computer). Para estos adolescentes los instrumentos digitales tienen muchos usos: divertirse, aprender, comunicarse, comprar, trabajar e incluso protestar (Feixa, 2008).

A continuación en la tabla 6 se describen a manera de síntesis, los valores, las actitudes y los comportamientos de cada grupo generacional.

**TABLA 6:** Síntesis de valores, actitudes y comportamientos por grupo generacional

<b>GRUPO GENERACIONAL</b>	<b>Valores</b>	<b>Actitudes</b>	<b>Comportamientos</b>
<b>Silenciosa</b>	Ahorro, esfuerzo, respeto a la palabra y a sus superiores, austeridad	Guardar para el futuro, trabajo para toda la vida, no derrochar	Lealtad, obediencia, alto compromiso, retiro como momento de disfrutar
<b>Baby Boomers</b>	Oposición a los valores tradicionales, paz, éxito a través de logros materiales, educación como medio de progreso	Valor del aprendizaje, capacitación para hacer carrera, empleado de completo	Energía, búsqueda del poder, competencia para alcanzar la cima, en el retiro quiere seguir trabajando
<b>X</b>	Desilusión con los valores de sus padres, solidaridad con su grupo, individualistas, cínicos, incomprensidos, rebeldes	Individualismo, autonomía, no tienen fe en las instituciones,	Saben idiomas, son ciudadanos del mundo, criados en hogares donde ambos padres trabajan, las mujeres postergan la maternidad

<b>Grupo</b>	<b>Valores</b>	<b>Actitudes</b>	<b>Comportamientos</b>
<b>Milenio</b>	Respeto por la diversidad, la justicia, la solidaridad, libertad intelectual. Velocidad en sus actividades, conectados a otros grupos virtuales, usan teléfono celular, mensajes de texto, mp3, blogs, meditación	Cuestionadores y desafiantes, irreverentes, individualistas, energéticos	Menos importancia al dinero, están siempre conectados, pueden trabajar de día o de noche, viven en la burbuja de la comodidad, bajo compromiso con las organizaciones, quieren diversión en el trabajo

En Nuevo León de acuerdo a la ENADID 2009 se encuentra la siguiente distribución poblacional (ver tabla 7).

**TABLA 7:** Distribución poblacional de Nuevo León

	<i>TOTAL</i>	<i>HOMBRES</i>	<i>MUJERES</i>
60 y mas	10.1	9.2	10.9
30-59	37.3	36.1	38.5
15-29	26.5	27.3	25.6
0-14	26.1	27.4	25.0

### **Teoría de la conducta problema**

Como último aspecto a abordar en el marco teórico, se mencionarán algunas características de la Teoría de la conducta problema, la cual es base teórica para considerar las conductas de riesgo sexual como una conducta problema.

La primera formulación de lo que más tarde llegó a ser conocido como la teoría de la conducta problema se desarrolló en la década de 1960 para guiar un estudio exhaustivo del uso indebido del alcohol y otras conductas problemáticas. Después de su aplicación inicial el marco ha sido revisado en la década de 1960 para un estudio longitudinal de socialización de los problemas



de comportamiento entre los estudiantes de secundaria y universitarios, esto en 1977 y es esta la versión de la teoría que es más conocida y citada (Costa, 2008).

En las siguientes tres décadas la teoría de la conducta problema ha sido revisada y ampliada durante el curso de una serie de estudios por Richard Jessor y sus colegas. Fue adaptada para el estudio de seguimiento de las generaciones anteriores de adolescentes y jóvenes para abarcar la etapa de desarrollo de la edad adulta joven. En concreto el marco se amplió para articular los contextos sociales importantes de la vida adulta joven, familia, trabajo y amigos y para medir las propiedades clave de los contextos como el estrés (Costa, 2008).

La teoría de la conducta problema es un proceso sistemático, multivariado y que enmarca conceptos sociales y psicológicos derivados inicialmente desde los conceptos básicos de valor y confianza de Rotter y del concepto de anomia de Merton. Conducta problema es aquella conducta que es socialmente definida como problema, como una fuente de preocupación o indeseable por las normas sociales y/o legales de una sociedad convencional y sus instituciones de autoridad.

Los comportamientos problemáticos incluyen el uso de alcohol, problemas de alcoholismo, tabaquismo, consumo de marihuana, drogas ilícitas, conducta desviada en general (conductas delictivas), la conducción de riesgo, y las relaciones sexuales precoces.

Participar en cualquiera de estos comportamientos problema aumenta la probabilidad de participación en otras conductas problemáticas, sin embargo es necesario hablar de lo opuesto a las conductas problema y estas son los comportamientos convencionales, que son definidos como conductas que son socialmente aprobadas, normativamente previstas, y codificadas e

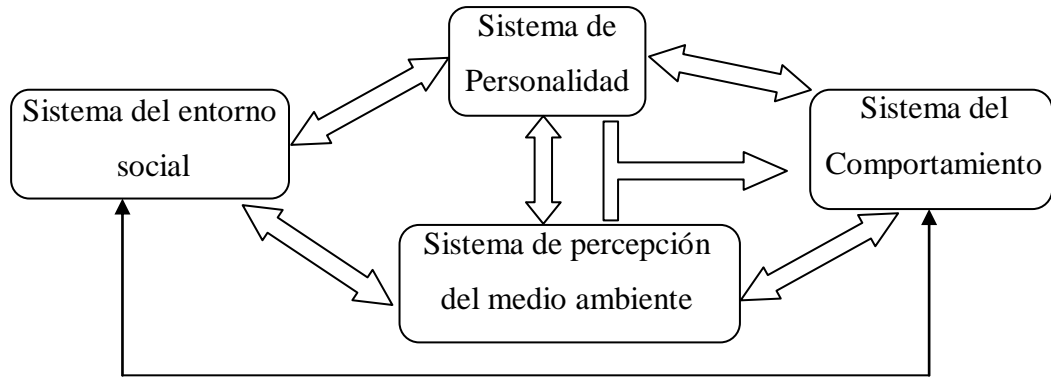
institucionalizadas como apropiados para los adolescentes; entre ellas se incluyen la asistencia a la iglesia, la participación con el trabajo del curso y el logro académico.

La propensión a la conducta problemática en el comportamiento del sistema incluye la alta participación en otras conductas problemáticas y la escasa participación en las conductas convencionales (Costa, 2008; Jessor, Turbin y Costa, 1998a; Donovan, Jessor, Costa, 1991).

La premisa conceptual de la teoría de la conducta problema es compleja y amplia. En su formulación original, incluye tres sistemas principales de variables explicativas: el sistema de percepción del medio ambiente, el sistema de la personalidad y el sistema del comportamiento, cada sistema está compuesto por variables que sirven como instigación para participar en conductas problema o controles contra la participación en conductas problema, es el equilibrio entre la instigación y los controles que determina el grado de sensibilidad para las conductas problema dentro de cada sistema.

El nivel general de sensibilidad para las conductas problema, a través de los tres sistemas, refleja el grado de convencionalidad-inconvencionalidad psicosocial que caracterizan a cada uno de los adolescentes; los problemas de comportamiento percibidos en el sistema ambiental incluye baja aprobación de los padres de la conducta problema, alta aprobación de los amigos a la conducta problema, alto modelo de amigos para conductas problema, bajo control y apoyo parental, alto control de amigos y baja compatibilidad entre las expectativas de los padres y los amigos (Costa, 2008; Jessor, Turbin y Costa, 1998b; Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa y Turbin, 1995).

**Figura 1:** Modelo de la Teoría de la Conducta Problema



La teoría de la conducta problema posee una estructura con implicaciones lógicas de desarrollo del cambio de las conductas.

## **CAPITULO III**

### ***METODO***

El presente trabajo propone conocer la opinión de los diferentes grupos de edad en relación a los aspectos sexuales y proponer nuevas formas de abordaje o mejoras a los programas de prevención de VIH/SIDA, ITS y embarazo para las nuevas generaciones con el contenido e impacto necesario para cada una de ellas.

### **PARTICIPANTES**

Los participantes fueron seleccionados al azar, la aplicación se realizó en zonas concurridas de la zona centro y sur de la ciudad de Monterrey, N.L. Se dividió a los participantes en 4 grupos generacionales (generación Silenciosa, Baby-Boomers, X y Milenio) contando con 47 participantes de la generación Silenciosa, 116 Baby Boomers, 186 participantes de generación X y 214 de la generación Milenio. Teniendo en total 565 participantes en el estudio.

Durante la aplicación de cuestionarios se contó con muy poca participación de la generación Milenio, debido a esto no se obtuvieron las encuestas deseadas (100 mínimo).

### **Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

Se incluyeron en el estudio a todas aquellas personas que cumplieron con el criterio de edad dependiendo de las edades preestablecidas en los grupos de investigación y que posteriormente aceptaron participar voluntariamente en la

investigación y contestaron el cuestionario completo. Se excluyeron aquellas personas que no completaron el cuestionario. Se eliminaron del estudio aquellos cuestionarios incompletos en un 20% en alguna de las escalas.

### **Instrumentos de recolección de datos**

Se elaboró un instrumento compuesto por varias escalas, a continuación se presenta la descripción de la escala de acuerdo a la variable que mide.

Para evaluar la variable higiene sexual, se elaboró un inventario que consta de 11 ítems con preguntas relacionadas a ciertas actividades relacionadas con las relaciones sexuales. Dicho inventario presenta tres opciones de respuesta: 1) sí, 2) a veces y 3) no, su puntuación mínima es de 11 y máxima de 33, siendo un puntaje más bajo lo que indica una mayor higiene sexual. Dicho inventario es contestado solamente por aquellas personas que son sexualmente activas. Se aplicó a una prueba piloto compuesta por 139 jóvenes y se obtuvo un alfa de Cronbach de .71, siendo todos los ítems aceptados; sin embargo al realizar la aplicación para la investigación se obtuvieron resultados inadecuados de consistencia interna ( $\alpha=.45$ ) por lo que se decidió reducir la escala manteniendo tres ítems relacionados directamente con la higiene durante las relaciones sexuales ( $\alpha=.77$ ) (ver anexo).

Para las variables ITS, VIH/SIDA, embarazo/aborto, número de parejas sexuales, uso del condón, edad de inicio sexual, uso de métodos anticonceptivos y riesgo de infección de VIH/SIDA se utilizó el instrumento elaborado por Richard Jessor (2002) Adolescent Health and Development Questionnaire, cuyo instrumento completo consta de 276 ítems y para el presente estudio fueron seleccionadas solo 25 preguntas relacionadas a las citas, sexualidad y VIH, al aplicar la prueba piloto se eliminaron 3 ítems por falta de relevancia para el estudio quedando así compuesto por 22 ítems. El

instrumento en su lenguaje original es inglés y ya cuenta con una traducción al español en Bolivia, sin embargo la traducción no se adaptaba a la ciudad de Monterrey y fue traducido para nuestra sociedad siguiendo el procedimiento de traducción directa. Al tratarse de un cuestionario que mide diferentes aspectos, no se cuenta con datos de confiabilidad, ya que cada ítem proporciona información independiente (ver anexo).

La variable nivel de intimidad fue evaluada con un instrumento elaborado por Hidalgo, Caballero, Celis y Rasmussen (2003), el cual consta de 26 ítems con respuesta dicotómica de Sí o No y dividido en dos dimensiones, la primera dimensión denominada dominio social consta de 10 ítems distribuidos en las dimensiones fantasía, imagen, búsqueda, noviazgo informal y noviazgo formal, la segunda dimensión es el dominio corporal, el cual está integrado por 16 ítems distribuidos en las dimensiones contacto externo, sensaciones autoeróticas, contacto íntimo no genital y contacto íntimo genital. La consistencia interna de la escala arrojó en promedio un alfa de Cronbach de .87-.93 (ver anexo).

Para machismo se consideró utilizar la escala elaborada por Montalvo y García (2007), la cual consta de 52 ítems, sin embargo para la presente investigación se utilizaría solo la sub-escala de relaciones sexuales, la cual está integrada por 13 ítems. Las opciones de respuesta son 1) muy de acuerdo, 2) de acuerdo, 3) en desacuerdo y 4) muy en desacuerdo. Sin embargo, en la prueba piloto aplicada a 139 jóvenes se detectó que los participantes tenían dificultades con la escala, el coeficiente alfa de Cronbach no obtenía un valor aceptable, por lo que se decidió elaborar una escala para los propósitos del estudio.

La escala de Machismo Sexual (Sexismo) elaborada por Díaz-Rodríguez, Rosas-Rodríguez y González (en prensa) consta de 24 ítems. Los ítems tienen una puntuación de 1 a 5 y sus opciones de respuesta son 1) totalmente de acuerdo, 2) de acuerdo, 3) sin opinión, 4) en desacuerdo y 5) totalmente en

desacuerdo. La puntuación mínima es de 24 y la máxima es de 120. Se realizó una prueba piloto a 79 sujetos, de los cuales 43 eran hombres y 36 eran mujeres, El grupo de los hombres presentó una edad con valor mínimo de 11 y máximo de 76; el grupo de las mujeres mostró una edad con un valor mínimo de 13 y máximo de 58. Los datos fueron analizados mediante análisis de consistencia interna, así mismo se recodificaron 14 ítems para la evaluación. Al realizar los análisis del instrumento se encontraron resultados inadecuados en 12 ítems; se realizaron adecuaciones a la escala eliminando los ítems inadecuados y se evaluaron los ítems restantes de la escala mediante el análisis de consistencia interna y análisis factorial exploratorio y confirmatorio, dando como resultado 12 ítems con una puntuación mínima de 12 y máxima de 60. El análisis de consistencia interna muestra un alfa de Cronbach adecuada de .91 (ver anexo).

La variable doble moral fue evaluada con el instrumento elaborado por Caron et al (1993) y utilizado por Sierra *et al.* (2007). El instrumento está conformado por 10 ítems y las opciones de respuesta son las siguientes: 1) totalmente de acuerdo, 2) de acuerdo, 3) sin opinión, 4) en desacuerdo y 5) totalmente en desacuerdo. La consistencia interna de la escala para la muestra de los hombres fue de  $\alpha=.76$ , mientras que para las mujeres fue de  $\alpha=.70$  (ver anexo).

Para la variable autoeficacia en el uso del condón se utilizó la escala Condom Self-Efficacy Scale CUSES elaborado por Barkley y Burns (2000) compuesto por 10 ítems y dividido en tres factores, el primer factor consta de 4 ítems relacionados con la adquisición y uso del condón ( $\alpha=.76$ ), el segundo factor está conformado por 3 ítems, este factor parece estar relacionado con el estigma asociado con las ITS y un ítem se encuentra relacionado con el estigma de experiencias homosexuales pasadas y específicamente con la conexión de la homosexualidad y VIH/SIDA ( $\alpha=.83$ ) y finalmente el tercer factor está compuesto por 3 ítems relacionados con los sentimientos de las parejas con respecto al uso del condón ( $\alpha=.66$ ) (ver anexo).

Para medir comunicación sobre temas sexuales, se elaboró una escala basada en los instrumentos diseñados por González (2003) para adolescentes ( $\alpha=.90$ ) y por González, Landero, del Valle, Flores y Aldaba (2003) para madres de familia ( $\alpha=.91$ ). El instrumento a aplicar en la presente investigación incluye cuatro temas (ITS, SIDA, condones y temas sexuales), de cada uno se pregunta si la persona ha hablado de este tema con amigos, pareja, padre, madre, hijos, hijas. De estos mismos instrumentos se retomaron preguntas para evaluar autoeficacia para evitar conductas de riesgo, la escala que se utiliza en esta investigación se compone de 8 preguntas tipo likert en las que se pregunta si la persona pudiera negarse a involucrarse en conductas de riesgo como relaciones sexuales sin condón, uso de drogas, entre otras (ver anexo).

## **PROCEDIMIENTO**

### **Diseño utilizado**

Se realizó un estudio con un diseño no experimental-correlacional de corte transversal.

### **Recolección de Datos**

Para la recolección de datos se acudió a zonas concurridas de la ciudad de Monterrey, N.L., se explicó a los participantes el objetivo de la investigación, una vez que aceptaban participar se solicitó contestaran de manera honesta el cuestionario autoaplicado asegurándoles la confidencialidad de sus respuestas. Una vez concluido el llenado del cuestionario se les agradecía por su colaboración.

La mayoría de los participantes de la generación Silenciosa fueron encuestados gracias al apoyo del DIF Monterrey, dichos participantes fueron abordados en estos centros donde ellos ya se encontraban reunidos. Así mismo se realizaron



encuestas en los bajos del Palacio Municipal donde los adultos mayores suelen reunirse.

### **Análisis de Datos**

Los datos fueron analizados utilizando el programa PSW 18. Se estimó la relación entre las variables comunicación, autoeficacia en el uso del condón, doble moral, nivel de intimidad, machismo, higiene, autoeficacia para evitar conductas de riesgo, número de parejas sexuales al año y a lo largo de la vida, uso del condón, edad de inicio sexual, uso de métodos anticonceptivos, conductas de riesgo para VIH, ITS, embarazo no deseado y la utilización de la pastilla del día siguiente ( $p \geq .05$ ). La comparación entre grupos generacionales se realizó mediante el análisis ANOVA de un factor con el ajuste de Bonferroni para las variables que presentaron homogeneidad de varianza.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados. Se describe en primera instancia los datos de la población. Se obtuvieron en total 565 participantes de los cuales 231 eran hombres y 334 mujeres. La división en grupo generacional se presenta en la tabla 8.

**TABLA 8:** Participantes por grupo generacional

<i>Generación</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Porcentaje</i>
Silenciosa	47	21	26	8.3
Baby-Boomers	116	50	66	20.5
X	186	63	123	32.9
Milenio	214	95	119	37.9
Perdidos	2			0.4

El primer objetivo consistió en identificar la relación entre las variables del estudio. Se analizó la normalidad de los datos utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov obteniendo datos significativos para cada una de las variables, por lo que se procede a utilizar pruebas no paramétricas debido a que las variables no se ajustan a una distribución normal. Así mismo se presentan los datos de consistencia interna para cada variable de escala. Los resultados se presentan a continuación en la Tabla 9.

**TABLA 9:** Datos de consistencia interna de los instrumentos

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		<i>Alfa</i>
	Estadístico	Sig.	
Comunicación	.050	.002	.87
Autoeficacia en el uso del condón	.070	.000	.78
Doble moral	.057	.000	.82
Higiene sexual	.249	.000	.77
Nivel de intimidad	.458	.000	.88
Machismo	.145	.000	.92
Autoeficacia para evitar conductas de riesgo	.045	.009	.89

Todas las escalas presentan adecuados valores de consistencia interna. Una vez analizados los datos se procede a realizar el análisis de correlación utilizando Rho de Spearman para muestras no paramétricas. Los resultados se muestran a continuación.

**TABLA 10:** Correlación población total

Comunicación	Autoeficacia para el uso condón	Doble Moral	Nivel de Intimidad	Machismo	Higiene	Autoeficacia evitar conductas de riesgo	En tu vida número de parejas sexuales	En el último año, número de parejas sexuales	Uso del condón	Edad de inicio sexual	Uso de método anticonceptivo	Riesgo para VIH	ITS	Embarazado	Pastilla del siguiente día
Comunicación	.196														
Autoeficacia para el uso condón	1														
Doble Moral	<b>-.223</b>	<b>-.461</b>													
Nivel de Intimidad	.080	.026	1												
Machismo	<b>-.200</b>	<b>-.272</b>	.036	1											
Higiene	<b>.271</b>	<b>.267</b>	<b>.625</b>	.042	1										
Autoeficacia evitar conductas riesgo	<b>.354</b>	<b>.335</b>	<b>-.313</b>	.053	<b>-.199</b>	<b>.230</b>	1								

	Comunicación	Autoeficacia para el uso condón	Doble Moral	Nivel de Intimidad	Machismo	Higiene	Autoeficacia evitar conductas de riesgo	En tu vida número de parejas sexuales	En el último año, número de parejas sexuales	Uso del condón	Edad de inicio sexual	Uso de método anticonceptivo	Riesgo para VIH	ITS	Embarazado	Pastilla del siguiente día
En tu vida número de parejas sexuales	.183 .000	.132 .002	.037 .376	<b>.645</b> .000	.126 .003	<b>.545</b> .000	.087 .038	1 .000								
Ultimo año número de parejas sexuales	<b>.207</b> .000	<b>.218</b> .000	-.065 .120	<b>.649</b> .000	-.006 .879	<b>.515</b> .000	.136 .001	<b>.630</b> .000	1 .000							
Uso del condón	.170 .000	-.050 .232	.098 .020	<b>.620</b> .000	-.027 .521	.180 .000	-.078 .063	<b>.332</b> .000	<b>.497</b> .000	1 .000						
Edad inicio sexual	<b>.220</b> .000	.058 .168	-.127 .003	<b>.643</b> .000	-.166 .000	<b>.293</b> .000	.044 .292	<b>.270</b> .000	<b>.344</b> .000	<b>.495</b> .000	1 .000					
Uso método anticonceptivo	.099 .018	-.075 .076	.141 .001	<b>.616</b> .000	.068 .108	<b>.271</b> .000	-.039 .353	<b>.427</b> .000	<b>.560</b> .000	<b>.811</b> .000	<b>.436</b> .000	1 .000				
Riesgo para VIH	<b>.253</b> .000	.005 .904	.024 .577	<b>.717</b> .000	-.019 .649	<b>.390</b> .000	-.031 .466	<b>.357</b> .000	<b>.415</b> .000	<b>.537</b> .000	<b>.591</b> .000	<b>.487</b> .000	1 .000			
ITS	<b>.234</b> .000	.122 .004	-.021 .612	<b>.810</b> .000	-.003 .938	<b>.575</b> .000	.041 .325	<b>.503</b> .000	<b>.579</b> .000	<b>.565</b> .000	<b>.554</b> .000	<b>.559</b> .000	<b>.655</b> .000	1 .000		
Embarazo	<b>.239</b> .000	-.195 .000	.175 .000	<b>.686</b> .000	.085 .044	<b>.266</b> .000	-.091 .030	<b>.368</b> .000	<b>.401</b> .000	<b>.654</b> .000	<b>.487</b> .000	<b>.566</b> .000	<b>.584</b> .000	<b>.595</b> .000	1 .000	
Pastilla del siguiente día	<b>.278</b> .000	<b>.210</b> .000	-.079 .059	<b>.728</b> .000	-.017 .679	<b>.584</b> .000	.159 .000	<b>.543</b> .000	<b>.633</b> .000	<b>.428</b> .000	<b>.466</b> .000	<b>.461</b> .000	<b>.439</b> .000	<b>.627</b> .000	<b>.440</b> .000	1 .000

A continuación se describen las correlaciones encontradas, todas presentan un nivel de significancia de  $p \leq .001$ . Es importante señalar que para la descripción de los resultados se han considerado solamente aquellas correlaciones mayores a .200, esto debido al tamaño de la muestra, que impacta en la significancia estadística, resultado significativo algunas correlaciones débiles. Considerando este criterio se encontraron 74 correlaciones en total. La variable VIH/SIDA no se ha considerado en las correlaciones debido a que no se encontró ningún caso de VIH positivo.

Doble moral presenta correlaciones negativas con comunicación y autoeficacia en el uso del condón (-.223 y -.461), nivel de intimidad presenta una correlación positiva con comunicación (.257), La variable machismo correlaciona negativamente con comunicación y autoeficacia en el uso del condón (-.200 y -.272) y positivamente con doble moral (.556), higiene sexual correlaciona positivamente con comunicación, autoeficacia en el uso del condón y nivel de intimidad (.271, .267 y .625), la autoeficacia para evitar conductas de riesgo muestra correlaciones positivas con las variables comunicación, autoeficacia en el uso del condón e higiene sexual (.354, .335 y .230) y una correlación negativa con doble moral (-.313), el número de parejas sexuales a lo largo de la vida correlaciona de forma positiva con el nivel de intimidad, así como la higiene sexual (.645 y .545).

La variable número de parejas en el último año presenta 5 relaciones positivas con las siguientes variables: comunicación (.207), autoeficacia en el uso del condón (.218), nivel de intimidad (.649), higiene sexual (.515) y el número de parejas a lo largo de la vida (.630). El uso del condón correlaciona positivamente con nivel de intimidad, número de parejas a lo largo de la vida y al año (.620, .332 y .497). La edad de inicio sexual correlaciona positivamente con comunicación (.220), nivel de intimidad (.643), higiene sexual (.293), el número de parejas sexuales al año (.334) y a lo largo de la vida (.270) y con el

uso del condón (.495). El uso de métodos anticonceptivos se relaciona positivamente con el nivel de intimidad (.616), higiene sexual (.271), número de parejas sexuales al año (.560) y lo largo de la vida (.427), el uso del condón (.811) y la edad de inicio sexual (.436).

Las conductas de riesgo para infección de VIH correlacionan con comunicación (.253), nivel de intimidad (.717), higiene sexual (.390), número de parejas al año (.415), y a lo largo de la vida (.357), uso del condón (.537), edad de inicio sexual (.591) y el uso de métodos anticonceptivos (.487). La variable ITS correlaciona positivamente con comunicación (.234), nivel de intimidad (.810), higiene sexual (.575), número de parejas al año (.579), y a lo largo de la vida (.503), uso del condón (.565), edad de inicio sexual (.554), el uso de métodos anticonceptivos (.559) y las conductas de riesgo para VIH (.665).

La variable embarazo se relaciona positivamente con comunicación (.239), nivel de intimidad (.686), higiene sexual (.266), número de parejas al año (.401), y a lo largo de la vida (.368), uso del condón (.654), edad de inicio sexual (.487), el uso de métodos anticonceptivos (.566), las conductas de riesgo para VIH (.584) y las ITS (.595). Finalmente el uso de la pastilla del día siguiente correlaciona positivamente con comunicación (.278), autoeficacia en el uso del condón (.210), nivel de intimidad (.728), higiene sexual (.584), número de parejas al año (.663), y a lo largo de la vida (.543), uso del condón (.428), edad de inicio sexual (.466), el uso de métodos anticonceptivos (.461), las conductas de riesgo para VIH (.439), las ITS (.627) y el embarazo (.440).

El segundo objetivo planteado fue identificar la relación entre variables por grupo generacional. Se presentan los resultados de acuerdo a la edad comenzando con el grupo de mayor edad (Silenciosos, Baby-Boomers, X y Milenio).

## **Correlaciones de la generación Silenciosa**

La generación Silenciosa está compuesta por 47 participantes de 66 a 85 años, la edad media es de 74.09, 21 participantes fueron de sexo masculino y 26 de sexo femenino. La escolaridad promedio fue de 7.51 años, equivalente a primer año de secundaria terminada. La mayoría de los participantes de este grupo se encuentran casados y viudos (40 participantes, 20 casados y 20 viudos), 45 de ellos han tenido relaciones sexuales y en relación a su orientación sexual 42 de ellos se considera heterosexual y 3 no están seguros. Los resultados de la correlación de este grupo generacional se presentan en la tabla 11.



**TABLA 11: Correlación generación Silenciosa**

Comunicación	Autoeficacia para el uso condón	Doble Moral	Nivel de Intimidad	Machismo	Higiene	Autoeficacia evitar conductas de riesgo	En tu vida número de parejas sexuales	En el último año, número de parejas sexuales	Uso del condón	Edad de inicio sexual	Uso de método anticonceptivo	Riesgo para VIH	ITS	Embarazado	Pastilla del siguiente día
Comunicación	1.000														
Autoeficacia para el uso condón	.218	1.000													
Doble Moral	<b>-.436</b>	<b>-.424</b>	1.000												
Nivel de Intimidad	.162	.061	-.029	1.000											
Machismo	<b>-.299</b>	-.198	<b>.530</b>	.230	1.000										
Higiene	<b>.507</b>	<b>.409</b>	<b>-.333</b>	<b>.357</b>	-.197	1.000									
Autoeficacia evitar conductas riesgo	<b>.687</b>	.193	<b>-.296</b>	<b>.289</b>	-.124	<b>.371</b>	1.000								

	Comunicación	Autoeficacia para el uso condón	Doble Moral	Nivel de intimidad	Machismo	Higiene	Autoeficacia evitar conductas de riesgo	En tu vida número de parejas sexuales	En el último año, número de parejas sexuales	Uso del condón	Edad de inicio sexual	Uso de método anticonceptivo	Riesgo para VIH	ITS	Embarazado	Pastilla del siguiente día
En tu vida número de parejas sexuales	.245 .097	<b>.337</b> .021	-.163 .273	<b>.329</b> .024	-.133 .375	<b>.349</b> .016	<b>.342</b> .019	1.000 .								
Ultimo año número de parejas sexuales	<b>.290</b> .048	<b>.390</b> .007	-.203 .171	.236 .110	.123 .411	<b>.394</b> .006	<b>.362</b> .012	<b>.476</b> .001	1.000 .							
Uso del condón	-.005 .971	-.055 .714	.049 .744	.259 .078	.200 .177	.165 .267	.019 .898	-.001 .997	<b>.593</b> .000	1.000 .						
Edad de inicio sexual	.227 .126	.135 .364	-.158 .290	<b>.345</b> .018	.093 .534	-.126 .398	.243 .100	-.043 .773	.164 .271	.215 .147	1.000 .					
Uso de método anticonceptivo	-.016 .918	-.018 .906	.070 .640	.257 .081	.188 .205	.145 .332	-.007 .961	-.054 .721	<b>.545</b> .000	<b>.984</b> .000	.248 .093	1.000 .				
Riesgo para VIH	.257 .081	-.036 .808	-.085 .568	<b>.427</b> .003	.261 .076	.277 .059	.286 .052	-.091 .544	.017 .912	.115 .442	.138 .355	.112 .455	1.000 .			
ITS	.008 .958	.111 .458	-.019 .897	<b>.415</b> .004	.132 .375	<b>.356</b> .014	.107 .475	.139 .353	<b>.342</b> .019	<b>.450</b> .002	.129 .388	<b>.469</b> .001	<b>.376</b> .009	1.000 .		
Embarazo	.186 .210	-.144 .334	-.134 .368	<b>.511</b> .000	.105 .483	.169 .257	.054 .720	-.012 .935	.227 .125	<b>.350</b> .016	.225 .128	<b>.334</b> .022	.177 .234	.133 .373	1.000 .	
Pastilla del siguiente día	.283 .054	.096 .520	-.063 .676	<b>.564</b> .000	.184 .216	<b>.397</b> .006	.189 .204	.212 .153	<b>.389</b> .007	<b>.357</b> .014	<b>.398</b> .006	<b>.349</b> .016	.177 .234	.203 .172	<b>.601</b> .000	1.000 .

La generación Silenciosa presenta 38 correlaciones, al igual que la correlación de variables de la población total del estudio se han considerado solamente aquellas correlaciones mayores a .200 y en este grupos generacional se han considerado las correlaciones significativas de  $p \leq .05$ .

Se encontraron correlaciones negativas de la variable doble moral con comunicación (-.436) y autoeficacia en el uso del condón (-.424), machismo correlaciona positivamente con doble moral (.530), higiene sexual correlaciona positivamente con comunicación (.507) y autoeficacia en el uso del condón (.409). La autoeficacia para evitar conductas de riesgo presenta una correlación negativa con doble moral (-.296), y correlaciona positivamente con comunicación (.687), nivel de intimidad (.289) e higiene sexual (.371). El número de parejas a lo largo de la vida muestra una correlación positiva con la autoeficacia en el uso del condón (.337), el nivel de intimidad (.329), la higiene sexual (.349), y la autoeficacia para evitar conductas de riesgo (.342). El número de parejas sexuales al año muestra relaciones positivas con las variables comunicación (.290), autoeficacia en el uso del condón (.390), higiene sexual (.394), autoeficacia para evitar conductas de riesgo (.362), el número de parejas sexuales a lo largo de la vida (.476) y el uso del condón (.593).

La edad de inicio sexual se relaciona positivamente con el nivel de intimidad (.345). El uso de métodos anticonceptivos muestra correlación positiva con el número de parejas sexuales al año (.545) y el uso del condón (.984). Las conductas de riesgo para VIH correlacionan con el nivel de intimidad (.427). La variable ITS correlaciona positiva con el nivel de intimidad (.415), el número de parejas sexuales al año (.342), el uso del condón (.450), el uso de métodos anticonceptivos (.469) y las conductas de riesgo para VIH. El embarazo correlaciona con el nivel de intimidad (.511), el uso del condón (.350) y el uso de métodos anticonceptivos (.334). Y la pastilla del día siguiente correlaciona con el nivel de intimidad (.564), la higiene sexual (.397), el número de parejas al

año (.389), el uso del condón (.357), la edad de inicio sexual (.398), el uso de métodos anticonceptivos (.349) y el embarazo (.601).

### **Correlaciones de la generación Baby-Boomers**

La generación Baby-Boomers está integrada por 116 personas de 48 a 65 años, la media de edad es de 54.29. En relación al género, se encontró que 50 participantes eran de sexo masculino y 66 de sexo femenino. La media de escolaridad es de 11.19 equivalente a segundo año de secundaria terminado. 88 participantes (75%) eran casados, 114 habían tenido relaciones sexuales y solo 2 no habían iniciado su vida sexual, 116 definían su orientación sexual como heterosexuales, 2 gays o lesbianas, 2 no estaban seguros y solo 1 bisexual. Las correlaciones se muestran en la tabla 12.

**TABLA 12:** correlaciones generación Baby Boomers

Comunicación	Autoeficacia para el uso condón	Doble Moral	Nivel de Intimidad	Machismo	Higiene	Autoeficacia evitar conductas de riesgo	En tu vida número de parejas sexuales	En el último año, número de parejas sexuales	Uso del condón	Edad de inicio sexual	Uso de método anticonceptivo	Riesgo para VIH	ITS	Embarazado	Pastilla del siguiente día
Comunicación	1.000														
Autoeficacia para el uso condón	<b>.304</b> .001	1.000													
Doble Moral	<b>-.212</b> .022	<b>-.466</b> .000	1.000												
Nivel de Intimidad	-.073 .438	.016 .863	.089 .343	1.000											
Machismo	-.124 .184	<b>-.253</b> .006	<b>.508</b> .000	.160 .087	1.000										
Higiene	.112 .231	.148 .114	-.045 .630	<b>.231</b> .013	<b>.229</b> .014	1.000									
Autoeficacia evitar conductas riesgo	<b>.358</b> <b>.000</b>	.090 .334	-.046 .624	.026 .780	-.041 .661	.098 .296	1.000								

	Comunicación	Autoeficacia para el uso condón	Doble Moral	Nivel de Intimidación	Machismo	Higiene	Autoeficacia evitar conductas de riesgo	En tu vida número de parejas sexuales	En el último año, número de parejas sexuales	Uso del condón	Edad de inicio sexual	Uso de método anticonceptivo	Riesgo para VIH	ITS	Embarazado	Pastilla del siguiente día
En tu vida número de parejas sexuales	.132	.123	.051	<b>.228</b>	<b>.260</b>	<b>.340</b>	.153	1.000								
	.159	.188	.584	.014	.026	.000	.100									
Ultimo año número de parejas sexuales	.069	.180	-.042	.188	.076	<b>.224</b>	.061	<b>.304</b>	1.000							
	.460	.053	.657	.043	.415	.016	.513	.001								
Uso del condón	-.117	-.035	.052	.165	<b>-.206</b>	<b>-.335</b>	-.039	-.160	-.093	1.000						
	.212	.709	.580	.076	.026	.000	.676	.086	.323							
Edad de inicio sexual	-.047	.022	-.161	.130	<b>-.215</b>	-.104	-.171	<b>-.382</b>	-.104	<b>.213</b>	1.000					
	.614	.816	.084	.165	.020	.265	.066	.000	.265	.022						
Uso de método anticonceptivo	<b>-.273</b>	<b>-.244</b>	.187	.135	.011	-.199	.016	-.077	.155	<b>.632</b>	.063	1.000				
	.003	.008	.044	.148	.905	.032	.864	.412	.096	.000	.503					
Riesgo para VIH	-.024	.073	-.167	.195	-.155	-.051	-.125	-.093	.074	<b>.272</b>	<b>.285</b>	<b>.211</b>	1.000			
	.798	.438	.073	.036	.096	.589	.180	.320	.428	.003	.002	.023				
ITS	.016	.147	<b>-.200</b>	<b>.269</b>	-.090	<b>.210</b>	-.026	-.023	.194	.116	<b>.201</b>	.085	<b>.264</b>	1.000		
	.869	.116	.031	.003	.335	.023	.786	.803	.037	.217	.031	.365	.004			
Embarazo	.044	<b>-.254</b>	<b>.218</b>	<b>.292</b>	.138	-.017	.052	-.026	-.010	<b>.325</b>	.065	<b>.200</b>	.117	.148	1.000	
	.641	.006	.019	.001	.138	.853	.579	.784	.918	.000	.491	.031	.211	.113		
Pastilla del siguiente día	.120	-.012	.006	<b>.265</b>	.078	<b>.272</b>	.110	.153	<b>.288</b>	.029	.104	.177	-.002	<b>.347</b>	.140	1.000
	.201	.899	.945	.004	.403	.003	.239	.102	.002	.758	.266	.058	.987	.000	.133	

La generación Baby-Boomers presenta 38 correlaciones, se consideran solamente aquellas correlaciones mayores a .200,  $p < .05$ .

Comunicación correlaciona positivamente con autoeficacia en el uso del condón (.304) y autoeficacia para evitar conductas de riesgo (.358). Doble moral correlaciona de forma negativa con comunicación (-.212) y autoeficacia en el uso del condón (-.466). Machismo muestra una relación negativa con la autoeficacia en el uso del condón (-.253) y positiva con doble moral (.508). Higiene sexual correlaciona con las variables nivel de intimidad (.231), machismo (.229) y el número de parejas sexuales al año (.224). El número de parejas a lo largo de la vida correlaciona positivamente con el nivel de intimidad (.228), machismo (.260), higiene sexual (.340) y en número de parejas al año (.304). El uso del condón correlaciona negativamente con el machismo (-.206) y la higiene sexual (-.335).

La variable edad de inicio sexual correlaciona negativamente con el machismo (-.215) y el número de parejas a lo largo de la vida (-.382) y positivamente con el uso del condón (.213). El uso de métodos anticonceptivos muestra una relación negativa con comunicación (-.273) y autoeficacia en el uso del condón (-.244), y positiva con el uso del condón (.632). Las conductas de riesgo para VIH correlacionan positivamente con el uso del condón (.272), edad de inicio sexual (.285) y el uso de métodos anticonceptivos (.211). La variable ITS muestra una relación negativa con doble moral (-.200) y positiva con nivel de intimidad (.269), higiene sexual (.210), edad de inicio sexual (.201) y las conductas de riesgo para VIH (.264). El embarazo correlaciona negativamente con la autoeficacia en el uso del condón (-.254), y positivamente con doble moral (.218), nivel de intimidad (.292), el uso del condón (.325) y el uso de métodos anticonceptivos (.200). y el uso de la pastilla del día siguiente correlaciona positivamente con el nivel de intimidad (.265), la higiene sexual (.272), el número de parejas sexuales al año (.288) y con las ITS (.347).

## **Correlaciones de la generación X**

La generación X está compuesta por 186 participantes de 29 a 47 años, de los cuales 63 fueron de sexo masculino y 123 de sexo femenino. La media de escolaridad fue de 13.09 años, equivalente a primer año de preparatoria terminado. 112 de los participantes estaban casados, 52 eran solteros, 12 divorciados, 6 vivían en unión libre. 174 reportan haber tenido relaciones sexuales. En relación a la orientación sexual 173 se describen como heterosexuales, 8 gays o lesbianas y 3 no están seguros. Los resultados de las correlaciones dentro del grupo se presentan en la tabla 13.



**TABLA 13:** Correlación generación X

	Comunicación	Autoeficacia para el uso condón	Doble Moral	Nivel de Intimidad	Machismo	Higiene	Autoeficacia evitar conductas de riesgo	En tu vida número de parejas sexuales	En el último año, número de parejas sexuales	Uso del condón	Edad de inicio sexual	Uso de método anticonceptivo	Riesgo para VIH	ITS	Embarazado	Pastilla del siguiente día
Comunicación	1.000 .															
Autoeficacia para el uso condón	-.004 .954	1.000														
Doble Moral	<b>-.204</b> .005	<b>-.253</b> .000	1.000													
Nivel de Intimidad	.175 .017	.114 .122	-.113 .124	1.000												
Machismo	-.180 .014	-.116 .116	<b>.486</b> .000	-.049 .505	1.000											
Higiene	.123 .094	<b>.207</b> .005	-.170 .020	<b>.366</b> .000	.121 .099	1.000										
Autoeficacia evitar conductas riesgo	<b>.221</b> .002	<b>.257</b> .000	-.162 .027	-.027 .715	-.099 .181	.183 .013	1.000									

	Comunicación	Autoeficacia para el uso condón	Doble Moral	Nivel de Intimidación	Machismo	Higiene	Autoeficacia evitar conductas de riesgo	En tu vida número de parejas sexuales	En el último año, número de parejas sexuales	Uso del condón	Edad de inicio sexual	Uso de método anticonceptivo	Riesgo para VIH	ITS	Embarazado	Pastilla del siguiente día
En tu vida número de parejas sexuales	.003 .964	.187 .010	.003 .963	<b>.383</b> .000	.168 .022	<b>.353</b> .000	.021 .777	1.000								
Ultimo año número de parejas sexuales	-.028 .709	.131 .075	-.041 .579	<b>.453</b> .000	-.022 .766	<b>.216</b> .003	.114 .122	<b>.462</b> .000	1.000							
Uso del condón	.073 .322	-.070 .342	.062 .401	<b>.401</b> .000	-.094 .202	<b>-.266</b> .000	-.163 .026	-.031 .674	<b>.217</b> .003	1.000						
Edad de inicio sexual	.046 .532	-.057 .440	-.187 .010	<b>.391</b> .000	<b>-.338</b> .000	-.057 .436	-.075 .308	-.005 .943	-.067 .365	.199 .006	1.000					
Uso de método anticonceptivo	-.015 .839	-.095 .196	.154 .036	<b>.391</b> .000	.094 .203	-.058 .429	-.091 .219	<b>.234</b> .001	<b>.318</b> .000	<b>.577</b> .000	.087 .237	1.000				
Riesgo para VIH	.177 .015	-.002 .980	-.088 .231	<b>.475</b> .000	-.128 .082	.033 .659	-.179 .014	-.023 .757	-.008 .910	<b>.307</b> .000	<b>.412</b> .000	.169 .021	1.000			
ITS	.053 .473	.040 .592	-.061 .411	<b>.600</b> .000	.033 .651	<b>.260</b> .000	-.104 .160	.131 .074	.198 .007	<b>.301</b> .000	<b>.237</b> .001	<b>.286</b> .000	<b>.319</b> .000	1.000		
Embarazo	<b>.290</b> .000	<b>-.249</b> .001	.060 .414	<b>.443</b> .000	-.075 .312	-.120 .103	-.156 .034	-.110 .135	.124 .093	<b>.474</b> .000	<b>.200</b> .006	<b>.250</b> .001	<b>.407</b> .000	<b>.411</b> .000	1.000	
Pastilla del siguiente día	.080 .280	<b>.259</b> .000	-.050 .495	<b>.483</b> .000	.022 .767	<b>.334</b> .000	.111 .133	<b>.280</b> .000	<b>.331</b> .000	.030 .687	.035 .636	.107 .146	-.019 .795	<b>.214</b> .003	-.037 .617	1.000

La generación X presenta 44 correlaciones significativas mayores de .200,  $p \leq .01$ , las cuales se describen a continuación.

Doble moral correlaciona negativamente con comunicación (-.204) y autoeficacia en el uso del condón (-.253) y positivamente con machismo (.486). Higiene sexual muestra una correlación positiva con la autoeficacia en el uso del condón (.207) y el nivel de intimidad (.366). La autoeficacia para evitar conductas de riesgo correlaciona positivamente con comunicación (.221) y autoeficacia en el uso del condón (.257). El número de parejas sexuales a lo largo de la vida muestra dos correlaciones positivas con el nivel de intimidad (.383) y la higiene sexual (.353). El número de parejas sexuales en el último año muestra correlación con el nivel de intimidad (.453), la higiene sexual (.216) y el número de parejas a lo largo de la vida (.462). La variable uso del condón presenta correlaciones positivas con nivel de intimidad (.401) y número de parejas a lo largo de la vida (.217) y correlaciona negativamente con la higiene sexual (-.266). La edad de inicio sexual muestra correlación positiva con el nivel de intimidad (.391) y negativa con el machismo (-.338).

La variable uso de métodos anticonceptivos muestra una relación positiva con el nivel de intimidad (.391), el número de parejas sexuales al año (.318) y a lo largo de la vida (.234) y con el uso del condón (.557). Las conductas de riesgo para VIH muestran correlación positiva con el nivel de intimidad (.475), el uso del condón (.307) y la edad de inicio sexual (.412). ITS se relaciona con el nivel de intimidad (.600), la higiene sexual (.260), el uso del condón (.301), la edad de inicio sexual (.237), el uso de métodos anticonceptivos (.286) y las conductas de riesgo para VIH (.319). El embarazo correlaciona negativamente con la autoeficacia en el uso del condón (-.249) y positivamente con la comunicación (.290), el nivel de intimidad (.443), el uso del condón (.474), la edad de inicio sexual (.200), el uso de métodos anticonceptivos (.250), las conductas de riesgo para VIH (.407) y las ITS (.411). Y el uso de la pastilla del siguiente día correlaciona positivamente con la autoeficacia en el uso del

condón (.259), el nivel de intimidad (.483), la higiene sexual (.334), el número de parejas al año (.331) y a lo largo de la vida (.280) y con las ITS (.241).

### **Correlaciones de la generación Milenio**

La generación Milenio está conformada por 214 participantes de 10 a 28 años, 95 hombres y 119 mujeres. Presentan una media de escolaridad de 11.55 equivalente a 2do año de secundaria terminado. 196 son solteros, 14 casados, 2 en unión libre y 1 divorciado. 125 reportan haber tenido relaciones sexuales (58.4%). 190 se consideran heterosexuales, 4 bisexuales, 2 gays o lesbianas y 16 no están seguros. Los resultados de las correlaciones de este grupo generacional se presentan a continuación en la tabla 14.

**TABLA 14:** Correlación generación Milenio

Comunicación	Autoeficacia para el uso condón	Doble Moral	Nivel de Intimidad	Machismo	Higiene	Autoeficacia evitar conductas de riesgo	En tu vida número de parejas sexuales	En el último año, número de parejas sexuales	Uso del condón	Edad de inicio sexual	Uso de método anticonceptivo	Riesgo para VIH	ITS	Embarazado	Pastilla del siguiente día
Comunicación	1.000														
Autoeficacia para el uso condón	.312 .000	1.000													
Doble Moral	-.178 .009	<b>-.425</b> .000	1.000												
Nivel de Intimidad	.334 .000	<b>.362</b> .000	-.110 .108	1.000											
Machismo	-.168 .014	<b>-.269</b> .000	<b>.506</b> .000	-.028 .679	1.000										
Higiene	<b>.405</b> .000	<b>.396</b> .000	-.139 .043	<b>.855</b> .000	-.025 .712	1.000									
Autoeficacia evitar conductas riesgo	<b>.421</b> .000	<b>.375</b> .000	<b>-.434</b> .000	.164 .016	<b>-.267</b> .000	<b>.285</b> .000	1.000								

	Comunicación	Autoeficacia para el uso condón	Doble Moral	Nivel de Intimidación	Machismo	Higiene	Autoeficacia evitar conductas de riesgo	En tu vida número de parejas sexuales	En el último año, número de parejas sexuales	Uso del condón	Edad de inicio sexual	Uso de método anticonceptivo	Riesgo para VIH	ITS	Embarazado	Pastilla del siguiente día
En tu vida número de parejas sexuales	<b>.367</b> .000	<b>.390</b> .000	-.117 .089	<b>.834</b> .000	.023 .734	<b>.800</b> .000	.195 .004	1.000								
Último año número de parejas sexuales	<b>.352</b> .000	<b>.387</b> .000	-.100 .145	<b>.830</b> .000	.017 .800	<b>.793</b> .000	.185 .007	<b>.904</b> .000	1.000							
Uso del condón	<b>.384</b> .000	<b>.378</b> .000	-.125 .067	<b>.797</b> .000	-.061 .372	<b>.747</b> .000	.194 .004	<b>.794</b> .000	<b>.821</b> .000	1.000						
Edad de inicio sexual	<b>.446</b> .000	<b>.454</b> .000	<b>-.269</b> .000	<b>.842</b> .000	-.120 .081	<b>.774</b> .000	<b>.363</b> .000	<b>.715</b> .000	<b>.731</b> .000	<b>.741</b> .000	1.000					
Uso de método anticonceptivo	<b>.339</b> .000	<b>.339</b> .000	-.094 .170	<b>.832</b> .000	-.015 .822	<b>.787</b> .000	.170 .013	<b>.815</b> .013	<b>.839</b> .000	<b>.898</b> .000	<b>.782</b> .000	1.000				
Riesgo para VIH	<b>.448</b> .000	<b>.401</b> .000	-.124 .070	<b>.858</b> .000	-.072 .295	<b>.820</b> .000	<b>.251</b> .000	<b>.744</b> .000	<b>.793</b> .000	<b>.750</b> .000	<b>.831</b> .000	<b>.780</b> .000	1.000			
ITS	<b>.430</b> .000	<b>.433</b> .000	-.131 .057	<b>.910</b> .000	-.061 .377	<b>.867</b> .000	<b>.258</b> .000	<b>.848</b> .000	<b>.851</b> .000	<b>.832</b> .000	<b>.837</b> .000	<b>.860</b> .000	<b>.886</b> .000	1.000		
Embarazo	<b>.430</b> .000	<b>.442</b> .000	-.158 .021	<b>.876</b> .000	-.057 .404	<b>.838</b> .000	<b>.268</b> .000	<b>.828</b> .000	<b>.853</b> .000	<b>.835</b> .000	<b>.825</b> .000	<b>.866</b> .000	<b>.823</b> .000	<b>.904</b> .000	1.000	
Pastilla del siguiente día	<b>.417</b> .000	<b>.403</b> .000	-.181 .008	<b>.842</b> .000	-.058 .397	<b>.799</b> .000	<b>.250</b> .000	<b>.834</b> .000	<b>.860</b> .000	<b>.803</b> .000	<b>.797</b> .000	<b>.815</b> .000	<b>.779</b> .000	<b>.849</b> .000	<b>.853</b> .000	1.000

La generación Milenio presenta 91 correlaciones significativas mayores a .200, con un nivel de significancia de  $p \leq .01$ .

La autoeficacia en el uso del condón muestra una correlación positiva con comunicación (.312) y nivel de intimidad (.362), y negativa con doble moral (-.425). El nivel de intimidad muestra una relación positiva con comunicación (.334). El machismo correlaciona negativamente con la autoeficacia en el uso del condón (-.269) y positivamente con la doble moral (.506). La higiene sexual muestra correlaciones positivas con la comunicación, autoeficacia en el uso del condón y el nivel de intimidad (.405, .396 y .855 respectivamente). La variable autoeficacia para evitar conductas de riesgo muestra correlación positiva con comunicación (.421) y la higiene sexual (.285), y negativa con doble moral (-.434) y machismo (-.267). El número de parejas sexuales a lo largo de la vida correlaciona positivamente con comunicación (.367), la autoeficacia en el uso del condón (.390), el nivel de intimidad (.834) y la higiene sexual (.800). El número de parejas sexuales en el último año muestra correlaciones también positivas con comunicación (.352), la autoeficacia en el uso del condón (.387), el nivel de intimidad (.830), la higiene sexual (.793) y el número de parejas sexuales a lo largo de la vida (.904).

El uso del condón correlaciona positivamente con comunicación (.384), la autoeficacia en el uso del condón (.378), el nivel de intimidad (.797), la higiene sexual (.747), el número de parejas sexuales a lo largo de la vida (.794) y en el último año (.821). La edad de inicio sexual correlaciona positivamente con comunicación (.446), la autoeficacia en el uso del condón (.454), el nivel de intimidad (.842), la higiene sexual (.774), autoeficacia para evitar conductas de riesgo (.363), el número de parejas sexuales a lo largo de la vida (.715) y en el último año (.731) y el uso del condón (.741), y negativamente con doble moral (-.269). El uso de métodos anticonceptivos correlaciona positivamente con comunicación (.339), autoeficacia en el uso del condón (.339), nivel de intimidad (.832), la higiene sexual (.787), número de parejas sexuales a lo largo de la vida

(.815) y en el último año (.839), el uso del condón (.898) y la edad de inicio sexual (.782). Las conductas de riesgo para VIH correlacionan positivamente con comunicación (.448), autoeficacia en el uso del condón (.401), nivel de intimidad (.858), la higiene sexual (.820), autoeficacia para evitar conductas de riesgo (.251), número de parejas sexuales a lo largo de la vida (.744) y en el último año (.793), el uso del condón (.750), la edad de inicio sexual (.831) y el uso de métodos anticonceptivos (.780).

Las ITS muestran correlación positiva con comunicación (.430), autoeficacia en el uso del condón (.433), nivel de intimidad (.910), la higiene sexual (.867), autoeficacia para evitar conductas de riesgo (.258), número de parejas sexuales a lo largo de la vida (.848) y en el último año (.851), el uso del condón (.832), la edad de inicio sexual (.837), el uso de métodos anticonceptivos (.860) y las conductas de riesgo para VIH (.886). El embarazo muestra correlaciones positivas con comunicación (.430), autoeficacia en el uso del condón (.442), nivel de intimidad (.876), la higiene sexual (.838), autoeficacia para evitar conductas de riesgo (.268), número de parejas sexuales a lo largo de la vida (.828) y en el último año (.853), el uso del condón (.835), la edad de inicio sexual (.825), el uso de métodos anticonceptivos (.866), las conductas de riesgo para VIH (.823) y las ITS (.904).

Y por último la utilización de la pastilla del día siguiente muestra correlación positiva con comunicación (.417), autoeficacia en el uso del condón (.403), nivel de intimidad (.842), la higiene sexual (.799), autoeficacia para evitar conductas de riesgo (.250), número de parejas sexuales a lo largo de la vida (.834) y en el último año (.860), el uso del condón (.803), la edad de inicio sexual (.797), el uso de métodos anticonceptivos (.815), las conductas de riesgo para VIH (.779), las ITS (.849) y el embarazo (.853).



## **Resultados de comparación de grupos ANOVA**

A continuación se presenta la comparación de grupos mediante la prueba ANOVA de un factor, dicho análisis se realizó a pesar que la prueba de Kolmogorov-Smirnov indica falta de normalidad y que correspondería utilizar pruebas no paramétricas sin embargo, se decide utilizar una prueba paramétrica por el tamaño total de la muestra. Asimismo, se contrasta el supuesto de igualdad de varianzas con el estadístico de Levin y se procede a realizar el análisis post-hoc con la prueba de Bonferroni para aquellas variables que presentan homogeneidad de varianza entre los grupos y la C de Dunnett para cuando no existe homogeneidad de varianza.

Se realizaron dos análisis de comparación de grupos, el primero con la población total pero seleccionando solamente aquellos casos que han tenido relaciones sexuales, esto con la finalidad de poder encontrar diferencias entre todas las variables del estudio ( $n=456$ ), los resultados se presentan en la tabla X. El segundo análisis fue realizado con grupos homogéneos, en la generación Silenciosa se detectaron 46 casos que habían tenido relaciones sexuales ( $n=47$ ), utilizando este criterio se seleccionaron 46 casos aleatoriamente de los 3 grupos generacionales restantes y se procedió al análisis. Los resultados se presentan en la tabla 15.

**TABLA 15:** Anova 456 participantes

	SILENCIOSA			BABY-BOOMERS			X			MILENIO			ANOVA
	Me	X	D.E.	Me	X	D.E.	Me	X	D.E.	Me	X	D.E.	F;P
<b>Comunicación</b>	35.00	33.37	13.83	38.00	40.53	15.90	40.00	43.13	15.02	42.00	41.19	9.70	5.92; .001
<b>Autoeficacia uso de condón</b>	22.00	22.86	6.29	26.00	25.61	8.18	30.00	29.12	7.38	35.00	33.92	5.84	39.24; .000
<b>Doble moral</b>	33.00	32.06	9.20	27.00	26.70	8.46	22.00	22.25	7.54	19.00	20.17	7.51	32.02; .000
<b>Nivel de intimidad</b>	52.00	52.00	.000	52.00	52.00	.000	52.00	52.00	.000	52.00	52.00	.000	
<b>Machismo</b>	33.00	32.20	12.83	24.00	25.53	11.08	18.00	21.87	10.00	19.00	21.15	8.97	15.64; .000
<b>Higiene sexual</b>	5.00	4.77	2.34	3.00	4.12	2.96	7.00	5.05	2.82	7.00	6.87	1.42	25.58; .000
<b>Autoeficacia para evitar conductas de riesgo</b>	12.00	13.22	8.81	13.00	13.54	6.89	16.00	16.89	7.72	20.00	20.46	6.79	20.77; .000
<b># de parejas en su vida</b>	4.00	4.93	5.05	2.00	4.93	9.30	2.00	4.11	12.01	2.00	3.67	3.72	.472; .702
<b># de parejas al año</b>	1.00	0.67	0.60	1.00	1.24	1.71	1.00	1.31	1.52	1.00	1.41	1.18	3.15; .025
<b>Uso del condón</b>	4.00	3.33	2.57	6.00	4.80	1.99	4.00	3.69	2.17	2.00	2.31	1.82	28.29; .000
<b>Edad de inicio sexual</b>	16.00	16.40	3.74	19.00	18.79	6.58	18.00	18.71	5.99	18.00	17.73	2.76	3.05; .028
<b>Uso de anticonceptivos</b>	4.00	3.20	2.50	6.00	4.09	2.38	2.00	2.73	2.11	1.00	2.13	1.70	17.72; .000
<b>Riesgo de infección de VIH</b>	3.00	2.58	0.89	3.00	2.49	0.87	3.00	2.46	.084	3.00	2.20	0.90	3.31; .020
<b>ITS</b>	2.00	1.82	0.65	2.00	1.90	0.51	2.00	1.99	0.44	2.00	2.00	0.33	2.41; .066
<b>Embarazo</b>	3.00	2.73	0.75	3.00	2.45	0.93	3.00	2.23	0.90	1.00	1.28	0.65	56.30; .000

La prueba de ANOVA de un factor permite observar diferencias significativas entre los grupos generacionales en relación a cada una de las siguientes variables: Comunicación ( $F=5.92$ ;  $p=.001$ ), autoeficacia en el uso del condón ( $F=39.24$ ;  $p=.000$ ), doble moral ( $F=32.02$ ;  $p=.000$ ), machismo ( $F=15.64$ ;  $p=.000$ ), autoeficacia para evitar conductas de riesgo ( $F=20.77$ ;  $p=.000$ ), número de parejas en el último año ( $F=3.15$ ;  $p=.025$ ), uso del condón ( $F=28.29$ ;  $p=.000$ ), edad de inicio sexual ( $F=3.05$ ;  $p=.028$ ), uso de métodos anticonceptivos ( $F=17.72$ ;  $p=.000$ ), conductas de riesgo para VIH ( $F=3.31$ ;  $p=.020$ ), higiene sexual ( $F=25.58$ ;  $p=.000$ ) y embarazo ( $F=56.30$ ;  $p=.000$ ). Se observa equivalencia entre los puntajes de los grupos en la nivel de intimidad, ya que todos los participantes tienen el mayor puntaje debido a que han tenido relaciones sexuales, número de parejas sexuales a lo largo de la vida ( $F=.472$ ;  $p=.702$ ) e ITS ( $F=2.41$ ;  $p=.066$ ).

Para detectar los grupos que presentan diferencias se procede al análisis post-hoc. Se describen las diferencias de acuerdo a la corrección de Bonferroni para aquellas variables donde se encontró homogeneidad de varianza y la C de Dunett para aquellas donde no se detectó homogeneidad de varianzas de acuerdo al estadístico de Levin. Los resultados se presentan en la tabla 16.

**TABLA 16:** Diferencias entre grupos 456 participantes

	Milenio y X	Milenio y Baby-Boomers	Milenio y Silenciosos	X y Baby-Boomers	X y Silenciosos	Baby-Boomers y Silenciosos
Comunicación			✓		✓	✓
Autoeficacia uso de condón	✓	✓	✓	✓	✓	
Doble moral		✓	✓	✓	✓	✓
Nivel de intimidad						
Machismo		✓	✓	✓	✓	✓
Higiene sexual	✓	✓	✓	✓		
Autoeficacia para evitar conductas de riesgo	✓	✓	✓	✓		
# de parejas en su vida						
# de parejas al año			✓		✓	
Uso del condón	✓	✓		✓		✓
Edad de inicio sexual					✓	✓
Uso de anticonceptivos	✓	✓		✓		
Riesgo de infección de VIH						
ITS						
Embarazo	✓	✓	✓		✓	

La generación Milenio y X muestran diferencias entre las variables autoeficacia en el uso del condón ( $p < .05$ ), higiene sexual ( $p < .05$ ), autoeficacia para evitar conductas de riesgo ( $p < .05$ ), uso del condón ( $p < .05$ ), uso de anticonceptivos ( $p < .05$ ), y embarazo ( $p < .05$ ).

Milenio y Baby-Boomers muestran diferencias entre la autoeficacia en el uso del condón ( $p < .05$ ), doble moral ( $p < .01$ ), machismo ( $p < .05$ ), higiene sexual ( $p < .05$ ), autoeficacia para evitar conductas de riesgo ( $p < .05$ ), uso del condón ( $p < .05$ ), uso de métodos anticonceptivos ( $p < .05$ ) y embarazo ( $p < .05$ ).

El grupo Milenio presenta diferencias con el grupo Silencioso en las siguientes variables: Comunicación ( $p < .05$ ), autoeficacia en el uso del condón ( $p < .05$ ), doble moral ( $p < .01$ ), machismo ( $p < .05$ ), higiene sexual ( $p < .05$ ), autoeficacia para evitar conductas de riesgo ( $p < .05$ ), número de parejas al año y embarazo ( $p < .05$ ).

La generación X y Baby-Boomers presentan diferencias entre la autoeficacia en el uso del condón ( $p < .05$ ), doble moral ( $p < .01$ ), machismo ( $p < .05$ ), higiene sexual ( $p < .05$ ), autoeficacia para evitar conductas de riesgo ( $p < .05$ ), uso del condón ( $p < .05$ ) y uso de métodos anticonceptivos ( $p < .05$ ). Esta misma generación presenta diferencias con la generación Silenciosa en la comunicación ( $p < .05$ ), autoeficacia en el uso del condón ( $p < .05$ ), doble moral ( $p < .01$ ), machismo ( $p < .05$ ), el número de parejas sexuales al año ( $p = .049$ ), la edad de inicio sexual ( $p < .05$ ) y el embarazo ( $p < .05$ ).

Y finalmente la generación Baby-Boomers presenta diferencias con el grupo Silencioso en las variable comunicación ( $p < .05$ ), doble moral ( $p < .01$ ), machismo ( $p < .05$ ), uso del condón ( $p < .05$ ) y edad de inicio sexual ( $p < .05$ ).

A continuación se presentan los resultados del segundo análisis comparativo de ANOVA con 46 participantes de cada grupo generacional.

**TABLA 17: ANOVA grupos de 46 participantes**

	SILENCIOSA			BABY-BOOMERS			X			MILENIO			ANOVA
	Me	X	D.E.	Me	X	D.E.	Me	X	D.E.	Me	X	D.E.	F;P
<b>Comunicación</b>	35.00	33.19	13.73	38.00	39.97	15.36	40.50	41.86	14.86	41.50	40.10	9.09	3.69; .013
<b>Autoeficacia uso de condón</b>	22.00	22.80	6.24	26.00	24.93	8.60	31.00	30.32	7.24	35.50	34.26	5.20	25.77; .000
<b>Doble moral</b>	33.50	32.30	9.24	27.50	26.95	7.80	24.50	22.67	8.10	18.00	19.39	7.45	21.46; .000
<b>Nivel de intimidad</b>	52.00	50.86	7.66	52.00	52.00	.000	52.00	52.00	.000	52.00	52.00	.000	1.00; .394
<b>Machismo</b>	32.50	31.84	12.91	24.00	25.06	10.29	19.00	21.97	10.46	18.00	20.10	8.94	10.57; .000
<b>Higiene sexual</b>	4.50	4.67	2.42	3.00	3.95	2.69	7.00	5.02	3.12	7.00	6.69	1.33	10.04; .000
<b>Autoeficacia para evitar conductas de riesgo</b>	12.00	12.93	8.92	14.50	14.34	7.19	17.00	16.43	7.66	21.50	20.91	6.35	9.66; .000
<b># de parejas en su vida</b>	3.50	4.83	5.04	1.00	3.85	7.74	2.00	3.83	4.27	2.00	3.17	3.39	0.74; .529
<b># de parejas al año</b>	1.00	0.65	0.60	1.00	1.00	0.86	1.00	1.39	1.55	1.00	1.17	0.82	4.24; .006
<b>Uso del condón</b>	4.00	5.17	12.74	6.00	5.11	1.76	4.00	3.74	2.14	2.00	2.57	2.07	1.63; .183
<b>Edad de inicio sexual</b>	16.00	16.04	4.42	18.50	19.20	5.35	18.00	19.02	5.32	18.00	18.65	3.22	4.59; .004
<b>Uso de anticonceptivos</b>	4.00	5.04	12.74	6.00	4.24	2.26	2.00	2.65	2.08	1.00	2.22	1.88	1.48; .140
<b>Riesgo de infección de VIH</b>	3.00	2.52	0.96	3.00	2.46	0.88	3.00	2.35	0.87	2.00	2.02	0.93	2.71; .046
<b>ITS</b>	2.00	1.78	0.69	2.00	1.87	0.54	2.00	1.93	0.53	2.00	2.00	0.36	1.32; .267
<b>Embarazo</b>	3.00	2.67	0.84	3.00	2.59	.083	2.00	2.07	0.92	1.00	1.17	0.52	34.24; .000

La prueba de ANOVA de un factor permite observar diferencias significativas entre los grupos generacionales en relación a cada una de las siguientes variables: Comunicación ( $F=3.69$ ;  $p=.013$ ), autoeficacia en el uso del condón ( $F=25.77$ ;  $p=.000$ ), doble moral ( $F=21.46$ ;  $p=.000$ ), machismo ( $F=10.57$ ;  $p=.000$ ), higiene sexual ( $F=10.04$ ;  $p=.000$ ), autoeficacia para evitar conductas de riesgo ( $F=9.66$ ;  $p=.000$ ), número de parejas en el último año ( $F=4.24$ ;  $p=.006$ ), edad de inicio sexual ( $F=4.59$ ;  $p=.004$ ), conductas de riesgo para VIH ( $F=2.71$ ;  $p=.046$ ), y embarazo ( $F=34.24$ ;  $p=.000$ ). Se observa equivalencia entre los puntajes de los grupos en la nivel de intimidad, ya que todos los participantes tienen el mayor puntaje debido a que han tenido relaciones sexuales ( $F=1.00$ ;  $p=.394$ ), número de parejas sexuales a lo largo de la vida ( $F=.740$ ;  $p=.529$ ), uso del condón ( $F=1.63$ ;  $p=.183$ ), uso de métodos anticonceptivos ( $F=1.48$ ;  $p=.140$ ) e ITS ( $F=1.32$ ;  $p=.267$ ).

Para detectar los grupos que presentan diferencias se procede al análisis post-hoc. Se describen las diferencias de acuerdo a la corrección de Bonferroni para aquellas variables donde se encontró homogeneidad de varianzas y C de Dunnett para aquellas donde no se detectó homogeneidad de varianzas de acuerdo al estadístico de Levin. Los resultados se presentan en la tabla 18.

**TABLA 18:** Diferencias entre grupos 46 participantes

	Milenio y X	Milenio y Baby-Boomers	Milenio y Silenciosos	X y Baby-Boomers	X y Silenciosos	Baby-Boomers y Silenciosos
Comunicación			✓		✓	
Autoeficacia uso de condón	✓	✓	✓	✓	✓	
Doble moral						
Nivel de intimidad						
Machismo			✓		✓	✓
Higiene sexual	✓	✓	✓			
Autoeficacia para evitar conductas de riesgo	✓	✓	✓			
# de parejas en su vida						
# de parejas al año			✓		✓	
Uso del condón						
Edad de inicio sexual			✓		✓	✓
Uso de anticonceptivos						
Riesgo de infección de VIH						
ITS						
Embarazo	✓	✓	✓	✓	✓	



La generación Milenio y X muestran diferencias entre las variables autoeficacia en el uso del condón ( $p < .05$ ), higiene sexual ( $p < .05$ ), autoeficacia para evitar conductas de riesgo ( $p < .05$ ) y embarazo ( $p < .05$ ). Con la generación Baby-Boomers muestra diferencias entre la autoeficacia en el uso del condón ( $p < .05$ ), higiene sexual ( $p < .05$ ), autoeficacia para evitar conductas de riesgo ( $p < .05$ ) y embarazo ( $p < .05$ ). Y finalmente con el grupo Silencioso en las siguientes variables: Comunicación ( $p < .05$ ), autoeficacia en el uso del condón ( $p < .05$ ), machismo ( $p < .05$ ), higiene sexual ( $p < .05$ ), autoeficacia para evitar conductas de riesgo ( $p < .05$ ), número de parejas al año, edad de inicio sexual ( $p < .05$ ) y embarazo ( $p < .05$ ).

La generación X y Baby-Boomers presentan diferencias entre la autoeficacia en el uso del condón ( $p < .05$ ) y embarazo ( $p < .05$ ). Esta misma generación presenta diferencias con la generación Silenciosa en la comunicación ( $p < .05$ ), autoeficacia en el uso del condón ( $p < .05$ ), machismo ( $p < .05$ ), el número de parejas sexuales al año ( $p = .049$ ), la edad de inicio sexual ( $p < .05$ ) y el embarazo ( $p < .05$ ).

Y finalmente la generación Baby-Boomers presenta diferencias con el grupo Silencioso en las variables machismo ( $p < .05$ ) y edad de inicio sexual ( $p < .05$ ).

## Modelo predictivo

El tercer objetivo del estudio consistía en identificar variables predictoras de las consecuencias de la conducta sexual sin protección (ITS, VIH, embarazo no deseado/aborto) sin embargo no se obtuvieron casos suficientes que reportaran consecuencias de la conducta sexual sin protección que permitieran realizar análisis de regresión múltiple, regresión logística o ecuaciones estructurales; por lo que dicho objetivo no se cumplió. Los resultados de los casos de ITS, VIH y aborto de muestran a continuación en la tabla 19.

**TABLA 19:** Consecuencias de conducta sexual desprotegida

<i>VARIABLE</i>	<i>FRECUENCIA</i>
ITS	18
Aborto provocado	8
VIH positivo	0

## **CAPITULO V**

### ***DISCUSION Y CONCLUSIONES***

La finalidad de los programas de prevención es dar información a los jóvenes para proporcionarles herramientas que les faciliten el desarrollo de habilidades en esta etapa de transición por la que atraviesan (UNICEF, 2002) y de esa manera reducir la incidencia de nuevas ITS, de VIH/SIDA y de embarazos no deseados que pueden llevar a las adolescentes a practicarse abortos clandestinos. Si los programas de prevención están elaborados con la información adecuada y dirigidos a la generación correcta pueden ser la herramienta correcta a utilizar para ayudar en la disminución de relaciones sexuales penetrativas desprotegidas, embarazos no deseados, ITS, VIH/SIDA, tener relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol y/o drogas entre otras conductas que derivan en una consecuencia a la salud de los jóvenes (Estrada, 2007).

Se encontraron resultados similares a la investigación realizada por Rodríguez y Farré (2004) enfocada a comparar generaciones, Dicha investigación presenta solamente porcentajes en sus resultados y puede compararse con resultados obtenidos en la investigación a pesar de no haber sido parte de los objetivos planteados. Los autores muestran en sus resultados aceptación de relaciones sexuales prematrimoniales en el 90% de su población total, los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que 80% de los participantes de todos los grupos generacionales han tenido relaciones sexuales. Así mismo presentan resultados de la aceptación de la utilización de métodos anticonceptivos incluido el condón, los resultados de esta investigación muestran que en la población que ha tenido relaciones sexuales (N=457), el

33% se aseguró de utilizar algún método anticonceptivo contra el 26.5% que reporta no haber usado nada. Este bajo porcentaje en el uso de métodos anticonceptivos puede deberse a la etapa por la que atraviesa cada generación, ya que los integrantes de las generaciones mayores consideran que pueden prescindir del uso de métodos anticonceptivos al llevar una relación monógama en matrimonio; el 54% de la población Baby-Boomer reporta nunca haber utilizado métodos anticonceptivos en el último año, seguido por 26.7% de la generación Silenciosa, 21.1% de la generación X y 8.9% de la generación Milenio.

En cuanto a la aceptación de relaciones homosexuales Rodríguez y Farré, (2004) encuentran una mayor aceptación en su población obteniendo puntajes de 8, 9 y 10 en una escala de aceptación del 1 al 10. La presente investigación compara las medias obtenidas por grupo generacional y se obtienen valores muy similares entre ellas que rondan el 4 y 5 de aceptación en una escala de del 1 al 10 mostrando así una aceptación media.

Entre los estudios revisados enfocados a diferencias de género en relación a variables sexuales se encontraron resultados similares a la investigación realizada por López *et al.* (2001) entre el conocimiento que presentan los participantes en relación al VIH/SIDA. Los autores muestran que un 3% de las mujeres y 4% de los hombres creen que el SIDA tiene cura, los resultados de la presente investigación nos muestran que un 10% de los hombres y 21% de las mujeres respondieron afirmativamente a la pregunta “los doctores saben cómo curar el SIDA.

Para la presente investigación se dividieron las variables de estudio de acuerdo al proceso que atraviesan (creencia, conducta o consecuencia) y cómo este afecta en la toma de decisiones en cuestiones de sexualidad.

El apartado de creencias incluye variables que generalmente no son consideradas para su abordaje cuando se realiza el trabajo de prevención, estas variables son la autoeficacia en el uso del condón, autoeficacia para evitar conductas de riesgo, machismo y doble moral. Se encontró que las variables de autoeficacia muestran una mayor relación conforme avanzan las generaciones, observando que las generaciones más jóvenes presentan mayor autoeficacia. La autoeficacia percibida es el producto de diversas fuentes: la persuasión social, la experiencia propia, la experiencia vicaria y el estado fisiológico y afectivo. Una forma de aumentar las creencias de autoeficacia es mejorar física y emocionalmente el bienestar y reducir los estados de ánimo negativos, ya que las personas tienen la capacidad de modificar sus propios pensamientos y sentimientos. (Bandura, 1994; Pajares 2002). La autoeficacia para evitar conductas de riesgo muestra al igual que la autoeficacia en el uso del condón diferencias significativas con el resto de los grupos generacionales obteniéndose puntajes extremos en las generaciones extremas.

El machismo y la doble moral muestran diferencias significativas esperadas en las generaciones mayores (Silenciosa y Baby Boomers) en comparación con las generaciones menores (Milenio y X), siendo de nuevo las generaciones extremas las que obtiene puntajes extremos. Así mismo se encuentra una relación positiva entre ellas en los cuatro grupos generacionales. Podemos encontrar también una relación negativa entre la autoeficacia en el uso del condón y doble moral en todas las generaciones, sin embargo solo las generaciones extremas muestran una relación negativa entre la autoeficacia para evitar conductas de riesgo y la doble moral.

Al revisar las variables de conductas se encuentra que la comunicación muestra una relación negativa con doble moral en las generaciones exceptuando la generación Milenio. La higiene sexual correlaciona positivamente con la autoeficacia para evitar conductas de riesgo solamente en los grupos extremos.

En la comparación entre grupos generacionales para conocer las diferencias entre las variables se encontró que al seleccionar casos para formar grupos equivalentes no se obtuvieron los mismos resultados que en la población total, indicando que la selección aleatoria no es representativa del grupo generacional. Al contrastar los resultados de ambas tablas se encuentra que las variables de creencias muestran un mayor número de diferencias entre grupos generacionales en contraste con las variables de conductas, lo que puede indicarnos que las generaciones más jóvenes pueden pensar diferente a la población mayor, sin embargo cuando se trata de llevar a cabo conductas sexuales pueden responder de la misma manera.

La presente investigación propone incluir variables poco consideradas en el estudio de las conductas sexuales y las consecuencias derivadas de aquellas conductas desprotegidas, esto con el fin de elaborar programas de prevención que persigan el abordaje de la promoción y prevención de la salud sexual de los jóvenes desde una nueva perspectiva que involucre aspectos, individuales, familiares y sociales. Así mismo, se propone que dicha información sea la adecuada para el grupo generacional con el que se trabaje.

Así mismo se recomienda conseguir una muestra mayor donde se pueda contar con casos de las consecuencias de la conducta sexual para poder obtener datos que permitan realizar el tercer objetivo y poder elaborar un modelo de aquellas conductas que nos ayuden a predecir de las variables de creencias y conductas cuales tienen mayor peso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 83, 191-215.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. En V. S. Ramachaudran (Ed.). *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press
- Bickel, J. & Brown, A. (2005) Generation X: Implications for Faculty Recruitment and Development in Academic Health Centers. *Academic Medicine*, 80 (3), 205-210
- Bong Seo, Yoon. *Dos frutos de la era cibernética: la Generación Net y los hackers*. Revisado en Octubre de 2009, disponible en: <http://fuentes.csh.udg.mx/CUCSH/Sincronia/joon.htm>
- Callejas, S., Fernández, B., Méndez, P., León, M.T., Fábrega, C., Villarín, A., Rodríguez, O., de Quirós, R.B., Fortuny, A., López, F y Fernández, O. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la Ciudad de Toledo. *Rev Esp Salud Pública*, 79, 581-589.
- Castañeda, M. (2002). *El machismo invisible*. Mexico: Grijalvo.
- Castañeda, M. (2007). *El machismo invisible regresa*. Mexico: Santillana.
- CENSIDA (2008). *El VIH/SIDA en México*. Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA. Consultado en: Abril de 2009. Disponible en: [www.censida.salud.gob.mx](http://www.censida.salud.gob.mx)
- Chapela, L. (1997). Hacia una nueva concepción de la adolescencia. En J.A. Aguilar y B. Mayen (comp.), *Hablemos de sexualidad*. Mexico, D.F. Conapo y Mexfam.

- Coetzee, D., Hilderbrand, K., Boulle, A., Draper, B., Abdullah, F., Goemaere, E. (2005). Eficacia del primer programa distrital de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño en Sudáfrica. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, (7), 489-494
- Cole, J., Logan, T.K. y Shannon, L. (2008). Self-Perceived Risk of HIV among Women with Protective Orders against Male Partners. *Health and Social Work*, 33,4, 287-298.
- Collazos, M.F., Echeverry, N., Molina, A.P., Canaval, G.E. y Valencia, C.P. (2005). Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. *Colombia Médica*, 36, 3.
- Costa, F. (2008). Problem Behavior Theory A Brief Overview. Revisado en Febrero de 2009, disponible en:  
[http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pb\\_theory.html](http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pb_theory.html)
- De Anda, D. (2008). Replication of an Intensive Educational Intervention for Youth Pregnancy and STI Prevention: The GIG. *Child Adolesc Soc Work J*, 25, 55-59
- Díaz-Rodríguez, C., Tamez, S y González, M.T. (2009). Programa de la Facultad de Psicología de la UANL para prevención de VIH/SIDA, ITS y embarazo en adolescentes: evaluación sobre los cambios en autoeficacia y conocimientos. En J. Moral (comp.). *Investigaciones en Psicología Social, Personalidad y Salud*. (pp. 147-162). México: CUMEX
- Díaz-Rodríguez, C., Rosas-Rodríguez, M y González, M.T. (2011, en prensa). Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12): diseño y análisis de propiedades psicométricas. *Summa Psicológica, en prensa*
- Donovan, J., Jessor, R. Y Costa, F. (1991). Adolescent Health Behavior and Conventionality-Unconventionlity: An Extension of Problem Behavior Theory. *Health Psychology*, 10 (1), 52-61.



- ENADID (2010). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Metodología y tabulados básicos. Revisado en Noviembre 2010. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met\\_y\\_tab\\_enadid09.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf)
- Estrada, J. (2006) Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. *Acta Bioethica*. 12 (1), 91-100.
- Estrada, J.H. (2007). La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/SIDA. *Rev Fac Nac Salud Pública* . 25, (1), 61-70.
- Feixa, C. (2008). La generación digital. En *Videojuegos y aprendizaje*. (pp 31-32). Ed. Garo.
- Ferrero, R. (s/f). Una generación diferente: Los NETS. Revisado en Octubre de 2009, disponible en: [http://educacionparaeltalento.com/files/WEBSITE\\_Revista\\_Magister\\_Articulo\\_8.pdf](http://educacionparaeltalento.com/files/WEBSITE_Revista_Magister_Articulo_8.pdf)
- Gallegos, E., Villarruel, A. Loveland-Cherry, C., Ronis, D. y Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: Un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*, 50, 1.
- García-Sánchez, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/SIDA. *Red de investigación de Salud y Género*, 18, 47-54.
- Givaudan, M. y Pick, S. (2005). Evaluación de un programa escolarizado para adolescentes: "Un equipo contra el VIH/SIDA". *Interamerican Journal of Psychology*, 39, 03, 339-346.
- Goodenow, C., Szalacha, L., Robin, L. y Westheimer, Kim. (2008). Dimensions of Sexual Orientation and HIV-Related Risk Among Adolescent Females: Evidence From a Statewide Survey. *American Journal of Public Health*, 98, 6, 1051- 1058
- Gonçalves, S., Castellá, J. & Carlotto, M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41, 161-166.

- González, M.T. (2003). Intervención breve para la prevención el VIH/SIDA en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 8 (2), 309-324.
- González, M.T., Landero, R., del Valle, G., Flores, A. y Aldaba, L. (2003). Intervención en comunicación sobre VIH/SIDA entre madres e hijos adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 8 (1), 133-145.
- González-Garza, C., Rojas-Martínez, R., Hernández-Serrato, M. y Olaiz-Fernandez, G (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 47, 209-218.
- Hidalgo, A., Caballero, R., Celis, A. % Rasmussen, B. (2003). Validación de un cuestionario para el estudio del comportamiento sexual, social y corporal, de adolescentes escolares. *Salud Pública de México*, 45 (1), 58-72.
- INEGI (2009) Información estadística. Revisado en Mayo de 2009 disponible en: [www.inegi.org.mx/](http://www.inegi.org.mx/)
- Instituto Mexicano de la Juventud (2002). *Encuesta Nacional de Juventud 2000*. Revisado en Abril de 2009 disponible en: [www.imjuventud.gob.mx/](http://www.imjuventud.gob.mx/)
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual*. Revisado en Mayo de 2009 disponible en: [www.insp.mx](http://www.insp.mx)
- Juárez, F y Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de Población*, 45, 177-219
- Jessor, R., Van es Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. Y Turbin, M. (1995). Protective Factors in Adolescent Problem Behavior: Moderator Effects and Developmental Change. *Developmental Psychology*, 31, 6, 923-933.

- Jessor, J., Turbin, M. y Costa, F. (1998a). Risk and Protection in Successful Outcomes Among Disadvantaged Adolescents. *Applied Developmental Science*, 2, 4, 194-208.
- Jessor, R., Turbin, M. y Costa, F. (1998b). Protective Factors in Adolescent Health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 3, 788-800.
- Jessor, R., Costa, M. & Turbin, M. (2002). *Adolescent Health Development Questionnaire*. Revisado em mayo de 2009 disponible en: [www.colorado.edu/ibs/jessor](http://www.colorado.edu/ibs/jessor)
- Jiménez, A. (2008). Jóvenes, pocos... y diferentes. *Motivación y Compromiso de los jóvenes ante la empresa y el trabajo*, 232, 22-25.
- Karuskopf, D (1998). *Adolescencia y educación*. Ed. EUNED. San José, C.R.
- Langer, A. (2002). Unwanted pregnancy: impact on health and society in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, (5), 192-205.
- Leoni, A.F., Martelloto, G.I., Jakob, E., Cohen, J.E. y Aranega, C.I. (2005). Conductas sexuales y riesgo de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de medicina de la Universidad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. *DST-J bras Doenças Sex Transm*, 17, (2), 93-98
- Llorente, D., Cedeño, S., Guzman, J. & Fuentes, P. (2009). Actualidad em infecciones de transmisión sexual de etiología viral. *ImedPub JOURNALS*, 5. (2).
- London, S. (2008). A Majority of Teenagers Who Have Had Intercourse Also Have Had Oral Sex. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40, 4, 241-243.
- López, J., Lugones, M., Valdespino, L. y Amborsio, S. (2005). Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 21, 3.4.

- López, N., Vera, L.M., Orozco, L.C. (2001). Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres de Bucaramanga. *Colombia Médica*, 32, 32-40
- Macchi, ML., Benítez, S., Corvalán, A., Núñez, C., Ortigoza, D. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. *Revista Chilena de Pediatría*, 79, (2) 206-217
- Madrazo, JM., Castellanos, G., Huerta, MT., Tarasco, M., Marco, J. (2007). Enfermedades de transmisión sexual y uso del condón para prevenirlas: percepción en estudiantes universitarios. *Medicina y Ética* 2 151-164.
- Magis, C., Hernández, M. (2008) 25 años de Sida en México: retos, logros y desaciertos. Ed. CENSIDA. México.
- Mejía, G. (2006). *Salud y Sexualidad. Costa Rica: Ed. Universidad Estatal a Distancia*
- Mejía, L.M. y Ortiz, A.C. (2006). Comprensión de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el marco del desarrollo a escala humana. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24, 1.
- Menkes, C. y Suárez, L. (2003) Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 35.
- Monroy, A. (2002). *Salud Sexual en la adolescencia y juventud*. México: Pax.
- Montalvo, J. y García, C. (2007). Masculinity, machismo and their relation with some familiar variables. *Advances in Psychology Research*, 42, 123-145.
- Ogg, J. y Bonvalet, C. (2006). The Baby Boomer Generation and the Birth Cohort of 1945-1954: a European perspective. Revisado en Octubre de 2009. disponible en : [http://new.youngfoundation.org/files/content/Europeanbabyboomers\\_01.pdf](http://new.youngfoundation.org/files/content/Europeanbabyboomers_01.pdf)

Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S, Hernández-Avila, M. y Sepúlveda-Amor, J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

OMS (2007)a. *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015: romper la cadena de transmisión*. Revisado en Mayo de 2009 disponible en: [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)

OMS (2007)b. *La prevalencia mundial del VIH se ha estabilizado*. Revisado en Abril de 2009 disponible en: [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)

OMS, FNUAP Y UNICEF (1997). *Actividades a favor de la salud de los adolescentes*. Revisado en Febrero de 2009 disponible en: <http://www.who.int/es/>

ONUSIDA (2006). *La educación de Calidad, el VIH y el SIDA*. Revisado en Mayo de 2009. Disponible en: [www.unaids.org/es/default.asp](http://www.unaids.org/es/default.asp)

ONUSIDA (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008*. Revisado en Mayo de 2009. Disponible en: [http://data.unaids.org/pub/Presentation/2008/080704\\_unaids\\_kff\\_g8\\_slide\\_set\\_en.ppt](http://data.unaids.org/pub/Presentation/2008/080704_unaids_kff_g8_slide_set_en.ppt)

OPS (2000). *Salud Sexual y reproductiva*. Revisado en Mayo de 2009. disponible en: <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>

Pajares, F (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Revisado en Noviembre de 2010, disponible en <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>

Parra, A. y Oliva, A. (2002). *Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia*. *Anales de Psicología*, 18, 2, 215-231.

Piña, J. A. (2004)a. *Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA*. *Anales de Psicología*, 20, (1), 23-32.

- Piña, J.A. (2004)b. Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9, (2), 227-236.
- Piña, J.A., Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: su prevención con base en un modelo psicológico de salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, (1), 71-83.
- Quilodrán, J. y Sosa, V. (2004). El tipo de unión y el aborto: una comparación generacional para México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 56, 377-412.
- Reid, M. (2008). Teen Pregnancy. *Encyclopedia of Gender and Society*. SAGE Publications. Revisado en Abril de 2009 disponible en: [http://sage-reference.com/gender/Article\\_n415.html](http://sage-reference.com/gender/Article_n415.html)>.
- Rius, C., Binefa, G. & Casabona, J. (2004). Epidemiología de la infección por el VIH/sida y su relación con otras infecciones de transmisión sexual. Perspectivas de futuro. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 22, 419-429.
- Rodríguez, S y Farré, J.M. (2004). Actitudes sexuales: Estudio piloto intergeneracional en un medio urbano. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 69, 61-77.
- Salas, G. (s/f). Estimaciones sobre la incidencia, la mortalidad y la morbilidad del aborto en México. *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones de la UNAM*. Revisado en Noviembre de 2009. Disponible en: <http://www.bibliojuridica.org/libros/6/2638/9.pdf>
- Salazar-Granara, A., Maria-Álvarez, A., Solano-Romero, I., Lázaro-Vivas, K., Arrollo-Solís, S., Araujo-Tocas, V., Luna-Rengifo, D. y Echazú-Irala, C. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. *Revista Horizonte Médico*, 7, 2.

- Sandfort, G., Orr, M., Hirsch & Santelli, J. (2008). Long-Term Health Correlates of Timing of Sexual Debut: Results from a National US Study. *American Journal of Public Health*, 98, 155-161
- Sánchez, C., Carreño, J., Martínez, S. & Gómez, M.A. (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: Comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 28, 74-80
- Sánchez, I. (2008) Desafíos para el desarrollo académico de una escuela de medicina. *Revista Médica de Chile*, 136, 261-266.
- Sanchez, M. y Muñoz, A. (2005). Influencia de padres y amigos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de prevención en la adolescencia. Un análisis en función del género. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 01, 71-79
- Sierra, J., Rojas, A., Ortega, V. & Martín, J. (2007) Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las personas españolas de la Double Standard Scale DSS y de la Rape Supportive Attitude Scale RSAS. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, (1), 41-60.
- Silbereisen, R y Kracke, B (1997). *Health Risks and Developmental Transitions During Adolescence*. Reino Unido: Cambridge University Press.
- Simón, C. y Allard, G. (2007). Generación "Y" y mercado laboral: Modelos de gestión de recursos humanos para los jóvenes profesionales.
- Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, L.R. y Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45, 1, 34-43.
- Torres, P., Walker, D., Gutierrez, P. & Bertozzi, S. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, 48, (4) 308-316.

- Trabold, N. (2008). Sexually Transmitted Infections. *Encyclopedia of Gender and Society*. SAGE Publications. Revisado en Marzo de 2009 disponible en: [http://sage-ereference.com/gender/Article\\_n387.html](http://sage-ereference.com/gender/Article_n387.html)>.
- UNICEF (2002). Los jóvenes y el VIH/SIDA: Una oportunidad en un momento crucial. Revisado en Octubre 2010. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/jovenes\\_y\\_el\\_vih.pdf](http://www.unicef.org/lac/jovenes_y_el_vih.pdf)
- Urrea, F., Congolino, M., Herrera, H., Reyes, j., Botero, W. (2006). Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. *Cadernos de Saúde Pública* 22 (1) 209-215.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Gaviria, A.M., Soto, A.M., Gil, M.A. & Ballester, R. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica* 25 (1) 39-50
- Welti, C. (2005). Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles de población*, 45, 143-176.
- Zamilpa-Mejía, L., Uribe-Salas, F., Juárez-Figueroa, L., Calderón-Jaimes, E. y Conde-González, C. (2003). Prevalencia y factores asociados con sífilis y herpes genital en dos grupos de población femenina. *Salud Pública de México*, 45, 5, 617-623.



## **ANEXOS**

Se le solicita participar voluntariamente en una investigación sobre variables relacionadas a la salud sexual. Se le pide que responda todas las preguntas siguiendo las instrucciones específicas en cada grupo. Los datos serán analizados de manera grupal, por lo que puede contestar sinceramente, los datos que puedan identificarle serán tratados de manera confidencial.

En caso de no aceptar participar, entregue el cuestionario en blanco. Su cuestionario cumplimentado es constancia de que usted ha aceptado participar voluntariamente en el estudio.

**Escriba la respuesta en la línea:**

V2. Edad: \_\_\_\_\_

V3. . Sexo: H \_\_ M \_\_

V4. Escolaridad: \_\_\_\_\_ que equivale a \_\_\_\_\_ años en el sistema educativo formal  
(contando desde 1º de primaria: Ejemplo: secundaria terminada equivale a 9 años)

V6. Estado civil: \_\_\_\_\_

V7. Años de matrimonio o viviendo en pareja \_\_\_\_\_

V8. ¿Tienes hijos? Sí\_\_ No\_\_ V9. ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ V10. Edad del mayor \_\_\_\_\_

V11. Marca quiénes viven contigo (en la misma casa)

Cónyuge o pareja \_\_\_\_\_ Hijos \_\_\_\_\_ Padre o madre \_\_\_\_\_ Hermanos \_\_\_\_\_  
Suegro o suegra \_\_\_\_\_ Cuñado o cuñada \_\_\_\_\_ Alguien mas \_\_\_\_\_

V12. ¿Trabajas fuera de casa (trabajo remunerado)? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

V13. Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_

V14. ¿Has tenido relaciones sexuales (relaciones íntimas)? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

V15. Actualmente, ¿Eres sexualmente activo? (Es decir, has estado tenido relaciones sexuales o íntimas en el último año) Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

<b>A continuación te presentaremos una lista de palabras ¿qué tan de acuerdo estas con cada una?            Marca del lado derecho, tu grado de acuerdo o desacuerdo con la idea que te presentamos.            ¡Gracias por tu colaboración!</b>		
Matrimonio	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Totalmente desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Homosexual idad	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Totalmente desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Tener hijos	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Totalmente desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Sexo antes del matrimonio	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Totalmente desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Aborto	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Totalmente desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Madre o padre soltero	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Totalmente desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Divorcio	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Totalmente desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Uso de métodos anticoncepti vos	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Totalmente desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Adopción	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Totalmente desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Unión libre	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Totalmente desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Estudiar una carrera profesional	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Totalmente desacuerdo	Totalmente de acuerdo

<b>En las siguientes preguntas, marca la respuesta que mejor refleje lo que piensas. Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor responde honestamente utilizando estas opciones:</b> (1) Totalmente de acuerdo; (2) De acuerdo; (3) Sin opinión; (4) En desacuerdo; (5) Totalmente en desacuerdo		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
DM1.	Se espera que la mujer sea menos experimentada sexualmente que su pareja	1	2	3	4	5
DM2.	A una mujer que ya ha tenido relaciones íntimas se le desea menos como pareja	1	2	3	4	5
DM3.	Una mujer no debería aparentar estar lista (dispuesta) para tener relaciones íntimas	1	2	3	4	5
DM4.	Es importante que los hombres sean experimentados sexualmente para poder enseñarle a la mujer	1	2	3	4	5
DM5.	Una "buena" mujer nunca tendría una aventura de una noche, pero si se espera que lo haga un hombre	1	2	3	4	5
DM6.	Es importante que un hombre tenga muchos encuentros sexuales para ganar experiencia	1	2	3	4	5
DM7.	En el sexo, el hombre debe tomar el rol dominante y la mujer el rol pasivo	1	2	3	4	5
DM8.	Es aceptable que una mujer traiga condones (por ejemplo en su bolsa)	1	2	3	4	5
DM9.	Es peor que una mujer sea promiscua (muchas parejas íntimas), a que lo sea un hombre	1	2	3	4	5
DM10.	Es decisión del hombre comenzar el sexo	1	2	3	4	5

<b>En las siguientes preguntas, marca la respuesta que mejor refleje lo que piensas. Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor responde honestamente utilizando estas opciones:</b> (4) Totalmente de acuerdo; (3) De acuerdo; (2) Indeciso; (1) En desacuerdo; (0) Totalmente en desacuerdo		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<i>Tengo confianza en...</i>						
AC1.	...mi habilidad para poner un condón, a mi mismo o a mi compañero	4	3	2	1	0
AC2.	...que podría comprar condones sin sentirme avergonzado	4	3	2	1	0
AC3.	... que podría recordar llevar un condón conmigo en caso de que lo necesitara	4	3	2	1	0
AC4.	... que después de un encuentro sexual podría quitar el condón y desecharlo	4	3	2	1	0

<p><b>En las siguientes preguntas, marca la respuesta que mejor refleje lo que piensas. Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor responde honestamente utilizando estas opciones:</b></p> <p>(4) Totalmente de acuerdo; (3) De acuerdo; (2) Indeciso; (1) En desacuerdo; (0) Totalmente en desacuerdo</p>	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

No me sentiría confiado sugiriendo usar condones con un nuevo compañero porque me preocuparía que él o ella pensara que ...

AC5.	... he tenido experiencias homosexuales pasadas	4	3	2	1	0
AC6.	... tengo una infección de transmisión sexual	4	3	2	1	0
AC7.	... creo que él o ella tiene una infección de transmisión sexual	4	3	2	1	0
AC8.	Si yo sugiriera usar condón a mi compañero, me sentiría temeroso de que el o ella me rechazara	4	3	2	1	0
AC9.	Si yo estuviera inseguro acerca de lo que siente mi compañero sobre el uso del condón, no sugeriría usarlo	4	3	2	1	0
AC10.	Si mi compañero y yo intentáramos usar un condón y no lo lográramos, me sentiría avergonzado de intentar usarlo de nuevo (por ejemplo, no ser capaz de desenrollarlo, poniéndolo al revés o sentirse incómodo)	4	3	2	1	0

<p><b>Expresa en tu opinión tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases. Por favor responde honestamente utilizando estas opciones:</b></p> <p>(1) Totalmente en desacuerdo; (2) En desacuerdo; (3) Sin opinión; (4) De acuerdo; (5) Totalmente de acuerdo</p>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
	• Que solamente el hombre tenga sexo antes del matrimonio	1	2	3	4	5
	• Que un hombre tenga hijos fuera del matrimonio	1	2	3	4	5
	• Que solamente el hombre tenga experiencia sexual	1	2	3	4	5
	• Que un hombre tenga su primera relación sexual con una persona que no es su pareja	1	2	3	4	5
	• Que un hombre casado o con pareja estable tenga relaciones sexuales con prostitutas	1	2	3	4	5
	• Una mujer debe aceptar las infidelidades de su pareja	1	2	3	4	5
	• El hombre necesita tener varias parejas sexuales	1	2	3	4	5
	• Sin importar la situación o el estado de ánimo, la mujer debe tener relaciones sexuales cuando su pareja quiera tenerlas	1	2	3	4	5
	• Que un hombre tenga varias parejas sexuales al mismo tiempo	1	2	3	4	5
	• Que sea la mujer quien se encargue de cuidarse para la relación sexual	1	2	3	4	5
	• El hombre debe iniciar su vida sexual en la adolescencia	1	2	3	4	5
	• El hombre debe hacer que su hijo hombre inicie su vida sexual	1	2	3	4	5

<b>En seguida te presentamos algunas situaciones. Marca el número que corresponda a la respuesta que describa mejor lo que harías con <u>CADA UNA</u> de las personas mencionadas.</b>	Nunca	Casi nunca	Frecuentemente	Muy frecuentemente	No aplica
<b>Si no tienes alguna de las relaciones interpersonales señaladas, por ejemplo, no tienes hijos, marca el "0" (no aplica)</b>					
<i>Has hablado acerca de las infecciones que se pueden adquirir por tener relaciones sexuales con:</i>	1	2	3	4	0
CC1. Pareja	1	2	3	4	0
CC2. Padre	1	2	3	4	0
CC3. Madre	1	2	3	4	0
CC4. Hijos	1	2	3	4	0
CC5. Hijas	1	2	3	4	0
CC6. Amigos	1	2	3	4	0
<i>Has hablado del SIDA con:</i>	1	2	3	4	0
CC7. Pareja	1	2	3	4	0
CC8. Padre	1	2	3	4	0
CC9. Madre	1	2	3	4	0
CC10. Hijos	1	2	3	4	0
CC11. Hijas	1	2	3	4	0
CC12. Amigos	1	2	3	4	0
<i>Has iniciado una conversación sobre condones con:</i>	1	2	3	4	0
CC13. Pareja	1	2	3	4	0
CC14. Padre	1	2	3	4	0
CC15. Madre	1	2	3	4	0
CC16. Hijos	1	2	3	4	0
CC17. Hijas	1	2	3	4	0
CC18. Amigos	1	2	3	4	0
<i>Has hablado de temas relacionados a la sexualidad con:</i>	1	2	3	4	0
CC19. Pareja	1	2	3	4	0
CC20. Padre	1	2	3	4	0
CC21. Madre	1	2	3	4	0
CC22. Hijos	1	2	3	4	0
CC23. Hijas	1	2	3	4	0
CC24. Amigos	1	2	3	4	0
<i>Podría decirle a mi pareja que:</i>					
H1. no deseo tener relaciones sexuales	1	2	3	4	0
H2. que deje de tocarme sexualmente	1	2	3	4	0
<i>Podría preguntar a mi pareja:</i>					
H3. sobre las relaciones sexuales que ha tenido	1	2	3	4	0
H4. si ha tenido alguna relación sexual con alguien de su mismo sexo	1	2	3	4	0
<i>Podría negarme a:</i>					
H5. tener relaciones sexuales si mi pareja y yo no pudiéramos usar un condón	1	2	3	4	0
H6. tener relaciones sexuales si mi pareja no quisiera que usáramos condón					
H7. consumir drogas si me las ofrecieran, aunque mis amigos me presionaran	1	2	3	4	0
H8. consumir alcohol o a continuar bebiendo si ya no deseo hacerlo, aunque mis amigos me presionaran	1	2	3	4	0

**Queremos saber que piensa la gente respecto al VIH/SIDA. Responde las siguientes preguntas marcando la opción del lado derecho que corresponda a lo que tu opinas:**

• ¿Conoces a alguien que sea VIH positivo o tenga SIDA?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
• ¿Es posible contagiarse de VIH solo por un beso?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
• ¿Estarías dispuesto a estar en el mismo salón de clases o en el mismo lugar de trabajo, con una persona con VIH/SIDA?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
• ¿Los doctores saben como curar el VIH/SIDA?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

**Responde las siguientes preguntas marcando la opción del lado derecho, que corresponda a tu situación:**

TP1. ¿En estos momentos estas saliendo con alguien en forma exclusiva?			Si	No	
TP2. ¿Qué tanto presionan los compañeros para que personas de tu edad tengan sexo?	Mucho	Una buena cantidad	Un poco	Nada	
TP3. ¿Cuántos de tus amigos han tenido relaciones sexuales?	Ninguno de ellos	Algunos de ellos	La mayoría de ellos	Casi todos ellos	
TP4. Cuando las personas de tu edad tienen relaciones sexuales, ¿suelen usar algún tipo de método anticonceptivo?	Casi todos lo hacen	Todos lo hacen	Algunos lo hacen	Casi ninguno lo hace	
TP5. En este momento en tu vida, ¿cómo describirías tu identidad sexual u orientación sexual?	Heterosexual <i>(me atrae gente del sexo opuesto)</i>	Bisexual <i>(me atrae gente del ambos sexos)</i>	Gay o lesbiana <i>(me atrae gente de mi mismo sexo)</i>	No estoy seguro	
TP6. ¿Alguna persona en tu escuela o lugar de trabajo te molesta (acosa/hostiga) por tu identidad sexual u orientación sexual?		Seguido	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

TP8. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ (Si respondiste NO pasa a la última hoja)

**SOLAMENTE SI TU RESPUESTA FUE: SI,  
RESPONDE LAS PREGUNTAS DE ESTA HOJA**

TP9. ¿Cuántos años tenías la primera vez que tuviste relaciones sexuales?  
\_\_\_\_\_ años

TP10. Esa primera vez que tuviste relaciones sexuales,  
¿Sentiste que estabas obligado (a) a ello? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

TP11. Esa primera vez que tuviste relaciones sexuales,  
¿Qué tipo de método anticonceptivo usaron tu o tu pareja? (Marca todas las que se utilizaron esa primera vez.)

Ninguno	Pastillas	Condón	Espumas, cremas o jaleas	Diafragma	Retiro (Eyacular fuera de la vagina)	Método del ritmo	Otro (¿cuál?)
---------	-----------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------------------	------------------	---------------

TP12. En tu vida, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?  
\_\_\_\_\_ (número de personas)

TP13. En el último año, ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?  
\_\_\_\_\_ (Número de personas)

TP14. Cuando tuviste relaciones sexuales en el último año, ¿te aseguraste de que algún tipo de método anticonceptivo fuera utilizado, ya sea por ti o por la otra persona?	Casi siempre	La mayoría del tiempo	Alrededor de la mitad del tiempo	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
--	--------------	-----------------------	----------------------------------	---------------	------------	-------



TP15. Cuando tuviste relaciones sexuales en el último año, ¿qué tipo de método anticonceptivo fue usado generalmente. (Marca todas las que fueron usadas con frecuencia)	Ninguno	Pastillas	Condón	Espumas, cremas o jaleas	Diafragma	Retiro (Eyacular fuera de la vagina)	Método del ritmo	Otro (¿cuál?)
TP16. ¿Cuándo tuviste sexo el año pasado, con que frecuencia fue usado el condón?	Casi siempre	La mayoría del tiempo	Alrededor de la mitad del tiempo	Algunas veces	Casi nunca	Nunca		
TP17. La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿qué tipo de método anticonceptivo, en su caso, fue usado generalmente. (Marca todos los que fueron usados)	Ninguno	Pastillas	Condón	Espumas, cremas o jaleas	Diafragma	Retiro (Eyacular fuera de la vagina)	Método del ritmo	Otro (¿cuál?)
DIA. ¿Has utilizado la pastilla del siguiente día?	Nunca	Una vez	2 a 5 veces	mas de 5 veces				

TP18. ¿Has estado embarazada alguna vez o has embarazado a alguna chica?	No	Si, una vez	Más de una vez
TP19. Si tu respuesta anterior fue afirmativa, ¿qué hicieron tu y tu pareja con respecto al embarazo?	Tuvimos al bebe y lo conservamos	Tuvimos al bebe y lo dimos en adopción	Tuvimos un aborto espontáneo / perdida
			Tuvimos un aborto provocado

V14. ¿Has tenido relaciones sexuales? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Si respondiste NO pasa a la última hoja)

**SOLAMENTE SI TU RESPUESTA FUE: SI,  
RESPONDE LAS PREGUNTAS DE ESTA HOJA**

<p><b>A continuación se presentan una serie de preguntas, marca tu respuesta en las opciones según sea tu caso, te pedimos que contestes la verdad y te recordamos que tus respuestas serán confidenciales.</b></p> <p><b>¡Gracias!</b></p>			
VII1. ¿Has tenido conductas de riesgo (relaciones sexuales sin protección, varias personas, compartir agujas –cualquiera de ellas-)?	SI	A veces	NO
VII2. ¿Te has hecho alguna prueba de VIH alguna vez?		SI	NO
VII3. ¿Te has hecho alguna prueba e VIH en los últimos 6 meses?		SI	NO
VII4. ¿En caso afirmativo cual fue tu resultado? _____			
VII5. ¿Has padecido alguna infección de transmisión sexual (ITS)?	SI	NO	NO SE
<p>VII6. En caso afirmativo, marca la o las ITS que hayas padecido (si no has padecido alguna de ellas deja la línea en blanco):</p> <p>Sífilis: _____ Sí                      Hepatitis _____ Sí</p> <p>Gonorrea _____ Sí                      Chancro Blando _____ Sí</p> <p>Herpes genital _____ Sí                      Piojo Púbico _____ Sí</p> <p>Tricomoniasis _____ Sí                      Otra _____</p> <p>_____</p>			

<p><b>A continuación se presentan una serie de oraciones, marca tu respuesta en las opciones según sea tu caso, te pedimos que contestes la verdad y te recordamos que tus respuestas serán confidenciales. ¡Gracias!</b></p>			
	SI	A VECES	NO
HI1. ¿Compartes tu ropa interior?	1	2	3
HI2. ¿Le dedicas el mismo tiempo a la limpieza de tus genitales como al resto de tu cuerpo?	1	2	3
HI3. ¿Has tenido relaciones sexuales durante un período menstrual?	1	2	3
HI4. ¿Durante la misma relación sexual has tenido penetración anal y después vaginal?	1	2	3
HI5. ¿Te limpias el área genital después de tener relaciones sexuales? (cada relación sexual)	1	2	3
HI6. ¿Cambias de condón en cada eyaculación?	1	2	3
HI7. ¿Utilizas un condón diferente con cada pareja sexual?	1	2	3
HI8. Cuando realizas sexo oral ¿utilizas protección sobre el área genital estimulada?	1	2	3
HI9. ¿Has realizado sexo oral al ano y después a la zona genital en la misma relación sexual?	1	2	3
HI10. ¿Has utilizado juguetes sexuales?	1	2	3
HI11. ¿Lavas tus juguetes sexuales después de cada uso?	1	2	3

TP8. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**SOLAMENTE SI TU RESPUESTA FUE: NO,  
RESPONDE LAS PREGUNTAS DE ESTA HOJA**

<p><b>A continuación se presentan una serie de oraciones, marca tu respuesta en las opciones según sea tu caso, te pedimos que contestes la verdad y te recordamos que tus respuestas serán confidenciales.</b></p> <p><b>¡Gracias!</b></p>			
I1.	¿Te ha pasado por la mente la idea de estar solo con ella (él) en la playa u otro lugar?	SI	NO
I2.	¿Has escrito lo que sientes por ella (él) en un diario personal, o le has hecho poemas, canciones o dibujos?	SI	NO
I3.	¿Te has preocupado porque te vea arreglado(a)?	SI	NO
I4.	¿Has tratado de quedar bien con ella pareciendo muy chingón o muy galán (muy sexy o muy coqueta)?	SI	NO
I5.	¿Has intentado hacer por ella (él) cosas que no harías por nadie?	SI	NO
I6.	¿Te has acercado para conquistarla (o)?	SI	NO
I7.	¿Le has llamado por teléfono o le has mandado recaditos?	SI	NO
I8.	¿Han salido solos al cine o a una fiesta?	SI	NO
I9.	¿Te has juntado con una (un) chava (o) solo para pasar el rato, abrazarse, besarse o acariciarse?	SI	NO
I10.	¿Tienes actualmente novia (o) formal o enserio?	SI	NO
I11.	¿Te has tomado de la mano con ella (é)?	SI	NO
I12.	¿Le has acariciado la mano, la cara o cuello?	SI	NO
I13.	¿Le has besado suavemente?	SI	NO
I14.	¿Te has excitado cuando has bailado con ella (el)?	SI	NO
I15.	¿Has sentido que se te acelera el corazón o que se te sube la sangre o que no te salen las palabras al verla (o)?	SI	NO
I16.	¿Has tenido sueños húmedos (o excitantes)?	SI	NO
I17.	¿Has tenido la experiencia de masturbación (acariciar tus partes íntimas)?	SI	NO
I18.	¿Has (te han) acariciado por encima de la ropa sus (tus) senos?	SI	NO
I19.	¿Has (te han) acariciado por debajo de la ropa sus (tus) senos?	SI	NO
I20.	¿Has (te han) acariciado por encima de la ropa sus (tus) partes íntimas?	SI	NO
I21.	¿Has (te han) acariciado por debajo de la ropa sus (tus) partes íntimas?	SI	NO
I22.	¿La (o) has besado apasionadamente?	SI	NO
I23.	¿Se han acariciado mutuamente por debajo de la ropa las partes íntimas?	SI	NO
I24.	¿Has tenido contacto íntimo sexual, pero sin que haya introducción o “sin meter”?	SI	NO
I25.	¿Has tenido contacto íntimo con introducción o con meter, pero sin eyaculación o “sin venirse adentro”?	SI	NO
I26.	¿Has tenido coito, o sea contacto íntimo con introducción o “meter”, y con eyaculación o “venirse adentro”?	SI	NO