

# ESTRÉS PSICOSOCIAL Y RESPUESTAS DE ENFRENTAMIENTO EN LA SEXUALIDAD DE ADOLESCENTES MEXICANOS<sup>1</sup>

## RESUMEN

El objetivo de este estudio es evaluar la relación entre estresores en la sexualidad, autoestima (recurso interno: psicológico), relación con papá y con mamá (recursos externos: sociales), y su impacto sobre las respuestas de enfrentamiento, considerando como variables mediadoras los conocimientos, creencias y actitudes hacia los métodos anticonceptivos y el riesgo percibido de contraer VIH/SIDA, en una muestra de 800 adolescentes entre 13 y 18 años de edad. Los resultados de este trabajo evidencian la importancia de incorporar en los programas de educación para la sexualidad responsable y para la vida de los(as) adolescentes los componentes para contrarrestar la mala información y desmitificar creencias erróneas, lo que contribuye a disminuir el estrés en situaciones potencialmente conflictivas en torno a la sexualidad y fortalece el uso de respuestas de enfrentamiento resolutivas y reflexivas, así como en aminorar el riesgo percibido para contraer VIH/SIDA.

Palabras clave: Adolescentes, estrés psicosocial, respuestas de enfrentamiento, sexualidad.

## ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the relation between sexuality stressors, self-esteem (internal resources: psychological), relations with father and mother (external resources: social), and its impact on coping responses, considering as measurement variables knowledge, beliefs and attitudes toward contraceptive methods and the perceived risk to be infected with AIDS, on a 800 adolescents sample between 13 and 18 years old. The results show the importance to incorporate the components against bad information and demystify erroneous beliefs in the education programs for responsible sexuality and for the adolescents' life, which reduces the stress on potential conflictive situations around the sexuality and strengthens the use of final and thoughtful coping responses, as well as reducing the perceived risk to be infected with AIDS.

Key words: adolescents, coping responses, psychosocial stress, sexuality.

Catalina González-Forzeza\*  
Susan Pick Steiner\*\*  
Jorge Villatoro Velázquez\*  
Martha Romero Mendoza\*  
Ma. Elena Collado Miranda\*\*  
Ma. del Carmen Marino\*

\* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.  
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Dirección: Calzada México-Xochimilco 101.  
Huipulco, Tlalpan, CP 14370, México, D.F.  
\*\* Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población.  
Dirección: Apartado Postal 41-595, CP 11001, México, D.F.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia, considerada como un fenómeno psicosocial, ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad. Con frecuencia la definición de "adolescencia" y de "adultez" varía de una cultura a otra. En la mayoría de las culturas la adolescencia generalmente comienza con la pubertad, pero la edad en que las personas son consideradas adultas es más incierta. Por lo tanto, la adolescencia se vive de acuerdo a un contexto sociocultural específico en el que se encuentran inmersos la familia, la educación, el empleo, los servicios de salud, la recreación, los medios masivos de comunicación y las organizaciones comunitarias, entre otras (Monroy, 1995).

En la adolescencia el desarrollo de la sexualidad se acelera, alcanzando la madurez de la capacidad reproductiva. La transformación del cuerpo infantil en cuerpo adulto es un proceso cargado de significados y de emociones para los adolescentes. De cómo transiten y asuman ese proceso depende, en alguna medida, su salud reproductiva<sup>2</sup>: el futuro de sus relaciones sexuales y de pareja (SSJ Jalisco, 2001).

En la mayoría de las culturas, las normas de género crean un doble estándar sexual para las niñas y los varones. Es frecuente que las niñas

carezcan de la información y las oportunidades que se ofrecen a los niños varones, aún cuando ellas corren mayor riesgo. Por ejemplo, ante la procreación precoz se restringen las oportunidades que las niñas tendrán en la vida, puesto que en muchos países no se permite que aquéllas que han quedado embarazadas sigan asistiendo a la escuela (UNFPA, 1999). Sin embargo, en todo el mundo los hombres y las mujeres jóvenes se ven afectados por un porcentaje desproporcionado de enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH y otros problemas graves de salud de la reproducción. En los países industrializados, dos de cada tres personas que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual -ETS- son menores de 24 años de edad, y se cree que la proporción de jóvenes infectados es incluso mayor en los países en desarrollo. Más del 10% de todos los nacimientos anuales se registran entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, según la *Population Reference Bureau* con sede en Washington (Network, 1997a).

En México se sabe que el embarazo adolescente es un fenómeno relativamente frecuente. Los datos más recientes indican que cada año se embarazan 500,000 adolescentes, que representan el 25% del total de embarazos que se registran en el país. Del total anterior, 390,000 embarazos llegan a término, lo que significa que 17% de los nacimientos que acontecen en México son de mujeres menores de 19 años (GIRE, 2001).

Con mucha frecuencia, los prestadores de servicios de salud pasan por alto las características sociales y psicológicas de los adolescentes y, paradójicamente para ellos, son cruciales para abordar estas condiciones de la salud reproductiva. Comprender las influencias

sociales y psicológicas que hacen que los adolescentes acudan a clínicas o a solicitar asesorías puede ser especialmente útil y eficaz.

Los problemas que enfrentan los adolescentes y jóvenes pueden ser de carácter psicológico. Algunos pueden experimentar miedo, vergüenza o no quieren tomar precauciones contra las ETS. La falta de confianza y de autoestima es un problema para muchos adolescentes que pueden determinar cómo actuar, sin importar dónde estén (Networks, 1997b); y por otro lado, la confianza sin el desarrollo de aptitudes concretas no es de utilidad.

La información y la formación para el desarrollo armónico de la sexualidad en los adolescentes son dos grandes temas que están estrechamente relacionados con la salud en sus más amplias connotaciones: físicas y emocionales. A continuación se presenta una breve reseña de dos de los más importantes tópicos asociados a dichas problemáticas entre los adolescentes mexicanos: i) conocimientos, creencias y actitudes hacia los métodos anticonceptivos, y ii) riesgo percibido para contraer VIH/SIDA.

**Conocimientos, creencias y actitudes hacia los métodos anticonceptivos.** Este tema está asociado a un problema de salud pública ampliamente reconocido: el embarazo adolescente, condición biológica que se configura como resultado de la cada vez más temprana capacidad reproductiva de los adolescentes y de su inicio a la vida sexual activa. A grandes rasgos, Rodríguez Ramírez (1996) señala que la Organización Mundial de la Salud reporta un descenso en la edad de la menarca en la mayoría de los países, donde el promedio para 1985 fluctuó entre 12 y 13.5 años en las zonas urbanas. Si se considera que en México, del total de la población el 29.6% son jóvenes de 15 a 29 años conformando un contingente poblacional de 27 millones de personas, entonces se evidencia el enorme potencial reproductivo de nuestro país.

Específicamente para la Ciudad de México, un estudio llevado a cabo por el Programa de Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 1992)

encontró que las mujeres empiezan a tener relaciones sexuales alrededor de los 16 años de edad y los hombres más temprano: entre los 14 y 15 años. Sin embargo, ambos están poco o mal informados respecto al uso de métodos anticonceptivos, y especialmente en lo que al momento de mayor fecundidad en la mujer se refiere (DIF, 1992). De hecho, Welti y Grajales (1995, en: INEGI/UNIFEM, 1995) observaron que las adolescentes sexualmente activas están menos dispuestas a usar métodos anticonceptivos en comparación con las mujeres adultas, y cuando lo hacen, ponen en práctica métodos poco efectivos: retiro y ritmo.

Al respecto, una investigación llevada a cabo en la Ciudad de México en 1994 con 90 mujeres entre 12 y 19 años que acudieron a un hospital gineco-obstétrico a consulta prenatal o de urgencias evidenció que el 75.56% no tenía conocimientos mínimos de anticoncepción y al 5.88% nunca les habían hablado de ellos. El 74.4% de estas chicas habían cursado hasta el nivel de educación media (7° a 9° año escolar) y el 16.6% solamente la primaria (hasta el 6° grado). El 50% de ellas no deseaba el embarazo; el 25% intentó abortarlo y el 2.2% lo consiguió. (Liévano *et al.*, 1994 en: Rodríguez Ramírez, 1996).

Es así que, dado el potencial reproductivo de los adolescentes -cada vez a etapas más tempranas- que puede o no conllevar al inicio de la vida sexual activa, hace de la educación sexual un recurso apremiante y necesario para la vida. En ella, el conocimiento y las actitudes hacia el uso de anticonceptivos es una dimensión muy importante para prevenir en primera instancia el embarazo adolescente y en segundo plano futuras complicaciones del mismo; ya que, por un lado, muchas veces se recurre al aborto -condición ilegal en México- ante embarazos no deseados, conllevando riesgos de salud considerables; y por el otro, se han observado complicaciones en el embarazo y en el parto en adolescentes con embarazo indeseado que no recibieron atención prenatal (Huerta-Franco, Díaz de León y Malacara, 1996).

**Riesgo percibido para contraer VIH/SIDA.** Estudios epidemiológicos han permitido conocer la expansión de esta enfermedad, tanto a nivel geográfico como según grupos sociales, étnicos y sexo.

En México, la epidemia VIH/SIDA ha mostrado tres tipos de tendencias con relación a su magnitud: a) crecimiento lento de 1983 a 1986; b) crecimiento de tipo exponencial de 1987 a 1990; y c) crecimiento exponencial amortiguado con una tendencia a la estabilización a partir de 1991 (Rodríguez Ramírez, 1996). Según datos proporcionados por el Registro Nacional de Casos de Sida de la Dirección General de Estadística/Secretaría de Salud (1996), los grupos poblacionales más jóvenes son los de mayor impacto, pues el 31.6% de los casos acumulados tienen entre 20 y 29 años de edad y el 37.8% entre 30 y 39 años. Al considerar que el SIDA es la última etapa de un largo proceso viral que en promedio toma 10 años para el desarrollo del virus y la enfermedad, entonces se puede asumir que casi el 70% de los casos detectados se infectaron en la adolescencia. Cabe señalar que la Ciudad de México es la entidad federativa con la mayor tasa de incidencia: 81.4 por cada 100,000 habitantes (Rodríguez Ramírez, 1996). Este panorama pone en evidencia la importancia de poner atención a la sexualidad de los adolescentes atendiendo a la prevención de problemáticas que en materia de salud pública son prioritarias, y la transmisión del VIH/SIDA lo es.

Un estudio llevado a cabo en población universitaria puso en evidencia que aunque los adolescentes estudiantes universitarios reconocen que el VIH/SIDA es una enfermedad mortal, no necesariamente se sienten en riesgo de contraerla (Villagrán-Vázquez, 1993). Este estudio encontró que mientras el 73% de los estudiantes reconocieron que el VIH/SIDA es una enfermedad mortal de transmisión sexual, sólo el 9.1% de los estudiantes con vida sexual activa reportó usar condón como medida de prevención.

## MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual del presente trabajo se fundamenta en las propuestas teóricas que se han desarrollado en torno al impacto del proceso de estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento sobre el estado emocional, y en particular sobre el tema que nos ocupa: la sexualidad de los y las adolescentes.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que puede ser más o menos estresante, ya que existen variaciones según cultura, nivel socioeconómico, edad y género (Bush y Simmons, 1987; Offer, Ostrov y Howard, 1981). La adolescencia, como período de transición entre la niñez y la adultez, demanda una determinada reorganización como resultado de nuevas interacciones, que se dan con el interés de establecer relaciones extrafamiliares maduras. En este aspecto, el desarrollo de la sexualidad y su práctica son el motor de la exploración del ámbito extrafamiliar, donde el grupo familiar de referencia cede su importancia al grupo social de amigos(as), matizando el significado y establecimiento de la nueva reorganización psicosocial del adolescente. En esta etapa se ensayan y ponen en práctica respuestas de enfrentamiento ante las nuevas situaciones y necesidades sexuales. En tanto que varios problemas cotidianos son resueltos a través de una particular respuesta de enfrentamiento, en la adolescencia es más frecuente que tales problemas, particularmente aquéllos referidos a la sexualidad, en ocasiones requieran de numerosos intentos de enfrentamiento antes de que la situación estresante sea resuelta de manera efectiva. Este interjuego entre estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento está considerado conceptualmente en términos de un proceso, por demás dinámico y multifactorial (Cervantes y Castro, 1985; Lazarus, 1990; Moos, 1984), en el que se han distinguido particularidades según el ámbito cultural, nivel socioeconómico, edad y sexo (Brim y Ryff, 1980).

Los estresores cotidianos en la sexualidad se refieren a las situa-

ciones de la vida diaria que son potencialmente estresantes o conflictivas en torno al desarrollo de la sexualidad del adolescente. De acuerdo con Lazarus (1990), el estrés psicológico se refiere a una clase particular de relación entre la persona y su ambiente, que se torna estresante cuando es percibida como desbordante de los recursos psicológicos personales y sociales, de modo tal que a la persona le representa daño, miedo al daño, o un reto/desafío. Cuando la interacción es evaluada como estresante, se ponen en práctica las respuestas de enfrentamiento, que son los esfuerzos cognoscitivos y conductuales en constante cambio que se desarrollan en respuesta a las demandas específicas internas y/o externas consideradas estresantes (Lazarus y Folkman, 1984).

Desde el punto de vista conceptual, en el estudio del estrés psicosocial se deben contemplar los señalamientos que Lazarus (1990) propone: a) el estrés es un fenómeno principalmente subjetivo, más que objetivo; b) el cual es mejor evaluado ante las situaciones cotidianas que ante los eventos mayores -que también son potencialmente estresantes, pero generalmente son raros y ocasionales-; y c) en las mediciones del estrés psicosocial se deben evaluar el contenido y las fuentes generadoras de las situaciones estresantes, en lugar de sólo el grado. En razón a lo anterior, Lazarus (1990) propone que se deben diseñar escalas particulares para diferentes grupos poblacionales: niños, adolescentes, etc., contextualizados en su entorno sociocultural. Con esta propuesta en mente, la investigación que nos ocupa deriva de estudios anteriores que se llevaron a cabo con el fin de diseñar una escala de estresores psicosociales en torno a la sexualidad de los adolescentes estudiantes en la Ciudad de México, así como para identificar el repertorio de respuestas de enfrentamiento que ponen en práctica ante este tipo de estresores (González-Forteza y Andrade Palos, 1994; González-Forteza, Pick, Collado, Álvarez y Jiménez, 1996).

Básicamente la interacción estrés-respuestas de enfrentamiento ha sido la vinculación central en los modelos teórico-conceptuales, mismos que a su vez se han ido complejizando cada vez más con el interés de aprehender con mayor certeza una realidad psicosocial por demás dinámica (Cervantes y Castro, 1985; Lazarus y Folkman, 1984; Moos, 1984). Sin lugar a dudas, un elemento intrínseco en esta interacción es la evaluación cognoscitiva del encuentro potencialmente disturbador, pues lo que para una persona puede ser sumamente estresante para otra puede no serlo. Esta evaluación fundamentalmente subjetiva deriva de los recursos psicológicos y sociales - como la percepción de apoyo-, los cuales se encuentran estrechamente relacionados, por ejemplo: autoestima - locus de control interno - relación con papá y mamá (González-Forteza y Andrade Palos, 1995).

Además del interés que en sí mismo reviste la interacción estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento, un aspecto fundamental desde la perspectiva teórico-práctica es que se ha observado que tal interacción influye en el estado emocional y físico de las personas, ya sea sobre el bienestar-salud o el malestar-enfermedad (Lazarus, 1990).

Específicamente para el presente trabajo, el eje conceptual que ha guiado la propuesta metodológica y analítica se fundamenta en el *Modelo Multivariado de Estrés* (Cervantes y Castro, 1985) que contempla las propuestas teóricas desarrolladas por Pearlín (1981), Moos (1984) y Lazarus y Folkman (1984, 1990).

Para facilitar la comprensión del Modelo Multivariado de Estrés de Cervantes y Castro, se presenta la Figura 1, en la que se exponen de manera clara y concisa las variables involucradas.

De acuerdo con dicho modelo conceptual, en este trabajo se propone evaluar la interrelación de las partes en su impacto sobre las respuestas de enfrentamiento ante estresores en la sexualidad de los

adolescentes. Así pues, las variables de interés en este trabajo en correspondencia (números romanos) con el modelo conceptual expuesto, para identificar en dicha interrelación el papel que desempeñan los conocimientos-creencias y actitudes hacia los métodos anticonceptivos y el riesgo percibido de contraer VIH/SIDA, son las siguientes:

- I. y II. Estresores en la sexualidad.
- III. Recursos internos-psicológicos: Autoestima.
- IV. Recursos externos -sociales-: Relación con papá y Relación con mamá.
- V. Respuestas de enfrentamiento en categorías: Resolutivas y Reflexivas.

### Objetivo

Debido a la importancia del proceso del estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento para el desarrollo armónico de la sexualidad de los adolescentes, es que el presente trabajo tiene el objetivo de evaluar la relación entre estresores en la sexualidad, autoestima-recurso interno: psicológico-, relación con papá y con mamá -recursos externos: sociales-, y su impacto sobre las respuestas de enfrentamiento, considerando como variables mediadoras los conocimientos, creencias y actitudes hacia los métodos anticonceptivos y el riesgo percibido de contraer VIH/SIDA, verificando si existen diferencias entre los adolescentes hombres y mujeres residentes en una Delegación Política (Coyoacán), ubicada al sur de la Ciudad de México.

### MÉTODO

**Muestreo.** El diseño de la investigación fue transversal y ex-post-facto. Participaron adolescentes entre 13 y 18 años de edad, cuya residencia habitual o temporal al momento de la encuesta en 1994 se encontrara en la Delegación Política de Coyoacán de la Ciudad de México. Se utilizó un diseño de muestreo estratificado, con un esquema de selección de conglomerados en tres

etapas. Las unidades de muestreo en la primera etapa fueron las Áreas Geostadísticas Básicas (AGEB) definidas en el XI Censo General de Población y Vivienda 1990 (CONAPO, 1990). Las unidades de muestreo de la segunda etapa fueron las manzanas (o grupo de ellas) dentro de las AGEB seleccionadas. Las unidades muestrales de la tercera etapa fueron los adolescentes residentes en las viviendas particulares enumeradas dentro de las manzanas seleccionadas. Se levantó un censo para identificar adolescentes residentes en Coyoacán, según Nivel Socio-Económico (NSE) bajo y medio. Una vez completado el censo, se seleccionaron a los adolescentes, cumpliendo también con los criterios de sexo (hombres y mujeres) y rango de edad (13 a 15 y 16 a 18 años), distribuidos proporcionalmente en los NSE bajo y medio. En los casos en que los entrevistados seleccionados por el marco muestral declinaran participar, se tabularía el rechazo y se reemplazaría con base en una nueva selección aleatoria del conglomerado al que representaba.

**Participantes.** La muestra representativa quedó integrada por 800 adolescentes (tabla 1), entre los que predominan los hijos no primogénitos (68%), y las tres cuartas partes vivían con ambos padres casados en primer matrimonio (76%), el resto vivía sólo con un progenitor(a). La mayoría de los adolescentes entre 13 y 15 años de edad no trabajaron en el año anterior a la encuesta (2.7%), mientras que el 15% de aquéllos entre 16 y 18 años tenía un empleo de tiempo completo, sorprendiendo los varones de NSE bajo en que una cuarta parte de ellos trabajaba. Ninguno vivía en condición de pareja.

### Instrumentos.

**a) Estrés psicosocial en la sexualidad.** Escala diseñada a partir de varios estudios piloto para incluir los estresores pertinentes a este tipo de población adolescente -entre 13 y 18 años de edad, de nivel socioeconómico medio y bajo, residentes en la Ciudad de México- (González-Forteza, Salgado de

Snyder y Andrade Palos, 1993). La versión definitiva incluida en la fase final de esta investigación quedó integrada por 17 situaciones potencialmente estresantes vividas en los últimos tres meses referidas a la sexualidad, intimidad e identidad; por ejemplo: inquietudes por las relaciones y contactos sexuales, conflictos con la pareja, necesidad de espacio físico para su intimidad, respeto y aceptación por sus ideas y conceptos propios, etc. La consistencia interna de esta escala fue satisfactoria:  $\alpha=.77$  (en los hombres  $\alpha=.79$  y en las mujeres  $\alpha=.76$ ) (Anexo 1).

**b) Autoestima -recurso interno: psicológico-** Escala diseñada por Rosenberg (1965), integrada por 10 reactivos. Estudios previos llevados a cabo para verificar la adecuación de esta escala en adolescentes mexicanos mostraron resultados aceptables:  $\alpha=.68$  y  $\alpha=.75$  (González-Forteza, 1996; González-Forteza y Rodríguez Ruíz, 1993). En la presente investigación, el coeficiente de consistencia interna fue  $\alpha=.78$  (en hombres  $\alpha=.77$  y en mujeres  $\alpha=.77$ ) (Anexo 1).

**c) Relación con papá y con mamá -recurso externo: social-** Escalas desarrolladas por Climent, Aragón y Plutchick (1989), cada una integrada por 15 reactivos para que el hijo(a) adolescente registre qué tan frecuentemente papá y mamá -o figuras parentales sustitutas- le demuestran afecto y respeto, se comunican con él/ella sobre aspectos importantes del hijo(a), y se interesan en saber con quién sale, a dónde y le establecen límites para regresar a casa. Estas tres dimensiones han sido consistentes en varios estudios con adolescentes mexicanos, y además ambas escalas han demostrado un alto índice de consistencia interna, por arriba de .90 (González-Forteza, y Andrade Palos, 1995). En la muestra de este trabajo la escala de Relación con papá obtuvo un índice de .96 (hombres  $\alpha=.96$  y mujeres  $\alpha=.96$ ), la escala de Relación con mamá .93 (hombres  $\alpha=.91$  y mujeres  $\alpha=.95$ ) (Anexo 2).

**d) Respuestas de enfrentamiento ante estresores en la sexualidad.** Esta escala también fue

diseñada a partir de las experiencias registradas en estudios piloto anteriores (González-Forteza, 1996; González-Forteza y Pick, 1995) para identificar un repertorio de respuestas de enfrentamiento que con frecuencia adolescentes mexicanos ponen en práctica ante uno de los estresores definido y evaluado previamente en la escala de Estrés psicosocial en la sexualidad. Una vez que el/la adolescente define el estresor más significativo se procede a aplicar la escala de Respuestas de enfrentamiento. Las categorías de respuestas de enfrentamiento consideradas en este trabajo son resolutivas y reflexivas (8 reactivos), porque conceptualmente tienen mayor potencial efectivo para enfrentar situaciones estresantes. Las respuestas resolutivas son: *"Intentaste analizar el problema para comprenderlo mejor"*; *"Trataste de hablar con el (la) responsable para hacerle cambiar de opinión"*; *"Hablaste con alguien que podía ayudarte"*; *"Sabías lo que había que hacer y trataste de conseguir que las cosas salieran bien"*; *"Te mantuviste firme y defendiste lo que querías"*; Las respuestas reflexivas son: *"Te pusiste a reflexionar sobre el problema"* y *"Pensaste en las consecuencias del problema"*.

**e) Conocimientos acerca del embarazo, creencias y actitudes ante el uso de métodos anticonceptivos.** Estas escalas fueron diseñadas a partir de preguntas y escalas previamente validadas con adolescentes mexicanos (Pick de Weiss, Atkin, Gribble y Andrade, 1991). Más recientemente, Pick de Weiss, Andrade, Townsend y Givaudán (1994) evaluaron nuevamente la validez y estructura factorial de estas escalas en una muestra de 1,510 adolescentes estudiantes en la Ciudad de México del nivel de educación media superior -10 a 13 años de escolaridad cursados-. Los indicadores contemplados en estas escalas son: a) conducta sexual, para obtener información respecto a si el/la adolescente ha tenido relaciones sexuales; b) conducta anticonceptiva, información que el/la adolescente proporciona respecto a si el/ella o su pareja, han hecho algo para prevenir el embarazo; c)

## RESULTADOS

Con el objeto de evaluar la relación entre las variables involucradas en este trabajo, se llevó a cabo un análisis estructural de ecuaciones para dos muestras (comparando hombres y mujeres) cuyo modelo se muestra en la Figura 1. Con este propósito se empleó el programa EQS versión 5.6 (Bentler, 1995).

En términos generales, el modelo se ajustó de igual forma tanto para hombres como para mujeres ( $X^2_{ab} = 74.347$ ,  $gl = 67$ ,  $p = 0.251$ ,  $CFI = 0.994$ ). La comparación entre los parámetros de una muestra y otra se llevó a cabo con el multiplicador de Lagrange (Tabla 2).

En la Figura 2 se presentan los parámetros obtenidos y la direccionalidad de las asociaciones, según el modelo resultante: unidireccionales y bidireccionales. Las flechas en una dirección indican el efecto de una variable sobre la otra; mientras que las flechas bidireccionales indican una relación entre ambas. Sólo se reportan los parámetros estadísticamente significativos para el modelo resultante en esta muestra de estudio, distinguiendo su denotación gráfica para hombres y mujeres. De este modo se puede observar, entonces, que las relaciones del estrés psicosocial en la sexualidad con autoestima y con la relación con los padres son moderadas e inversamente proporcionales (a mayor autoestima y mejor relación con los padres, menor estrés psicosocial en la sexualidad de los(as) adolescentes y viceversa). En tanto, la relación entre autoestima y relación con los padres es mayor y directamente proporcional (a mayor autoestima, mejor relación y viceversa).

Adicionalmente, los conocimientos acerca del embarazo y las creencias hacia el uso de métodos anticonceptivos de los(as) adolescentes se ven afectados por el nivel de autoestima (mayor autoestima, más conocimientos y mejores creencias) y muy levemente por el estrés en la sexualidad. A su vez, las actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos se ven afectadas por los conocimientos y las creencias de manera directa; y por la relación con los padres, de manera inversa.

En lo que respecta a la forma en que el/la adolescente responde ante sus estresoras en la sexualidad, los factores asociados de manera importante son la relación con los padres y el nivel de conocimientos y creencias de los(as) adolescentes (mejor relación ó más conocimientos y mejores creencias, mayor empleo de respuestas de enfrentamiento resolutivas y reflexivas).

El efecto del nivel de estrés en la sexualidad sobre las respuestas de enfrentamiento fue el único parámetro que resultó con diferencias significativas entre los hombres y las mujeres (Tabla 2). Se observa que en los hombres el efecto del nivel de estrés ante situaciones estresantes de la sexualidad sobre la forma de respuestas resolutivas y/o reflexivas es mayor que para las mujeres.

Finalmente, la percepción del riesgo para contraer VIH/SIDA se observa afectada por los conocimientos sobre el embarazo y las creencias hacia los métodos anticonceptivos y por la relación con los padres (más conocimientos en la sexualidad y/o mejor relación con los padres, menor riesgo percibido).

También fue sometida a prueba la relación entre la autoestima, las actitudes, el riesgo percibido y las conductas de enfrentamiento, al igual que el estrés sexual con las actitudes y el riesgo percibido; pero como lo indica el modelo, éstas no se relacionaron entre sí.

conocimientos sobre embarazo y anticoncepción, registro de conocimientos que el/la adolescente tiene sobre el embarazo, los métodos anticonceptivos, uso de éstos, así como creencias erróneas sobre estos temas; y d) percepción de acceso hacia los métodos anticonceptivos y uso de los mismos, para evaluar la percepción del/la adolescente respecto a la facilidad para obtener anticonceptivos y qué tan efectivo es su uso (Anexo 3).

**f) Riesgo percibido para contraer VIH/SIDA.** Escala integrada por 19 reactivos para evaluar la percepción que el adolescente tiene

acerca de qué tan riesgosas considera algunas conductas para contagiarse de VIH/SIDA; en las respuestas a estos reactivos está implícito el conocimiento acerca de las vías de contagio de esta enfermedad (Villagrán-Vázquez, 1993) (Anexo 4).

**Procedimiento.** Ocho entrevistadores(as) llevaron a cabo las entrevistas en los hogares previstos, contando con la autorización de algún progenitor(a) o tutor(a). Aún así, la participación de los(as) adolescentes fue voluntaria, habiéndoles garantizado absoluto anonimato y confidencialidad en el manejo de la

información. Por su parte, los ocho entrevistadores fueron seleccionados a partir de un curso de entrenamiento que tuvo como objetivo desarrollar habilidades para entrevistar adolescentes y sensibilidad para abordar temas íntimos con cautela y sencillez. Una vez recabada la información y bajo rigurosa supervisión de campo, la información de las entrevistas fue codificada y registrada en cómputo para el procesamiento estadístico de los datos.

Figura 1. Modelo multivariado de estrés (Cervantes y Castro, 1985)

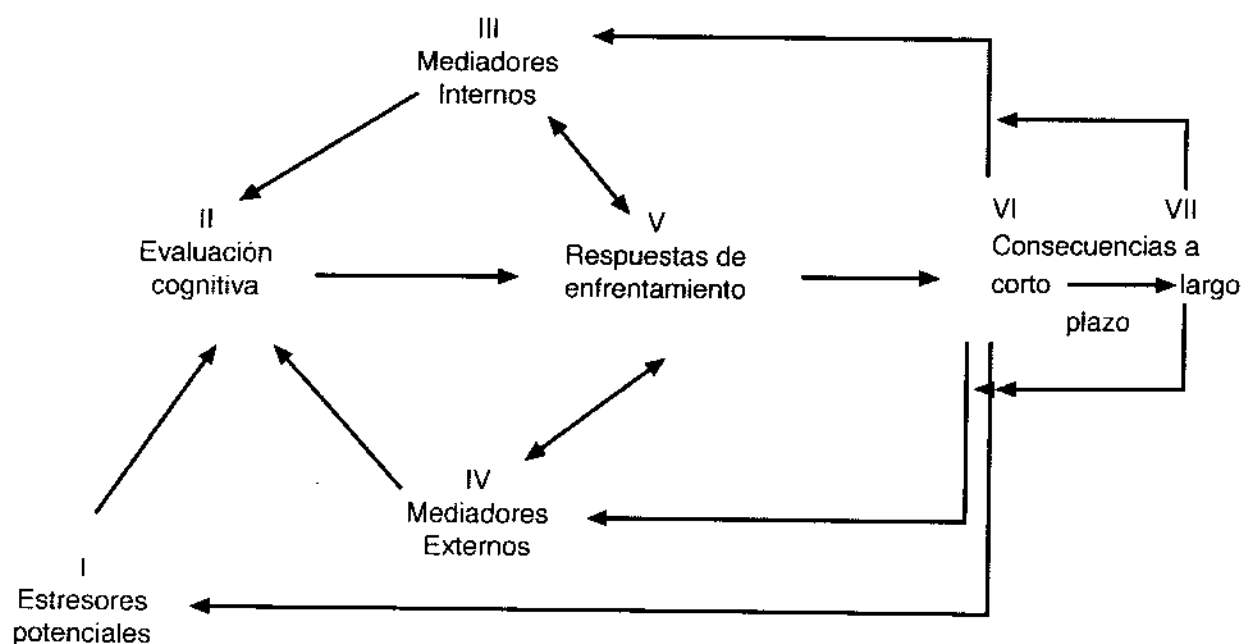


Tabla 1. Distribución de la muestra

NIVEL SOCIO-ECONÓMICO	BAJO (n=459)				MEDIO (n=341)			
	13-15 (n=200)		16-18 (n=259)		13-15 (n=147)		16-18 (n=194)	
SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M
	95	105	120	139	74	73	93	101

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

México es un país de niños y jóvenes. Eternod Arámburu (1996) señala que del 68.2% de la población total, estimada en 91,120,433 personas, el 38.6% son niños entre 0 y 14 años de edad y el 29.6% son jóvenes entre 15 y 29 años. Esta distribución demográfica evidencia la necesidad de orientar esfuerzos de investigación y estrategias de prevención en las problemáticas de los niños y adolescentes. No cabe duda que todas las etapas de vida ameritan atención, pero es incuestionable el hecho de que mientras más oportunas, adecuadas y eficaces resulten las intervenciones y programas de educación para la salud, mejores serán las consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

La sexualidad de los adolescentes es un elemento muy importante e insoslayable para su desarrollo. Entendida la sexualidad en su más amplia connotación, en la que se conjuntan los aspectos biológicos, psicológicos y sociales es que las propuestas de prevención y de educación se comprenden entonces desde una perspectiva integral. Además del empuje que tiene la base de la pirámide poblacional de México, la capacidad reproductiva de los púberes cada vez es más temprana, y los adolescentes inician también cada vez más pronto su vida sexual activa (Aguilar, 1995). Estas dos condiciones involucran una demanda de educación y representan un reto para la prevención de dos problemáticas latentes: el embarazo adolescente y la transmisión de enfermedades sexualmente transmisibles y el VIH/SIDA (aunque existan otras vías de contagio).

En muchos países el tema de la sexualidad en la adolescencia y la salud reproductiva sigue siendo políticamente delicado y los servicios de salud reproductiva y la información al respecto no llegan a la mayoría de los adolescentes (UNFPA, 1999).

La educación en la salud sexual generalmente retrasa el inicio de la vida sexual activa entre los jóvenes y les ayuda a evitar comportamientos de riesgo cuando comienzan a tener relaciones sexuales.

La educación sexual surge entonces como un recurso emergente para contrarrestar la falta de información, los mitos y prejuicios dominantes, y las confusiones en la planeación de la vida y en la toma de decisiones de los(as) adolescentes (Aguilar, 1995). Al respecto, una sensible aportación de este trabajo es la intersección de dos grandes rubros de los estudios de la sexualidad: a) conocimientos, actitudes y patrones de conducta respecto al ejercicio de la sexualidad; y b) la influencia de contextos sociales, familiares e individuales, al evaluar el impacto del estrés psicosocial en la sexualidad y las respuestas de enfrentamiento, fungiendo como mediadores en este proceso: la autoestima -como recurso psicológico- y la relación con los padres -como recurso social-.

Más allá de toda especulación, los resultados de este trabajo muestran la importancia de incorporar en los programas de educación para la sexualidad responsable y para la vida de los(as) adolescentes, los componentes

para contrarrestar la mala información y desmitificar creencias erróneas. Este elemento de educación es fundamental. Por un lado, contribuye a disminuir el estrés en situaciones potencialmente conflictivas en torno a la sexualidad y, por el otro, fortalece el uso de respuestas de enfrentamiento resolutivas y reflexivas así como en aminorar el riesgo percibido para contraer VIH/SIDA.

La promoción de investigaciones que provean de elementos para diseñar con fundamento estrategias de educación y prevención, y la evaluación de estas estrategias son un compromiso y un reto para los(as) profesionales y la sociedad en general.

Por los resultados obtenidos, la autoestima es uno de los recursos psicológicos de gran valor, y esto no es sorprendente; de hecho, la autoestima se reconoce como una característica protectora del malestar emocional y, para el caso del presente trabajo, se configura como un componente que fortalece un clima propicio para "germinar" conocimientos y creencias adecuados hacia el uso de métodos anticonceptivos adecuados. El aspecto que en este trabajo es relevante es que, tanto para los varones como para las mujeres, esta característica está significativamente asociada con la relación de los padres (progenitores o figuras parentales sustitutas). Las dimensiones consideradas fueron: afecto, comunicación y control -interés en los encuentros sociales de su(s) hijo(a)(s)-. Además, la autoestima estuvo también relacionada con quienes tenían mejores niveles de educación en la sexualidad (conocimientos y creencias).

Respecto a la relación inversa en ambos sexos en torno a que a mejor relación con papá y con mamá, menor tendencia al uso de métodos anticonceptivos, aunque pareciera paradójico, esto quizás resulta consonante con los mensajes que les transmiten sus padres/madres acerca de dicho uso, en aras de postergar el inicio de la vida sexual activa, como lo señala Deborah Tolman en su estudio con 148 mujeres adolescentes acerca de sus prácticas sexuales y sus convenciones sobre el romance, la ideología y los antecedentes demográficos (Toman, 2001).

Es importante reconocer que las estrategias de promoción y prevención para la salud se pueden insertar en los sistemas educativos formales e informales. En los primeros se responsabiliza a los planteles escolares; en los segundos a la familia y los medios masivos de comunicación, entre otros. Conviene señalar que ambos sistemas de educación tienden a sostener y perpetuar los roles tradicionales de género asignados a los hombres y a las mujeres. El reto, entonces, es crear y llevar a cabo estrategias educativas libres de contenidos sexistas. Asimismo, el foco de atención no sólo se recomienda en el/la adolescente misma, sino también en su entorno emocional más significativo: amigos(as), padres, pareja, etc. Tales acciones requieren de equipos multi y transdisciplinarios, reconociendo que el proceso adolescente es por demás dinámico.



- Aguiar, J.A. (1995). Educación de la sexualidad en la adolescencia: métodos y contenidos. En: *Antología de la Sexualidad*. Vol. I. México: Eds. M. A. Paríja y CONAPO: 765-795.
- Bentler, P.M. (1995). *Structural Equations Program Manual*. Encino, California: Multivariate Software, Inc.
- Birm, O.G., y Ryll, C.D. (1980). On the properties of the life events. En: P.B. Baltes y O.G. Birm (Eds.), *Life span development and behavior*. Vol. 3. Nueva York: Academic Press: 357-388.
- Avih, D.M., & Simons, R.G. (1987). Gender and coping with the entry into early adolescence. In: Barnett, R.C.; Bonora, C.; Baruch, G. (Eds.), *Gender & Stress*. Nueva York: The Free Press.
- Carreaga, G.; Figueroa, J.G.; Mejía, C. (1996). *Ética y salud reproductiva*. Ed. Miguel Ángel Paríja, Programa Universitario de Estudios de Género: México.
- Cavonius, R.C., Castro, T.O. (1985). Stress, coping and Mexican American Mental Health: A systematic review. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 7 (1): 1-73.
- Climent, C.E., Aragón, I.V. & Purck, R. (1989). Predicción del riesgo de uso de tragos por parte de estudiantes de secundaria. *Bol. of Sanit. Panam.*, (0716), 568-576.
- CONAPO: Cons. Nal. de Población (1990). *Sisa de Gobernación. Programa Nacional*. México, CONAPO.
- DIF (1992). *Resultados Generales de la Encuesta nacional sobre necesidades, intereses y costumbres en adolescentes hispanoamericanos en planteles escolares*. DIF, México.
- Francis Arámbula, M. (1996). Los jóvenes en México. Una aproximación en cifras. En: *Revista de Estudios sobre Juventud*. CENES. Comité de investigación y estudios sobre juventud. Cuarta Época. Año 1 (1): 12-23.
- GIRE (2001). *Derechos reproductivos: Embarazo adolescente*. <http://www.gire.org.mx/derechos>.
- González-Forteza, C. (1996). *Factores protectores y de riesgo de depresión e ideas de suicidio en adolescentes*. Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- González-Forteza, C. & Rodríguez Ruiz, E. (1993). Autoestima y sintomatología depresiva en adolescentes mexicanos: un estudio correlacional por género. *Revista ABPAPAI*, 15 (2): 59-63.
- González-Forteza, C., Salgado de Snyder, N., & Andrade Palos, P. (1993). Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. *Salud Mental*, 16(3): 16-21.
- González-Forteza, C., Andrade Palos, P. (1994). Estrés en adolescentes: manifestación, appraisal e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 40 (2): 156-163.
- González-Forteza, C., Andrade Palos, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18 (4): 41-48.
- González-Forteza, C., & Pick, S. (1995). *Estrés y respuestas de enfrentamiento en la sexualidad de los adolescentes*. Proyecto 91172 BSDA México. En: *Reporte Final*. Organización Mundial de la Salud.
- González-Forteza, C., & Pick, S., Collado, M.E.; Álvarez, M. & Jiménez, A. (1996). Estrés en la sexualidad de los adolescentes y su forma de enfrentarlos. Un estudio comparativo en México. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 42 (1): 43-49.
- Huerfano-Franco, R.; Díaz de León, J.; Malacara, J.M. (1996). Knowledge and attitudes toward sexuality in adolescents and their association with the family and other factors. *Adolescence*, XXXI (121): 79-191.
- INEGI/UNIFEM. (1995). *La mujer mexicana. un balance estadístico al final del siglo XX*. México.
- Instituto Nacional de la Juventud (2001). *Sexualidad. Caminos hacia la equidad*. Material Educativo. Reflexionando sobre jóvenes y Género, México.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer. En español: (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (1990). Theory based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1 (1): 3-13.
- Morroy, A. (1995). La sexualidad en la adolescencia. En: *Antología de la Sexualidad*. Vol. I. México: Eds. Miguel Ángel Paríja y CONAPO. 693-730.
- Meas, R.H. (1984). Context and coping. Toward a unifying conceptual framework. *Am. J. Community Psychol.*, 12(1): 5-36.
- Network (1997a). Salud de la reproducción de los adolescentes. *Primavera*, 17(3): 1-4.
- Network. (1997b). Las presiones influyen en el uso de anticonceptivos. *Primavera*, 17(3): 5-9.
- Offer, D., Osoy, E. & Howard, K.I. (1981). *The adolescent. A psychological self-portrait*. Nueva York: Basic Books.
- Pearlín, L., Lieberman, M.A.; Menaghan, E.G. & Mullan, J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22:337-356.
- Pick de Weiss, S.; Aikiri, L.C.; Gribble, J.N. & Andrade, P. (1991). Sex, contraception, and pregnancy among adolescents in Mexico City. *Studies in Family Planning*, 22 (2): 74-82.
- Pick de Weiss, S., Andrade, P., Townsend, J. & Givaudán, M. (1994). Evaluación de un Programa de Educación Sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes. *Salud Mental*, 17 (1): 25-31.
- Rodríguez-Ramírez, G. (1996). Sexualidad juvenil. En: Pérez Islas, J.A. y Maldonado Ortapeza, E.P. *Jóvenes: Una evaluación del conocimiento. la investigación sobre juventud en México*. México, D.F., Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud: 90-149.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Secretaría de Salud (1996). *Registro Nacional de Casos de SIDA*. Dirección General de Estadística, México.
- SSJ Jalisco (2001). *La salud de los jóvenes*. Secretaría de Salud de Jalisco. <http://www.ssjjalisco.gob.mx/mensajud/tema-rol/ca03000.html>.
- Tolman, D. (2001). La femineidad como barrera a una salud sexual positiva en mujeres adolescentes. *Journal of American Medicine Women Association*, 54(3): 133-138.
- UNFPA (1999). Estado de la población mundial. En: *Salud Reproductiva y derechos Reproductivos. Información y servicios para adolescentes*. Capítulo 3. United Nations Population Fund. <http://www.unfpa.org>.
- Vilagrán-Vázquez, G. (1993). *Hacia un modelo creativo de la percepción de riesgo y uso de condón*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM, México.

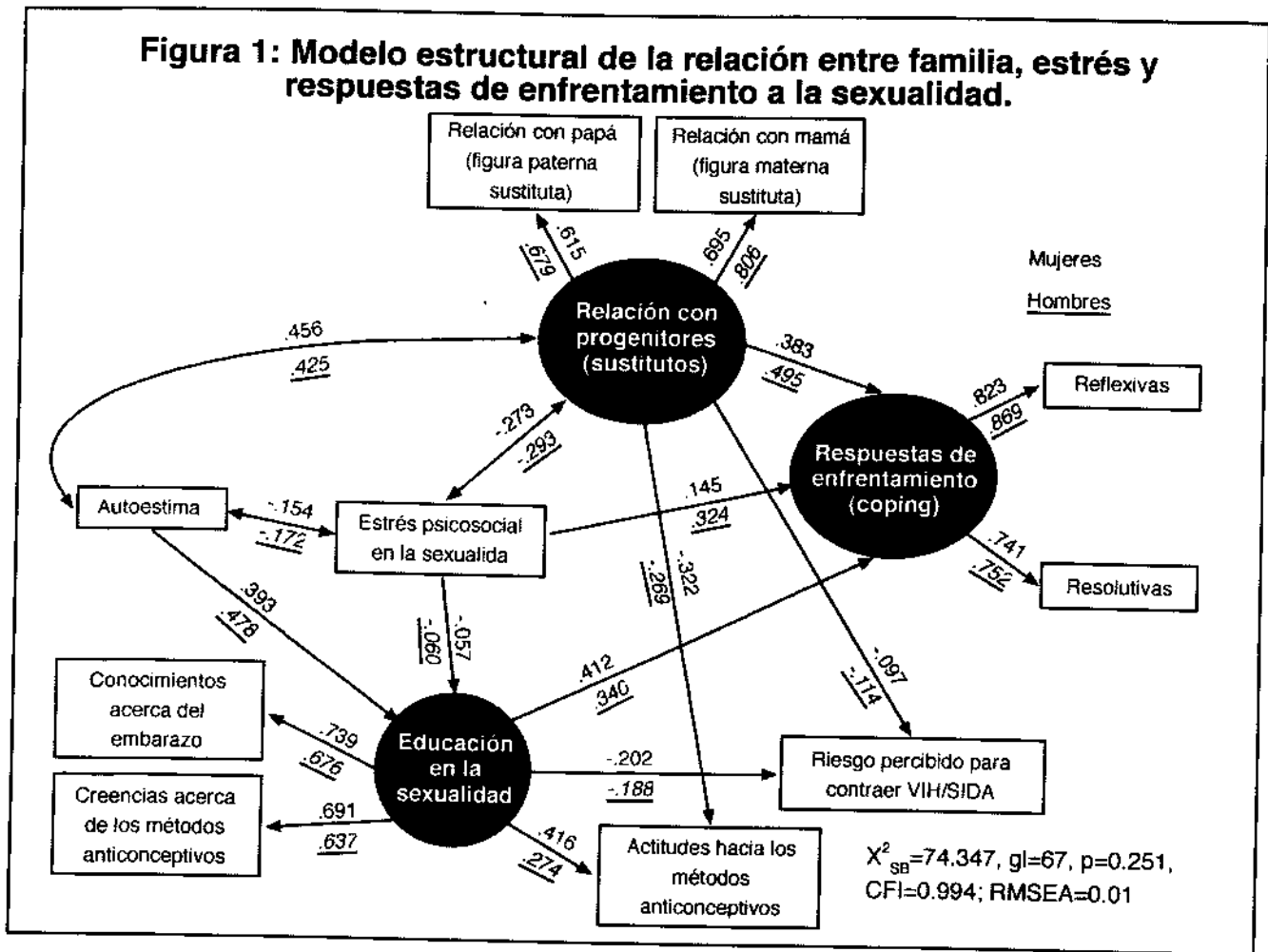
## Notas

1 Este trabajo se llevó a cabo gracias al financiamiento de la Organización Mundial de la Salud (Task Force for Social Science Research on Reproductive Health. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction- Proyecto 91172 BSDA México). "Estrés, y respuestas de enfrentamiento en la sexualidad de los adolescentes".

2 Se entiende por salud reproductiva a la condición en la que el proceso reproductivo se alcanza en un estado de bienestar físico completo, mental y social y no solamente como ausencia de enfermedad o desórdenes en el proceso reproductivo. Implica que las personas tengan la habilidad de reproducirse, de regular su fertilidad y de practicar y disfrutar las relaciones sexuales. Asimismo, considera que las mujeres tengan embarazos y partos seguros, que la regulación de la fertilidad se logre sin peligro para la salud y que las personas tengan la seguridad al ejercer la sexualidad (Carreaga, Figueroa y Mejía, 1996).



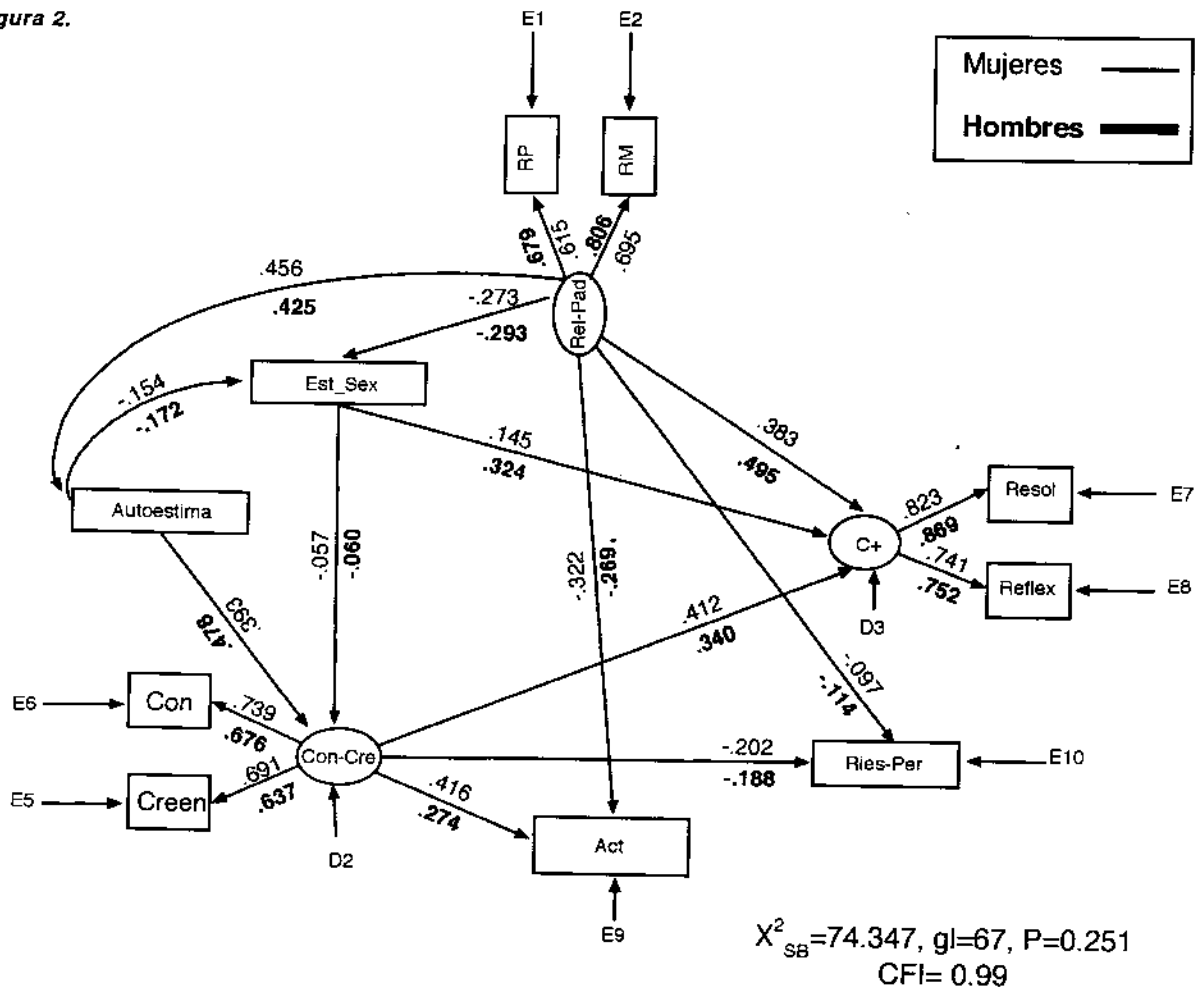
**Figura 1: Modelo estructural de la relación entre familia, estrés y respuestas de enfrentamiento a la sexualidad.**



**Tabla 2. Parámetros comparando hombres y mujeres, utilizando el multiplicador de Lagrange**

	$\chi^2$	Prob.
Relación con padres → Relación con papá	0.020	0.888
Resp. de enfrentamiento → Resolutivas	0.258	0.611
Educación en sex. → Creencias	2.137	0.144
Educación en sex. → Actitudes	0.051	0.821
Relación con padres → Actitudes	1.014	0.314
Educación en sex. → Riesgo VIH/SIDA	1.678	0.195
Relación con padres → Riesgo VIH/SIDA	1.153	0.283
Estrés en sexualidad → Educación en sex.	1.000	0.317
Autoestima → Educación en sex.	0.142	0.707
Educación en sex. → Resp. enfrentamiento	0.644	0.422
<b>Estrés en sex. → Resp. enfrentamiento</b>	<b>6.480</b>	<b>0.011</b>
Estrés en sex. → Autoestima	0.048	0.827
Estrés en sex. → Relación con padres	2.842	0.092
Autoestima → Relación con padres	0.603	0.438

Figura 2.



### Nomenclatura de la Figura 2

Est_Sex	Estrés psicosocial en la sexualidad
Autoestima	Autoestima
Tel_Pas	Relación con progenitores (sustitutos)
RP	Relación con papá (figura paterna sustituta)
RM	Relación con mamá (figura materna sustituta)
Con_Cre	Educación en la sexualidad
Con	Conocimiento acerca del embarazo
Creen	Creencias acerca de los métodos anticonceptivos
Act	Actitudes hacia los métodos anticonceptivos
C+	Respuestas de enfrentamiento ('coping')
Resol	Resolutivas
Reflex	Reflexivas
Ries_Per	Riesgo percibido para contraer VIH/SIDA

## ANEXO 1

### ESTRÉS PSICOSOCIAL EN LA SEXUALIDAD

NOTA: Las siguientes preguntas se refieren a tu novio o pareja actual o más reciente.

1. Tu novio(a) ha sido muy celoso(a).
2. Tu novio(a) ha preferido más a sus amigos(as) que a ti.
3. Te has sentido confundido(a) en el papel que desempeñas en tu relación de pareja.
4. Tu novio(a) o pareja ha intentado abusar sexualmente de ti.
5. Te has sentido insatisfecho(a) respecto al tiempo que pasas con tu novio(a) o pareja.
6. Te ha faltado un espacio para estar con tu novio(a) o pareja a solas.
7. Tu novio(a) o pareja ha querido imponerte decisiones, pensamientos o una forma de ser.
8. Tu novio(a) pareja te ha presionado a tener contactos íntimos o relaciones sexuales.
9. Te ha faltado espacio en tu casa para tu privacidad.
10. Has tenido prejuicios que te impiden gozar de satisfacción sexual.
11. Te has sentido inconforme por ser hombre o mujer (según el caso).
12. Te has detenido a tener contactos íntimos o relaciones sexuales por temor al desprestigio y a las consecuencias emocionales.
13. Te has detenido a tener contactos íntimos o relaciones sexuales por temor al embarazo o a contraer enfermedades venéreas o SIDA.
14. Has estado inconforme con tu rol sexual (masculino o femenino, según el caso).
15. Te has sentido presionado(a) a seguir valores morales con los que no estás de acuerdo.
16. Te ha sido difícil expresar tus valores frente a los demás.
17. Has sentido que tus valores morales te impiden ejercer tu sexualidad.
18. Te han impuesto actividades religiosas con las que no estás de acuerdo.

### AUTOESTIMA

1. Siento que soy una persona de confianza, al menos como los demás.
2. Siento que tengo buenas cualidades.
3. Estoy inclinado(a) a sentir que soy un fracaso.
4. Soy capaz de hacer tan bien las cosas como los demás.
5. Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso(a).
6. Tomo una actitud positiva hacia mí mismo(a).
7. En general, estoy satisfecho(a) de mí mismo(a).
8. Desearía poder tener más respeto para mí mismo(a).
9. A veces me siento inútil.
10. A veces pienso que no soy bueno(a).

## ANEXO 3

### CONOCIMIENTOS ACERCA DEL EMBARAZO

1. ¿Se puede embarazar a una mujer de otra forma que no sea teniendo relaciones sexuales? (excepto inseminación artificial).
2. ¿Se puede embarazar a una mujer aunque no se excita (caliente) en el acto sexual?
3. ¿Se puede embarazar a una mujer por ir a un baño público?
4. Si una mujer se lava sus genitales después de tener relaciones sexuales, ¿crees que evitaría embarazarse?
5. Si el hombre saca el pene (su miembro) antes de venirse, ¿se puede embarazar la mujer?
6. ¿Tú te puedes embarazar aunque sólo tuvieras relaciones sexuales de vez en cuando?
7. ¿Crees que el periodo más seguro para que la mujer evite embarazarse es a la mitad del ciclo menstrual?
8. ¿Se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales?
9. ¿Se puede embarazar una mujer por meterse en una alberca?

### CREENCIAS ACERCA DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ¿Crees que los métodos para evitar el embarazo causan enfermedades en las mujeres/hombres?
2. ¿Crees que sea probable que si una mujer toma pastillas para evitar el embarazo ya no pueda tener hijos nunca más?
3. ¿Se deben tomar las pastillas anticonceptivas a diario, aunque no se tengan relaciones sexuales muy seguido?
4. ¿Es cierto que si la mujer toma una pastilla después de haber tenido relaciones sexuales evita el embarazo?
5. ¿Crees que si un(a) hombre/mujer usa algo para no embarazar/embarazarse, el/la hombre/mujer ya no va a querer acostarse con él/ella?
6. ¿Les gusta a los hombres usar métodos anticonceptivos?
7. ¿Puede servir un sólo condón para dos o tres relaciones sexuales?

### ACTITUDES HACIA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. Si quisieras conseguir algo para evitar el embarazo, ¿buscarías la forma de conseguirlo?
2. ¿Dejarías de usar anticonceptivos si tu mamá/papá se enterara?
3. ¿Has platicado acerca de anticonceptivos con tu pareja?
4. ¿Están de acuerdo tú y tu pareja acerca de quién debe tener la responsabilidad del uso de anticonceptivos?
5. ¿Se molesta tu pareja si no te quieres acostar con él/ella?
6. ¿Crees que el hombre es el que debe cuidarse para no embarazar a la mujer?
7. ¿Crees que el hombre puede confiar en que la mujer se encargue de usar anticonceptivos?

### ANEXO 3

#### CONOCIMIENTOS ACERCA DEL EMBARAZO

1. ¿Se puede embarazar a una mujer de otra forma que no sea teniendo relaciones sexuales? (excepto inseminación artificial).
2. ¿Se puede embarazar a una mujer aunque no se excite (caliente) en el acto sexual?
3. ¿Se puede embarazar a una mujer por ir a un baño público?
4. Si una mujer se lava sus genitales después de tener relaciones sexuales, ¿crees que evitaría embarazarse?
5. Si el hombre saca el pene (su miembro) antes de venirse, ¿se puede embarazar la mujer?
6. ¿Tú te puedes embarazar aunque sólo tuvieras relaciones sexuales de vez en cuando?
7. ¿Crees que el período más seguro para que la mujer evite embarazarse es a la mitad del ciclo menstrual?
8. ¿Se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales?
9. ¿Se puede embarazar una mujer por meterse en una alberca?

#### CREENCIAS ACERCA DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ¿Crees que los métodos para evitar el embarazo causan enfermedades en las mujeres/hombres?
2. ¿Crees que sea probable que si una mujer toma pastillas para evitar el embarazo ya no pueda tener hijos nunca más?
3. ¿Se deben tomar las pastillas anticonceptivas a diario, aunque no se tengan relaciones sexuales muy seguido?
4. ¿Es cierto que si la mujer toma una pastilla después de haber tenido relaciones sexuales evita el embarazo?
5. ¿Crees que si un(a) hombre/mujer usa algo para no embarazar/embarazarse, el/la hombre/mujer ya no va a querer acostarse con él/ella?
6. ¿Les gusta a los hombres usar métodos anticonceptivos?
7. ¿Puede servir un sólo condón para dos o tres relaciones sexuales?

#### ACTITUDES HACIA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. Si quisieras conseguir algo para evitar el embarazo, ¿buscarías la forma de conseguirlo?
2. ¿Dejarías de usar anticonceptivos si tu mamá/papá se enterara?
3. ¿Has platicado acerca de anticonceptivos con tu pareja?
4. ¿Están de acuerdo tú y tu pareja acerca de quién debe tener la responsabilidad del uso de anticonceptivos?
5. ¿Se molesta tu pareja si no te quieres acostar con él/ella?
6. ¿Crees que el hombre es el que debe cuidarse para no embarazar a la mujer?
7. ¿Crees que el hombre puede confiar en que la mujer se encargue de usar anticonceptivos?

### ANEXO 4

#### RIESGO PERCIBIDO PARA CONTRAER VIH/SIDA

**¿Qué tan grande consideras que es el riesgo de contagiarse del virus del SIDA por realizar las siguientes actividades?**

1. Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA
2. Jugar con un niño que tiene SIDA.
3. Atenderse en una clínica dental o de salud en la que se atiende gente con SIDA
4. Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA.
5. Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA, aunque se use preservativo (condón).
6. Masturbación mutua (estimularse uno al otro para tener un orgasmo) con una pareja ocasional.
7. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional, aunque se use preservativo (condón)
8. Sexo oral con alguien que no conoces.
9. Tener relaciones anales sin usar el preservativo (condón) con una pareja ocasional.
10. Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo (condón).
11. Usar baños públicos
12. Nadar en albercas públicas.
13. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo (condón)
14. Intercambiar jeringas para drogarse con heroína, cocaína, etc.
15. Usar una jeringa o aguja usada por otra persona, sin haberla esterilizado previamente.
16. Donar sangre.
17. Recibir una transfusión sanguínea en el hospital
18. Tener relaciones sexuales usando preservativo (condón) con una persona que se inyecta drogas
19. Tener relaciones sexuales con muchas personas .