



Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

Maestría en Salud Pública

**Normas de Género y Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes Varones
de un Bachillerato Técnico de Villa de Pozos, San Luis Potosí.**

Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

PRESENTA:

Jaime Verduzco López

DIRECTOR:

Dr. Nicholas Timothy Kaufmann

San Luis Potosí, San Luis Potosí, Octubre 2020



Normas de Género y Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes Varones de un Bachillerato Técnico de Villa de Pozos, San Luis Potosí por Jaime Verduzco López se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Agradecimientos y Dedicatoria

Quiero comenzar agradeciendo a los jóvenes del Bachillerato Técnico de Villa de Pozos, que me permitieron conocerlos, y comprender mejor su realidad. Por su disposición y facilidad para llevar a cabo esta investigación que abona en el estudio de las masculinidades y la salud sexual y reproductiva adolescente.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por haberme dado la oportunidad de ser becario de un programa nacional de calidad. Por supuesto a mis amigos y compañeros de maestría, de manera muy especial, aquellos que estuvieron conmigo cuando más lo necesité. A profesores y profesoras, administrativos (as) y colegas de la UASLP que durante estos dos años, compartimos experiencias en este espacio universitario. A Eduardo Ibarra y Alejandro Ortiz por su interés siempre en mi formación.

A Emilio, mi motivación constante en esta etapa, mi alegría y mi propósito de vida. A Kari, mi compañera de vida por su paciencia, apoyo, cariño y comprensión durante todo este tiempo. A Nicholas, por su acompañamiento académico y la disposición para escucharme siempre. Por la motivación que me inspira en la utopía de convertirnos en hombres más empáticos y menos distantes, gracias a su familia también que me hicieron sentir siempre como un miembro más.

Finalmente, esta tesis de maestría la dedico con todo el amor a mis padres Luis y Ángeles, y mi hermano Luis. Mi total agradecimiento en ésta y todas las etapas de mi vida. Se que sin ellos, no hubiera podido culminar esta etapa.

Resumen

Objetivo. Conocer la situación de salud sexual y reproductiva y su relación con las normas tradicionales de género en varones adolescentes en un bachillerato técnico de una zona semi-urbana en la delegación de Villa de Pozos, San Luis Potosí.

Metodología. Se utilizó la escala GEM ¹ para identificar actitudes no equitativas de género en varones jóvenes, así como un cuestionario de Salud Sexual y Reproductiva. Se analizaron frecuencias de los principales problemas de salud sexual y reproductiva y de actitudes no equitativas de género, además, mediante la prueba Ji cuadrada, se evaluaron asociaciones entre dichas variables. **Resultados.**

La muestra estuvo conformada por 78 estudiantes varones, con una media de edad de 17 años. El 63% de los varones refirió haber tenido relaciones sexuales con una media en el inicio de 15.4 años. En ese sentido, el 38% de los varones utilizó condón en la última relación sexual. Por otra parte, se encontró que, conforme se avanza en el nivel de estudios, disminuyen las creencias no equitativas de género relacionadas con la violencia hacia la mujer. Además, el 33% de los varones refirieron que es el hombre quien debe decidir la forma de tener relaciones sexuales, mientras que el 66% de ellos, no usó condón en la última relación sexual.

Discusión. Si bien los resultados de este estudio indican que una buena parte de los varones han utilizado el condón, es conveniente mencionar que existen algunos riesgos potenciales que tendrían un impacto en su salud sexual, entre los que se encuentran: poca comunicación con su pareja y familiares, insuficiente información de su salud sexual y una escasa presencia en los servicios de salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: Salud pública, varones. adolescencia, salud sexual y reproductiva.

Abstract

Objective. To describe the sexual and reproductive health situation and its relationship to traditional gender norms in adolescent boys in a technical high school in a semi-urban area in San Luis Potosi. **Methodology.** The GEM ¹ scale was used to identify inequitable gender attitudes in young men, as well as a Sexual and Reproductive Health questionnaire. Frequencies of the main sexual and reproductive health problems and non-gender-equitable attitudes were analyzed, and associations between these variables were evaluated using the Chi-square test. **Results.** The sample was made up of 78 male students, with a mean age of 17 years. 63% of the males reported having had sexual relations with an average age of 15.4 years. 38% of the men used a condom at their last sexual encounter. On the other hand, it was found that, as one advances in the level of studies, non-gender-equitable beliefs related to violence against women decrease. In addition, 33% of men reported that it is the man who should decide how to have sex, while 66% of them did not use a condom at last sex. **Discussion.** Although the results of this study indicate that a good number of men have used a condom, it is worth mentioning that there are some potential risks that would have an impact on their sexual health, among which are: little communication with their partner and family members, insufficient information on their sexual health, and a scarce presence in sexual and reproductive health services.

Key words: Public health, men, teenagers, sexual and reproductive health.

ÍNDICE

Agradecimientos y Dedicatoria	i
Resumen.....	ii
Abstract.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	1
I. JUSTIFICACIÓN	4
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 SALUD ADOLESCENTE.....	9
2.1.1 Panorama de la salud adolescente	10
2.1.2 Comportamientos de riesgo en la adolescencia.....	11
2.1.3 Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes Varones	11
3.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	14
3.1.1 Conceptualización	14
3.1.2 Introducción al estudio de la salud sexual y reproductiva en adolescentes varones.....	15
3.1.2.1 Auto-cuidado	15
3.1.2.2 Necesidades en materia de salud sexual y reproductiva en adolescentes varones.....	16
3.1.2.3 Educación sexual y habilidades para la vida	16
3.1.3 Experiencias de sexualidad entre adolescentes varones	17
3.1.3.1 Inicio de Vida Sexual	17
3.1.3.2 Métodos anticonceptivos.....	18
3.1.3.2.1 Conocimientos, Actitudes y Prácticas.....	18
3.1.3.4 Infecciones de Transmisión Sexual.....	21
3.1.3.4.1 Factores relacionados con comportamientos de riesgo	22
4. 1 NORMAS DE GÉNERO Y SEXUALIDAD EN VARONES	24
4.2 Modelos hegemónicos y tradicionales de la masculinidad en la Salud Sexual y Reproductiva	25
4.3 Masculinidad.....	27
4.4 Género y estructura social.....	27
4.5 Género y Salud	28
4.6 Normas tradicionales de género y sexualidad en varones	32
5.1 LA IMPORTANCIA DEL TAMIZAJE	34
5.3 La importancia de realizar el diagnóstico.....	35

5.4 Protagonistas del diagnóstico	35
III. HIPÓTESIS	38
IV. OBJETIVOS.....	39
V. METODOLOGÍA.....	40
5.1 Diseño	40
5.2 Muestra	40
5.3 Criterios de inclusión.....	40
5.4 Operacionalización de variables	41
5.5 Instrumentos.....	42
5.6 Procedimiento	42
VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	43
VII. RESULTADOS	44
VIII. DISCUSIÓN.....	73
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	85
ANEXOS.....	91

INTRODUCCIÓN

Desde la Conferencia de Población y Desarrollo en el Cairo, Egipto, ² en la que se estableció: “el objetivo es promover la igualdad de los géneros en todas las esferas de la vida, incluyendo la vida familiar y comunitaria, y promover y capacitar a los hombres para que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y de sus roles sociales y familiares”, se ha mostrado un interés particular por la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) de los varones en el mundo en beneficio de las niñas, mujeres y de ellos mismos.

De manera particular, al experimentar procesos de adaptación biológica, psicológica y social, los varones adolescentes a menudo inician su vida sexual mediante comportamientos de riesgo que podrían tener un impacto importante en su salud sexual y reproductiva y la de las personas con quienes interactúen.

Los comportamientos de riesgo, relacionados a la sexualidad, se caracterizan por conductas específicas del periodo de la adolescencia que amenazan la construcción de una sexualidad sana, y que afectan la dimensión biológica (no utilizar métodos anticonceptivos, inicio precoz, promiscuidad, consumo de sustancias), psicológica (poca/deficiente información y comunicación), y psicosocial (abuso sexual, embarazos no planeados) ³

Desde la Salud Pública, se considera de suma importancia realizar estrategias que contemplen los escenarios donde se desarrollan los comportamientos de riesgo en adolescentes, para identificarlos y prevenirlos tempranamente ⁴

Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, residen en México alrededor de 13.7 millones de adolescentes de 12 a 17 años, de los cuales 6.7 millones son hombres y 6.5 millones mujeres, lo que representa 34% de la población total de menores de 18 años en el país. Además, los datos muestran que 26% de esta población habita en zonas rurales y 74% en zonas urbanas o semiurbanas ⁵.

En relación al ejercicio de su sexualidad, las tasas de fecundidad en éste grupo poblacional han cambiado, por ejemplo: de 81.4 nacimientos en 1992, a 69.5 en 2009 por cada 1000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años. Asimismo, en el año 2014 la tasa tuvo incremento de 77.04 nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes en ese rango de edad. En ese sentido, los estudios muestran también que del total de varones adolescentes que iniciaron vida sexual, el 14.7% no utilizó ningún método anticonceptivo ⁶.

Además, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ⁷ muestran que el 80.6% de los hombres entre 12 y 19 años utilizó condón durante su primera relación sexual, situación que muestra que, si bien una mayoría hace uso de métodos

anticonceptivos, no sabemos si existe un conocimiento claro e informado sobre su uso.

No obstante, se sabe relativamente poco acerca del comportamiento de los varones en función de su salud sexual y reproductiva, de su actitudes y prácticas en relación a los comportamientos asociados y sus significados.

En San Luis Potosí, si bien existen datos sobre indicadores de salud sexual y reproductiva en adolescentes, la mayor parte de éstos, están focalizados al estudio de las mujeres. Por ejemplo, según la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID, 2014), se reportan al menos 10 indicadores de salud sexual y reproductiva, entre los que se encuentran; inicio de vida sexual, métodos anticonceptivos, razones de uso y no uso, necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos, fecundidad y salud materno-infantil ⁸.

Mientras que para los adolescentes varones, los indicadores se reducen a tres: inicio de vida sexual, participación en la prevalencia anticonceptiva y uso de métodos anticonceptivos ⁸.

Es importante mencionar que, dentro de estos indicadores el 57.3% de los varones adolescentes utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

En consecuencia, y según la evidencia científica, es importante profundizar en las prácticas, experiencias, y actitudes propias de los varones adolescentes, con la finalidad de proveer insumos que orienten la toma de decisiones y el establecimiento o seguimiento de políticas públicas que permitan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de esta población y el bien de su contraparte.

Aunado a este esto, resulta pertinente poder conocer las realidades en donde se desarrollan los adolescentes varones, ya que nos permiten mejorar nuestro conocimiento sobre las condiciones en las que se desarrollan y proponer intervenciones integrales. Dado que el 70% de la población de los adolescentes se encuentran en estos entornos, pueden considerarse privilegiados ⁹

Por esa razón, el bachillerato técnico que se encuentra en la zona semi-urbana de San Luis Potosí, resulta idóneo y con características que pueden abonar a este estudio, ya que el 70% de los estudiantes son varones, y se encuentran edades de entre 15 a 19 años.

A partir de esta información la pregunta general del estudio es ¿cuál es la situación de salud sexual y reproductiva en adolescentes varones de un bachillerato técnico en una zona semi-urbana de San Luis Potosí?

En ese sentido, la hipótesis central es que, dentro los principales problemas de salud sexual y reproductiva en adolescentes varones se encuentra el poco uso o inadecuado del condón, alta prevalencia en Infecciones de transmisión sexual, y

poco conocimiento y comunicación sobre métodos anticonceptivos, prevención de infecciones de transmisión sexual.

Por otra parte, la sexualidad, como construcción social, ha sido atravesada por el género, por lo que las normas tradicionales, pueden ser influenciadas en los comportamientos de riesgo, particularmente en la adolescencia.

Finalmente, la presentación de este trabajo de tesis se divide en cuatro capítulos. En el primero, se muestra un panorama de la salud adolescente en el mundo, así como en México y el escenario local, en el capítulo segundo, se aborda la importancia del estudio de la salud sexual y reproductiva particularmente de los adolescentes varones, en el tercer capítulo, se hace una conceptualización del género como elemento fundamental de este estudio, particularmente de las normas tradicionales hegemónicas que tienen una relación con la sexualidad. Finalmente, en el capítulo cuarto se evidencia la necesidad de realizar intervenciones que nos permitan identificar y comprender comportamientos y actitudes de este grupo poblacional.

Importante:

Debido a la actual contingencia de salud por COVID-19, se suprimió un objetivo específico, que pretendía conocer y analizar, las actitudes, experiencias, expectativas y conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva de los varones adolescentes; mediante una técnica de grupo focal.

En ese sentido, y aunque se buscó poder llevar a cabo dicha técnica mediante una plataforma virtual, no se pudo concretar debido a que no se dio el visto bueno por parte de las autoridades de la institución educativa.

I. JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes constituyen una población prioritaria para la salud sexual y reproductiva a nivel global; sus propias características biológicas, psicológicas y sociales, los colocan en cierta situación de vulnerabilidad ante riesgos tales como el inicio de una vida sexual precoz, infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados.¹⁰

En México, de acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la población de 15 a 19 años de edad representa el 35.1% de la población total.¹¹

En ese sentido, se han identificado elementos que hacen más vulnerables a los adolescentes en función de su salud sexual, como vivir en contextos urbanos marginados, una estructura y contexto familiar disfuncional, falta de comunicación asertiva con los padres respecto a temas de salud sexual, y poca, nula o deficiente información sobre salud sexual en escenarios escolares¹².

En el país, la amplia heterogeneidad de este grupo poblacional, ha propiciado diversas realidades sociales difíciles de atender bajo una única perspectiva social y de política pública. Las valoraciones culturales de lo femenino y lo masculino; los significados que se atribuyen a la sexualidad y al cuerpo; la exposición a tecnología de información y comunicación masiva, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social, y en general los determinantes sociales de la salud, como la educación, familia, empleo y migración, se vinculan directamente con la morbilidad sexual y reproductiva de los adolescentes¹³.

En México, la evidencia sobre la educación sexual integral en los adolescentes señala una variación amplia dependiendo de los temas y del nivel escolar en curso. Se ha encontrado también que la educación sexual impartida en nuestro país no incluye todos los contenidos y estrategias educativas necesarias para lograr un impacto benéfico y un cambio de conocimientos, actitudes y comportamientos de promoción en salud sexual y reproductiva¹⁴

Por ejemplo, los temas más frecuentes están relacionados con salud sexual y reproductiva; los menos tratados con derechos y relaciones. Los contenidos de educación sexual se transmiten mayoritariamente durante la escuela secundaria¹³.

Estudios en América Latina, señalan la importancia de la salud sexual y reproductiva de los varones, de manera particular en los hombres que se encuentran en esta etapa y en el impacto negativo que tienen en el deterioro, no solo en el bienestar de las mujeres sino en ellos mismos; además reportan falta de compromiso y vinculación responsable con la salud, el auto cuidado y la sexualidad¹⁵.

Es decir, de cómo la construcción social de la masculinidad hegemónica, que al garantizar una posición dominante para los hombres y de subordinadas para mujeres, ejercen violencia física, psicológica, económica y sexual, que, además, trasciende no solo a la salud de las mujeres de su alrededor, sino para la salud de ellos mismos y que se refleja en altas tasas de muertes prematuras, suicidios, y comportamientos impulsivos caracterizados por riesgos a su propia salud ¹⁵

En México, en relación con los métodos anticonceptivos, las encuestas disponibles indican que la gran mayoría de los adolescentes han escuchado sobre algún método anticonceptivo; sin embargo, si se analiza su conocimiento a profundidad, se identifica que para muchos este es erróneo o incompleto ¹⁶.

En ese sentido, resulta fundamental estudiar la forma de pensar y actuar de los varones adolescentes sobre aspectos de salud sexual y reproductiva, pues en general los trabajos abordan al varón desde la perspectiva de la mujer mediante preguntas a ellas sobre su experiencia con varones y sobre lo que ellas creen que ellos hacen y piensan ¹⁷.

Es importante mencionar que existen pocas encuestas que reportan algunos indicadores en relación a la salud sexual de varones adolescentes, como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 ¹⁸, en donde el 23% de los varones de 12-19 años de edad ya habían iniciado su vida sexual y un 80.6% usó condón en su primera relación sexual. En contraste, 20.5% de las mujeres de estas mismas edades había iniciado vida sexual, de las cuales 61.5% reportó el uso del condón con su primera pareja sexual.

Según datos de esta encuesta, los varones refirieron en general conocimientos correctos sobre métodos de prevención de embarazo e Infecciones de Transmisión Sexual. Sin embargo, en una encuesta en estudiantes de educación básica y media superior de edades de 13 a 19 años en cinco entidades con rezago en materia de salud reproductiva (2003), se evidenció que entre ellos solo el 27% ha oído hablar de la anticoncepción de emergencia.

Respecto a las Infecciones de Transmisión Sexual, muestran un conocimiento incompleto, ya que la mayoría refiere que el uso del condón evita su contagio, sin embargo, casi la mitad afirma que el uso de óvulos o pastillas anticonceptivas también previene una Infección de Transmisión Sexual ¹⁸.

En suma, existe un panorama que nos señala entre otros elementos, una deficiente educación sexual integral y poco involucramiento de los varones en el ejercicio responsable de su salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, se ha evidenciado que las normas tradicionales de género como el ejercicio de la masculinidad hegemónica, tienen un efecto concreto en la salud sexual y reproductiva de los varones ¹⁹

Existe información que muestra cómo las conductas sexuales de riesgo en adolescentes varones, como la promiscuidad y la falta de consistencia en el uso del preservativo, los expone a adquirir una infección de transmisión sexual con importantes consecuencias negativas sobre su salud: riesgo de adquirir VIH/SIDA, infertilidad, complicaciones en el embarazo e incluso la muerte ²⁰

En México, por ejemplo, las infecciones de transmisión sexual (ITS) se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad ²¹

Un estudio con adolescentes varones señaló que, las prácticas sexuales estaban mediadas por múltiples categorías sociológicas como el estrato socioeconómico y el color de piel, sin embargo, el elemento más importante fue el género; por ejemplo, aquellos que ejercían relaciones de poder asimétricas y usaban alcohol de forma regular, hacían menos uso del condón y se involucraban poco con el autocuidado de salud sexual y reproductiva con su pareja ²²

Es decir, en el campo de lo sexual, los hombres han sido socializados en una concepción en la que se cosifica a la mujer y en donde la sexualidad se convierte en un campo no de encuentro con la mujer sino de ejercicio del poder y de afirmación de una masculinidad basada en la potencia y el volumen de los genitales ²².

Esto, aparte de llevar relaciones sexuales poco placenteras en muchas parejas, nos abre la problemática del abuso, del hostigamiento sexual y la violación ²²

En suma, el papel de los varones en la sexualidad puede impactar en su plan de vida, principalmente en no poder concluir sus estudios, buscar una alternativa de trabajo en circunstancias económicas complejas por un embarazo no planeado y la toma de decisiones apresuradas e impulsivas.²³

Como se mencionó en un inicio, en nuestro país existen algunos esfuerzos que tienen como propósito conocer, la relación entre el ejercicio de la sexualidad basada en el modelo hegemónico de masculinidad ²⁴

Como se ha mencionado, estudios en distintos países del mundo, incluido México, revelan efectos graves, reales y problemáticos en la vida de los hombres jóvenes, particularmente en ámbitos como la salud mental, violencia, y comportamientos de riesgo en salud sexual ²⁵

Por si fuera poco, esta problemática no sólo tiene costos en la salud de las personas, sino también costos en términos económicos. Se ha evidenciado que las conductas asociadas a la masculinidad tóxica, tienen una fuerte relación con el alcoholismo, los accidentes de auto, los crímenes sexuales, la depresión y el suicidio, costando aproximadamente 1,400 millones de dólares al año ²⁵

Si bien, estos estudios nos permiten ser una guía en el campo de la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género, es imprescindible profundizar localmente en las características y condiciones de los varones jóvenes.

No obstante, investigar a los hombres en una etapa importante por todos los cambios biopsicosociales, incluidos aspectos de su salud sexual y reproductiva, debería ser vista como un elemento complementario de estudiar a las mujeres, pues enriquece el análisis de género en salud, es decir, considerar los roles y responsabilidades que los hombres y mujeres tienen en la sociedad ²⁶

De esta manera, organismos como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) han mencionado la necesidad de involucrar a los hombres desde edades tempranas en las estrategias de reducción de embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual y violencia de género: con el propósito de evidenciar los beneficios y efectos positivos para la sociedad, para sus parejas, niños y niñas y para ellos mismos ²⁷

Si bien que los estudios cualitativos pueden ayudarnos a entender la construcción social y la expresión de la masculinidad, los estudios cuantitativos han servido para poder establecer un primer acercamiento a los conocimientos, actitudes y comportamientos, y cómo pueden estar relacionados entre sí.

Con el fin de explorar y describir estos comportamientos se han desarrollado una serie de estrategias de salud a través de los medios de comunicación y centros de salud comunitarios. Sin embargo, los programas eje para la identificación, prevención y atención en el campo de la salud sexual y reproductiva en adolescentes han sido los que se desarrollan en las escuelas ²⁸

En ese sentido, se ha mostrado desde hace varios años que los escenarios escolares son propicios para contribuir a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, ya que la etapa de desarrollo físico y psicológico coincide con el inicio de las prácticas sexuales, siendo un momento ideal para la identificación de comportamientos de riesgos alusivos a su sexualidad, y en un segundo momento poder dotar de recomendaciones y estrategias saludables y particulares en un ambiente propicio para los adolescentes ²⁹

A su vez, se ha evidenciado la importancia de llevar a cabo investigaciones en el campo de la salud sexual adolescente que no sólo incluyan factores biológicos, psicológicos, y familiares, sino también sociales y culturales, propios de su entorno, que permitan contribuir al estudio integral de los riesgos sexuales en los adolescentes ³⁰

Particularmente en zonas semiurbanas, en donde las condiciones sociodemográficas, económicas, ambientales, de acceso a servicios e infraestructura, también pueden tener una influencia importante para los comportamientos de riesgo en los que el adolescente se desarrolla ³⁰

Por tal motivo, es importante señalar que la elección de una población semiurbana como Villa de Pozos y definida como una población mayor a 10,000 habitantes, de

estructura arquitectónica en crecimiento y con una densidad poblacional que no supera los 150 habitantes por kilómetro cuadrado ³¹ es un elemento que nos permite estudiar y conocer de manera particular el contexto social de la población.

Una vez mencionado lo anterior, la delegación de Villa de Pozos, cuenta con un escenario escolar que resulta idóneo para el estudio de los comportamientos sexuales de riesgo y la relación de las normas tradicionales de género en un contexto semiurbano. El Bachillerato Técnico de Villa de Pozos, es un espacio particularmente atractivo por las características de los adolescentes estudiantes que ahí se encuentran, ya que la población varonil de 12 a 19 años, representa el 70% en ese plantel ubicado en la periferia de la ciudad capital.

Ante esta situación, se plantean las siguientes preguntas de investigación

Preguntas de investigación

¿Cuál es la situación actual de salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones de un bachillerato técnico de una zona semiurbana en San Luis Potosí?

- 1) ¿Cuáles son los principales problemas de salud sexual y reproductiva entre los adolescentes varones de un bachillerato técnico de Villa de Pozos?
- 2) ¿Cuáles son las principales Actitudes Equitativas de Género identificadas en la muestra?
- 3) ¿Existe una relación entre los comportamientos sexuales de riesgo y las normas tradicionales de género en adolescentes varones de un bachillerato técnico de Villa de Pozos?

II. MARCO TEÓRICO

2.1 SALUD ADOLESCENTE

El término adolescente deriva del latín “adolescere” que significa “crecer hacia la adultez” ³². La adolescencia es aquella etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto. En este periodo, en el que ocurren rápidos cambios y de gran magnitud, la persona se hace tanto biológica, como psicológica y socialmente madura y capaz de vivir en forma independiente.

Estos cambios pueden hacer que la adolescencia sea un periodo único en el ciclo de vida y un momento importante para sentar las bases de una buena salud en la edad adulta.

Los cambios que tienen lugar en la adolescencia tienen un impacto en la mayoría de las enfermedades y comportamientos relacionados con la salud; son los causantes de la transición epidemiológica que se produce de las enfermedades infecciosas a las afecciones no transmisibles en la segunda década de vida ³³

Al mismo tiempo, los problemas y los comportamientos relacionados con la salud durante la adolescencia – enfermedades crónicas y consumo de alcohol, por ejemplo – afectan al desarrollo físico y cognoscitivo. La evolución de las capacidades de los adolescentes afecta en cómo piensan éstos sobre su salud y sobre su futuro y determina lo que influye en sus decisiones y acciones. Todo ello determina los tipos de intervenciones que son necesarias y la manera en que habría que llevar a cabo los programas pertinentes ³⁴

También sabemos ahora que el cerebro de los adolescentes posee una gran capacidad para cambiar y adaptarse. Eso significa que la experimentación, la exploración y la asunción de riesgos que tienen lugar durante la adolescencia son más de carácter normativo que patológico y que existen posibilidades reales de mejorar situaciones negativas que se produjeron en los primeros años de vida ³⁵.

Por consiguiente, para ejercer un efecto notable sobre la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad durante los años de la adolescencia, el sector de la salud debe reforzar la colaboración con otros sectores y agentes. Por ejemplo, para prevenir las muertes relacionadas o causadas por actos de violencia interpersonal, no basta con garantizar que los adolescentes mejoren sus conocimientos teóricos y prácticos. Es decir, no deben de dejar de considerarse otros factores que, aunque distales, también se asocian con el desarrollo de comportamientos violentos: poca confianza en el sistema policial, altas tasas de desempleo juvenil, impunidad en el sistema judicial, cultura que apoya la violencia y una débil gobernanza ³⁶

Además, existen otros factores que contribuyen a la aparición de enfermedades y situaciones de riesgo para los adolescentes, por ejemplo, el modelo ecológico de Bronfenbrenner ³⁷, señala componentes como la falta de escuelas y de servicios de salud de buena calidad; la ausencia de valores comunitarios positivos; y condiciones y servicios sociales como pueden ser las actitudes y expectativas preceptivas en materia de género; la pobreza y los comportamientos sexuales de alto riesgo.

En ese sentido, este capítulo ofrece una perspectiva global y nacional de la salud adolescente, que nos permitirá conocer algunos de los componentes más importantes de su vida y desarrollo.

2.1.1 Panorama de la salud adolescente

La salud de las y los adolescentes comprendida de los 10 a 19 años de edad y de jóvenes de 15 a 24 años de edad, es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios del mundo. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada ³⁸

Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que éstos en comparación con los niños y los adultos mayores, sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas ³⁹. Sin embargo, aunque gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, sí lo hacen en años posteriores. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia ³⁹

Actualmente se dispone de información y experiencia sobre la estructuración de planes, programas y servicios para justificar la inversión en este grupo etáreo, como la Estrategia Mundial para la Salud de la mujer, del niño y del adolescente ⁴⁰.

Si bien el objetivo de esta inversión es contribuir al bienestar general de las y los jóvenes, hay que recordar que no se puede considerar a la “juventud” como una categoría homogénea. La población adolescente es un conjunto heterogéneo y diverso, con múltiples identidades de género, cultura, etnia, estatus social y económico, vida urbana y rural, las cuales merecen ser exploradas.

Al igual que se habla de “juventudes” en todas sus variantes, no hay que limitarse a tratar a adolescentes y jóvenes cuando ya exhiben comportamientos indeseados; es decir, la intención del trabajo con ellos va en función de un contexto más amplio, como la promoción de salud, entendida como la capacidad que permite a las personas tener un mayor control de su propia salud, y el desarrollo humano, relacionada con aquellos componentes de calidad de vida, participación activa en

decisiones de su entorno, respeto a los derechos humanos y de potenciar sus habilidades al máximo.

Para dar cuenta de la magnitud sobre la población adolescente, según datos de la Organización Panamericana de la Salud ⁴⁰, la población de jóvenes constituyó la mayor cohorte en la historia del mundo y la Región. En México, representó casi el 40% de la población total. En ese periodo, un 16% de la población total de la Región de las Américas tenía entre 10 y 19 años de edad; en América Latina y el Caribe, esa cohorte representa 18%.

En ese sentido y con el propósito de mostrar una panorámica de los adolescentes, se presentan algunos componentes de relevancia para su salud.

2.1.2 Comportamientos de riesgo en la adolescencia

Una revisión sistemática realizada en 2016, muestra los determinantes más importantes que se han asociado con el inicio de la actividad sexual temprana, incluyendo los individuales, familiares, socioculturales y políticos ⁴¹

Entre los determinantes individuales, se identifica el sexo masculino, consumo de alcohol, tabaco y drogas como los más fuertemente vinculados con un inicio de vida sexual precoz. Asimismo, varios determinantes han sido implicados con el embarazo adolescente, y si bien muchos adolescentes tal vez deseen quedar embarazadas, muchos también se producen en el contexto de violaciones de derechos humanos como el matrimonio infantil, relaciones sexuales forzadas o abuso sexual ⁴².

Un cúmulo cada vez mayor de pruebas científicas procedentes de las neurociencias indican que el consumo de sustancias psicoactivas durante la adolescencia, en particular si es intenso, puede tener consecuencias a lo largo de toda la vida debido al efecto sobre el desarrollo del cerebro.

En ese sentido, según últimos datos de la Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 ⁴³, en México se observa que el consumo de alcohol alguna vez en la vida se ha mantenido estable desde las mediciones de 2011, (de 42% a 39.8%).

Desde hace ya algunos años, se ha evidenciado que, en el mundo, más de 33% de las enfermedades que se presentan en la edad adulta y 60% de las causas de mortalidad de este grupo están asociadas con conductas de riesgo iniciadas en la adolescencia, entre las que destacan el tabaquismo, el consumo de alcohol y las prácticas sexuales inseguras, según datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas y Tabaco 2014.

2.1.3 Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes Varones

Analizar el comportamiento sexual y reproductivo entre adolescentes y jóvenes resulta fundamental por, al menos, dos razones ⁴⁴.

La primera es que en estas etapas de la vida ocurren transiciones sumamente significativas (la primera relación sexual, la primera unión y el nacimiento del primer hijo, así como el inicio de la trayectoria anticonceptiva). La segunda razón es la heterogeneidad de circunstancias en las que dichas transiciones ocurren, en ocasiones colocando a las y los adolescentes en situaciones de riesgo a experimentar consecuencias no esperadas ni deseadas de la vida sexual ⁴⁴.

En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 indica que una de cada tres adolescentes que tienen vida sexual activa no utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual, y que casi 37% tampoco lo usó en su última relación sexual. En cuanto a los hombres, esta misma fuente estableció que 15 de cada 100 adolescentes sexualmente activos no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual, y cerca de 17% tampoco lo hizo en su última relación sexual.

En lo que respecta a las ITS en México, los datos de la Secretaría de Salud indican que, en este año, para el grupo de edad de 10 a 14 años, la infección más común fue la producida por el virus del papiloma humano (VPH), con 36 nuevos casos y una tasa de incidencia de 0.32 por 100,000 habitantes de dichas edades. A esta infección le sigue el Chancro, con 23 nuevos casos y una tasa de incidencia de 0.20. Finalmente, la tercera infección para este grupo de edad es la Infección Gonocócica, con 20 nuevos casos y una tasa de incidencia de 0.18 ⁴⁵

En el grupo etario de 15 a 19 años, la infección más frecuente es también la producida por el VPH, con 1,753 nuevos casos y una tasa de incidencia de 15.76 por 100,000 habitantes de dichas edades. Le sigue, en orden de frecuencia, la Infección Asintomática por VIH, con 361 casos y una tasa de 3.24 y, en tercer lugar, la Sífilis Adquirida, con 282 casos y una tasa de 2.53 ⁴⁵

Sobre la identificación y seguimiento del VIH-SIDA y según Datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del VIH en México, revelan que tan solo en 2019 se notificaron 7,043 casos de VIH, siendo los grupos de edad de 25-44 años los más afectados, sin embargo, el grupo de 10 a 24 años, ha registrado más de 21 mil casos desde 1983 hasta 2019 ⁴⁵

Por otra parte, en relación a las tendencias en las tasas de fecundidad de los adolescentes de América del Norte y América Latina y del Caribe, ha habido una reducción importante de 89 hijos por cada 1000 habitantes en el periodo de 1980 a 1985, a 67 hijos por cada 1000 habitantes en el periodo de 2010 a 2015 ⁴⁶

En México, uno de los problemas actuales de relevancia para la salud pública es el embarazo en adolescentes, ya que amplía las brechas sociales y de género, se trata de un tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a los derechos humanos, a su libertad y a su desarrollo como personas.

Según datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica ⁸, México ha experimentado un incremento en la tasa de fecundidad entre los adolescentes, pasando de 69.5 nacimientos por cada mil mujeres de 19 años a 77.07 en 2014. Sin embargo en el estado de San Luis Potosí, la tasa global de fecundidad se ha mantenido relativamente igual, siendo en 2009 de 2.52 y de 2.44 en 2014.

Aunque se cuenta con información en San Luis Potosí, las cifras respecto a la salud sexual y reproductiva tiende a profundizar en los embarazos de las adolescentes, el uso de métodos anticonceptivos y en el porcentaje de uso de servicios, situación que contrasta con el dato único en varones sobre el inicio de vida sexual ⁸

Conclusiones

Como pudimos observar, en este capítulo se habló de la adolescencia como un proceso de construcción biopsicosocial, en el que se enfrentan cambios importantes que definirán su salud en las siguientes etapas de su vida. También se mencionó de manera general, algunos de los factores que tienen un impacto en su salud y en los que están expuestos cotidianamente, como el uso de alcohol y comportamientos de riesgo alusivos a la salud sexual.

Sin embargo, se mencionó que es importante tomar en cuenta otros factores que usualmente no se integran en el estudio de la salud adolescente, como las condiciones o características sociodemográficas, económicas, políticas, servicios de salud e infraestructura en la que se desenvuelven en sus comunidades, con el propósito de tener una mejor lectura de su realidad.

En ese tenor, la evidencia muestra que las estrategias que se desarrollan para el bienestar de los adolescentes, deben tomar en cuenta que no son un segmento homogéneo de la población, y que, por el contrario, justo las características y realidades propias de cada población, deberían de integrarse para intervenciones pertinentes y locales.

Una vez mencionado esto, en el próximo capítulo se profundizará sobre el papel de la salud sexual y reproductiva de los varones adolescentes, además, presentará un panorama epidemiológico global, nacional y local sobre sus indicadores.

3.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

3.1.1 Conceptualización

Desde hace más de dos décadas, la salud sexual se conceptualizó en el marco de la Conferencia Internacional para el Desarrollo llevada a cabo en El Cairo, Egipto. Esta fue definida como el óptimo desarrollo de la vida con calidad y la trascendencia en las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual ².

Asimismo, la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia o dolencias de una enfermedad, en todos los asuntos relacionados al sistema de salud reproductiva y a sus funciones y procesos. En consecuencia, de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia ².

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Además de la conceptualización mencionada anteriormente, es necesario visibilizar que la sexualidad es también una serie de componentes subjetivos que construyen al ser humano. En ese sentido, Eusebio Rubio ⁴⁷ señala que los holones sexuales son elementos o subsistemas de la sexualidad y pueden aplicarse a las diversas metodologías de estudios como la antropología, sociología, psicología, biología, y, en este caso, de la salud poblacional.

De esta manera, el autor menciona que los holones son factores que influyen en el ejercicio de la sexualidad, y según este modelo, son el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los holones: Erotismo: Como un elemento de la sexualidad que nos remite a las experiencias más comúnmente identificadas como sexuales.

El género, se refiere al impacto de la construcción social de lo masculino y de lo femenino, y su impacto en las relaciones sexuales. La reproductividad; esa potencialidad de reproducirnos como seres vivos, sin dejar de lado que la sexualidad humana se ha desarrollado con sus múltiples niveles de manifestación y complejidades de organización e integración, como resultado de la necesidad de la especie humana de reproducirse eficientemente. y vínculo afectivo: que hace alusión a que ninguna consideración sobre lo sexual puede estar completa sin incluir el plano de las vinculaciones afectivas entre los seres humanos, independientemente de su edad ²².

Una vez mencionado lo anterior, este capítulo ofrece un panorama de investigaciones y estudios en el campo de la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la descripción de los conocimientos, necesidades y experiencias de los adolescentes varones en México y el mundo,

3.1.2 Introducción al estudio de la salud sexual y reproductiva en adolescentes varones

En vista del limitado número de programas diseñados para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones, existe al mismo tiempo una serie de estudios que señalan el poco conocimiento de sus necesidades ⁴⁸

A continuación, se presenta una revisión de estudios que evidencian, mediante metodologías cualitativas y cuantitativas, el panorama de su salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones.

Para comenzar, hablaremos del componente autocuidado, cuyo concepto es inherente a la salud sexual y reproductiva, y que se relaciona como el cuidado personal o cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentre bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia, en este contexto, sobre los mecanismos y recursos que practican los varones para su bienestar. ⁴⁹

3.1.2.1 Auto-cuidado

Un factor que se debe superar en la implementación efectiva de programas de salud preventivos para adolescentes varones debería ser las barreras culturales y psicológicas a la utilización de servicios de salud observada entre hombres cuando contemplan buscar servicios de salud: temor, negación, vergüenza y la amenaza a la masculinidad hegemónica ⁴⁸.

Por ejemplo, a pesar que en los Estados Unidos los hombres reconocen que tendrán 2,5 veces más ataques cardíacos que las mujeres y que a los sesenta y cinco años uno de cada tres hombres sufrirá de presión alta, son renuentes a tener chequeos médicos anuales y como consecuencia, los hombres visitan a los médicos 150 millones de veces menos que las mujeres en un año.

Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud ⁴⁸ los hombres pueden ver una visita al médico como una amenaza a su orgullo, como evidencia que son incapaces de cuidarse adecuadamente o como una violación de las normas masculinas del estoicismo.

Las actitudes masculinas respecto de la utilización de los servicios de salud se pueden cambiar si se les enseña acerca de los riesgos de la salud y se acostumbran a practicar el auto cuidado desde su juventud. La iniciación a estas prácticas puede empezar con el auto-examen para el cáncer testicular, por ejemplo.

El cáncer testicular es el más común entre los hombres entre 15 y 35 años. Se cura fácilmente si se diagnostica temprano, y el diagnóstico temprano se puede lograr con un auto-examen consistente. Una vez que los niños adolescentes se acostumbran a hacerse el auto-examen, estará dada la base para que acepten el examen de sangre y examen rectal que pueden diagnosticar el cáncer a la próstata y adoptar los comportamientos sanos que reducen la posibilidad de un derrame cerebral o un ataque al corazón a medida que envejecen ⁴⁸.

En suma, podemos observar en estas investigaciones poco involucramiento e interés sobre la atención de salud de los varones, que se ha relacionado con los significados y construcción de sus propias masculinidades.

3.1.2.2 Necesidades en materia de salud sexual y reproductiva en adolescentes varones

La controversia y el temor a la controversia han parado la entrega de servicios en gran escala a los jóvenes de la mayoría de los países de América Latina. Los servicios de salud reproductiva para los jóvenes, ya sean en clínicas de extensión, distribución de condones u orientación sobre contraceptivos han tendido a ser esfuerzos pequeños y aislados. Sin embargo, los países de Europa del norte con programas nacionales de salud reproductiva para los jóvenes tienen los índices más bajos de embarazo juvenil, enfermedades de transmisión sexual y abortos en el mundo desarrollado.

Los tipos específicos de programas que se necesitan incluyen: 1) educación sexual y de habilidades para la vida; **2) esfuerzos para cambiar los roles de género tradicionales**; 3) servicios clínicos y de orientación; 4) prevención de abuso sexual; y 5) esfuerzos en los medios de comunicación.

3.1.2.3 Educación sexual y habilidades para la vida

La información que tienen los adolescentes varones y hombres jóvenes sobre sexualidad, fertilidad y contracepción usualmente es inadecuada y frecuentemente incorrecta. Es más probable que mencionen la falta de conocimiento más a menudo que las mujeres, y que digan que es responsabilidad de la pareja evitar el embarazo ⁵⁰.

Existe una necesidad crítica de educación sexual para los niños varones. Los programas educacionales pueden darles a los jóvenes las habilidades que necesitan para posponer su iniciación sexual, y si llegan a la gente joven a tiempo, pueden aumentar el uso de contraceptivos ⁵⁰.

La educación sexual dirigida a los pre-adolescentes debería referirse al importante rol que tienen los hombres en la toma de decisiones sobre sexo y contracepción, las dinámicas de las relaciones y como el comportamiento de un individuo afecta no sólo su bienestar sino también el de su pareja ⁵⁰.

Dos temas importantes que a menudo se pasan por alto son las habilidades para criar niños y para comunicarse. Algunos hombres pueden no involucrarse en la paternidad porque se sienten incapaces. Esto subraya la importancia que tienen los grupos de discusión o de apoyo con padres jóvenes donde los hombres puedan intercambiar experiencias y desarrollar sentimientos positivos sobre sus habilidades como padres.

Servol, una Organización No Gubernamental que trabaja con jóvenes de bajos ingresos de Trinidad y Tobago, requiere como parte de un programa de capacitación vocacional y de capacitación de habilidades para la vida que todos los adolescentes varones y mujeres trabajen parte del tiempo en su centro de atención de niños. A través de esta experiencia, los hombres jóvenes a menudo tienen su primera experiencia en el cuidado de un niño pequeño ⁵¹

Por otra parte, en México, en el estudio “Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos” en el que se implementó una intervención sobre prevención de VIH/SIDA/ITS, dirigida a adolescentes, incluyendo anticoncepción de emergencia (AE), encontraron que 10% de las mujeres y 24% de los hombres tenían una experiencia sexual, y únicamente 39% reportó haber usado condón en la primera relación ⁵²

3.1.3 Experiencias de sexualidad entre adolescentes varones

3.1.3.1 Inicio de Vida Sexual

En relación a la edad de inicio en la vida sexual, sabemos que la experiencia sexual comienza antes para los varones que para las mujeres, con un cuarto a tres cuartos de los adolescentes varones iniciando sus relaciones sexuales antes de los quince años. Sin embargo, existen pocos estudios que exploran y describen las experiencias y sentimientos de los adolescentes varones y hombres jóvenes en sus primeras relaciones sexuales. ⁵³ Siendo un elemento fundamental para comprender de mejor manera sus comportamientos y actitudes.

Por ejemplo, en un estudio que comparó países latinoamericanos, la edad de la primera relación sexual fue significativamente más baja para los hombres que para las mujeres en todos los países encuestados, con una edad promedio en la primera relación sexual en las mujeres de 15,6 años en Jamaica a 17,9 años en Santiago de Chile. De acuerdo a estos datos, más de dos de cada cinco adolescentes sexualmente activos reportan una edad menor a los diez años al iniciar su vida sexual y 20% adicional entre los 11 y 12 años ⁵³

En comparación con México, un estudio sobre prevención del embarazo adolescente, desde el enfoque de las masculinidades, de manera general, reportó que la edad que refirieron iniciar las relaciones sexuales es entre los 16 y los 17 años. Sin embargo, existieron algunos adolescentes que mencionaron haber tenido relaciones entre los 12 y los 13 años ⁵⁴.

En resumen, existe conocimiento que el inicio de vida sexual se presenta primero en los varones, pero sin haber explorado en general las experiencias y sus significados al respecto. Asimismo, se observan datos y cifras muy parecidas en las edades de inicio de vida sexual en distintos países que forman parte de América Latina.

Finalmente, esta información resulta medular ya que nos permite observar las oportunidades de investigación descriptiva y exploratoria que nos permita profundizar en los comportamientos de riesgo sexual en los adolescentes varones

3.1.3.2 Métodos anticonceptivos

Sobre esta sección, se ha estructurado esta sección a partir de conocimientos, actitudes y prácticas en materia de métodos anticonceptivos, ofreciendo un panorama concreto y puntual en función de los objetivos de este trabajo de investigación.

3.1.3.2.1 Conocimientos, Actitudes y Prácticas

En relación a los conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, a partir del uso del condón, una muestra de 268 estudiantes de secundaria reportó que el 62% de los adolescentes tenía un nivel regular de conocimiento ⁵⁵

En un estudio observacional llevado a cabo entre 13, 699 adolescentes de colegios públicos, se encontró que la edad media en la que reciben información sobre métodos anticonceptivos fue a los 12 años de edad. En ese sentido, el colegio y los padres fueron las principales fuentes de información. Sin embargo, un 71% de los adolescentes no reconocen con certeza protección derivada del uso del condón ⁵⁶.

En ese sentido, las mujeres fueron mejor informadas sobre cómo planificar que los hombres, sin embargo, creen menos en la protección del condón y perciben un menor apoyo de sus padres respecto a la planificación familiar.

En otra investigación realizada en 300 adolescentes de entre 13 y 21 años, se encontró que los varones obtienen información sobre sexualidad, particularmente de métodos anticonceptivos por medio del internet en un 30%, en cambio las mujeres lo hacen de sus familias en un 57%. En cuanto a mitos alrededor del uso de condón, los varones reportaron creer obtener mayor satisfacción cuando no se usaba. Además, el SIDA fue la infección de transmisión sexual más conocida ⁵⁷

Una investigación reportó que los estudiantes de menor grado académico reportaron actitudes más deseables; los varones mostraron actitudes más favorables sobre el uso de métodos anticonceptivos (28%) y la masturbación (17%)

⁵⁵

Otro estudio en México que buscaba responder a la pregunta ¿con quién hablan los adolescentes mexicanos de sexualidad? Reportó que, a mayor escolaridad del

padre, los jóvenes varones hablaron más en las categorías de métodos anticonceptivos y planificación familiar ⁵⁸

En un estudio de representatividad nacional en nuestro país, se encontró que el 70% de los hombres utilizaron el condón en su primera relación sexual, así como un 25% que no hizo uso de algún método anticonceptivo ⁵⁸.

En general, el método usado más frecuentemente en la primera relación sexual prematrimonial en América Latina fue el condón, seguido por contraceptivos orales y después el método del ritmo. Sin embargo, en Ciudad de México y Santiago de Chile el método más usado para la primera relación sexual fue el método del ritmo, en Sao Paulo la interrupción del coito y en Ciudad de Guatemala la píldora. Las bajas tasas de uso de contraceptivos, particularmente el condón, pone a los adolescentes varones y hombres jóvenes en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados ⁵³.

Esto, combinado con el hecho que la primera experiencia sexual de los hombres es a menudo con una mujer mayor y de más experiencia o con una prostituta, tiene consecuencias potencialmente muy serias.

Un estudio sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes de nuevo ingreso al área de la salud en la Universidad de Zacatecas realizado en 2011, reportó que el 90,6 % de los que llevaban vida sexual activa utilizaba algún método anticonceptivo, siendo los alumnos de enfermería quienes menos los utilizaban ($X^2=12,48$, $p=0,014$). El más empleado fue el preservativo (87,5 %) seguido de los orales u hormonales (21,9 %). En general era la pareja en conjunto quien seleccionaba el método anticonceptivo (71,4 %) y solo en el 13,5 % de los casos este había sido recomendado por un médico. Entre aquellos que tenían vida sexual activa solo el 3,9 refirió haberse embarazado ⁶⁰

En otro estudio en México realizado en adolescentes de 12 a 19 años de edad que pretendía investigar el comportamiento sexual y el uso del condón en la primera relación sexual, se reporta mayor actividad sexual y un mayor uso de condón entre los hombres y en áreas urbanas. El perfil del adolescente que usó condón en la primera relación es ser adolescente que inicia la vida sexual a una mayor edad, de residencia urbana, que no habla lengua indígena, altamente escolarizado, o de sexo masculino ⁶¹.

En un estudio llevado a cabo en 268 estudiantes adolescentes, se encontró que el 70% comenzó en la adolescencia media, el 78% señaló utilizar métodos anticonceptivos, de los cuales el 55% eran varones. En ese sentido, el 49% respondió que tuvo dos o más parejas en el último año ⁵⁵

La iniciación sexual generalizada y temprana entre los jóvenes y adolescentes no necesariamente implica promiscuidad. Sin embargo, en nuestro país las cifras toman relevancia por algunas prácticas sexuales que pudieran ser riesgosas. Por

ejemplo, según Villalobos y cols. en 2017, encontraron que el 36.8% de los varones iniciaron su vida sexual en edades menores a los 15 años. Asimismo, la cuarta parte de los adolescentes hombres (24%) señalaron no haber utilizado ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual ⁶¹.

En cuanto a las razones por las cual los jóvenes varones tienen relaciones sexuales, según algunos autores, la presión del entorno inmediato y la curiosidad de la adolescencia son los factores que principalmente determinan el inicio de las relaciones sexuales. ⁶²

Los participantes de ese estudio, hablaron de presión social, y se refirieron principalmente a burlas, algo de bullying y comentarios de los amigos o las parejas por incitar el inicio de la vida sexual. Además, hay adolescentes que su primera relación sexual fue a causa de la presión que ejercía su pareja ⁶².

Sobre la curiosidad, algunos jóvenes señalan que iniciaron su vida sexual por curiosidad, escuchar lo que dicen otros respecto de la sexualidad, despierta el deseo y las ganas de experimentarlo ⁶²

Sobre el sentir de los adolescentes durante esta etapa, este estudio encontró que, es posible que experimenten sentimientos o deseos sexuales, lo que significa que las hormonas están funcionando bien. Pero en ciertos momentos, la curiosidad y los deseos sexuales hacen que los adolescentes opten por tener su primera relación sexual satisfaciendo así únicamente su deseo de curiosidad, dejando de lado la parte emocional y llegando así a mantener una concepción errónea sobre las relaciones sexuales ⁶¹

Sobre las experiencias homosexuales y bisexuales, un estudio en 2005 encontró que 38% de los que reportaron comportamientos homosexuales dijeron haber experimentado el sexo anal (y sólo el 20% usó condón siempre). Es de interés notar que el 76% de los que declararon mantener relaciones homosexuales reportaron experiencias heterosexuales también ⁶³.

A pesar que frecuentemente no se incluye en las encuestas, existe la hipótesis que un porcentaje significativo de adolescentes experimenta sexo anal para prevenir el embarazo y preservar la virginidad de las jóvenes. Se necesita más investigación en ésta área para entender mejor los riesgos a la salud asociados a las experiencias sexuales de los jóvenes.

En un estudio con una muestra de 8000 estudiantes universitarios, ⁶² encontraron que el 10% de ambos sexos reportaba que al menos la mitad de sus fantasías sexuales implicaban parejas del mismo sexo. Con diferencia estadísticamente significativa, 25% de las mujeres y 20% de los hombres reportaron haber tenido al menos una fantasía homosexual. A los participantes se les pidió indicar su orientación sexual: 97% se identificaron como heterosexuales, aunque con criterios estrictos, sólo el 80% podría ser considerado exclusivamente heterosexual.

Un número considerable de los participantes que se declaraban heterosexuales, 5% de los hombres (202) y 11% de las mujeres (447) reportaron que más del 91% de sus fantasías sexuales involucraban a miembros de su mismo sexo. Por el contrario, cuatro hombres y catorce mujeres que se identificaban como homosexuales declararon que menos del 10% de sus fantasías sexuales involucraban miembros de su mismo sexo.

3.1.3.2.1.2 Factores relacionados con el uso de métodos anticonceptivos

Un estudio sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes mexicanos en 2017, reportó que, dentro de los hombres adolescentes sexualmente activos, las posibilidades de no usar un método anticonceptivo en la última relación sexual, se incrementan por el no uso de anticoncepción en la primera relación sexual (RM=11.5; IC 95% 5.6-23.4), y el desconocimiento de los métodos anticonceptivos más efectivos (RM=2.4; IC 95% 1.04-5.5) ⁵⁹.

Según datos del estudio sobre conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes, en cuanto a los conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual y su prevención, en general, las mujeres evidenciaron mejor preparación.

Se observó mayor dificultad en la identificación de las manifestaciones clínicas de las infecciones de transmisión sexual. Se evidenció que la minoría de los estudiantes ha iniciado ya sus relaciones sexuales.

También se demostró la existencia de prácticas sexuales de riesgo como: edad de inicio precoz entre 12.5 y 13.7, Motivación errada para iniciar la vida sexual (Curiosidad y búsqueda de apoyo, afecto), gran número de ellos ha tenido más de 3 parejas sexuales, aunque predominó el uso del condón como medio de protección, no es usado con la frecuencia adecuada ⁵⁹.

En otro estudio, se mostró que, en jóvenes varones, la decisión sobre el uso de protección en las relaciones sexuales no parece estar relacionada con niveles de información sobre métodos y aspectos básicos de la sexualidad. Más bien está relacionada con factores de tipo psicológico y valorativo, con creencias, predisposiciones y expectativas sobre la sexualidad y sobre su propia identidad ⁶⁴

Según los resultados de este estudio, la decisión parece tener que ver con tres factores: la presión de cumplir las expectativas de la pareja, de los amigos y de uno mismo; la confianza que se tenga o no sobre la pareja sexual; y el sentido de urgencia, que hace que el impulso esté por encima de la conciencia de los riesgos que la conducta implica. ⁶⁴

3.1.3.4 Infecciones de Transmisión Sexual

Mientras un embarazo temprano puede tener un enorme impacto sobre la vida de un adolescente, la iniciación temprana de las relaciones sexuales también presenta riesgos, tales como la exposición a las infecciones de transmisión sexual.

A nivel internacional, se reconoce el hecho de que las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un fenómeno que afecta a la población general, particularmente en los adolescentes. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en 2016, cada día más de 1 millón de personas contraen una ITS ⁶⁵. Además, estima que, en ese año, hubo unos 376 millones nuevas infecciones de alguna de las cuatro ITS: clamidiasis, gonorrea, sífilis y triconomiasis.

Más aún, por lo menos 6 millones de personas infectadas de VIH tienen menos de 25 años y es probable que la mayor parte del millón de personas que tienen SIDA en el 44 mundo, lo hayan contraído durante la adolescencia ⁶⁵.

Las conductas que conducen a muchas adolescentes a un embarazo, como la multiplicidad de parejas sexuales y la falta o inconsistencia en el uso del condón, también las exponen a ITS, teniendo importantes consecuencias sobre su salud; entre ellas, un incremento en el riesgo de adquirir VIH, infertilidad o complicaciones en el embarazo.

En México, según el Boletín Epidemiológico de la Secretaría de Salud ⁶⁶ las ITS más comunes en nuestro país son: Vulvovaginitis, candidiasis, triconomiasis, herpes genital y sífilis.

Si bien existen pocos estudios con representatividad nacional sobre la prevalencia por virus del papiloma humano (VPH) en adolescentes, estudios locales con universitarios indican que los jóvenes se encuentran frecuentemente expuestos a este virus ⁶⁷.

A nivel mundial, la mitad de los nuevos casos de VIH ocurren en población de 15-24 años en México, donde hay un importante Sub -registro de casos de VIH, en la población de 15-19 años de edad se reportaron 2,744 casos acumulados de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) entre 2002-2011 de un total de 149,883 casos (1.8%), siendo la vía sexual la principal forma de transmisión ⁶⁷.

3.1.3.4.1 Factores relacionados con comportamientos de riesgo

Es importante comprender los factores relacionados con los comportamientos de riesgo sexual que influyen sobre la salud reproductiva como, por ejemplo, participar en relaciones sexuales sin protección. Como se mencionó con anterioridad, es más probable que los jóvenes de vecindarios más afluentes hayan usado por lo menos un método contraceptivo efectivo durante su último encuentro sexual. Es más

probable que aquellos con mejores calificaciones escolares, una relación más estable con su última pareja sexual y creencias religiosas firmes hayan usado un método contraceptivo.

En ese sentido, según un estudio realizado en 2003 ⁶⁸ encontró que la práctica del sexo no protegido sigue siendo el factor de riesgo más importante para adquirir el VIH. Los factores del comportamiento, las redes y diversos factores sociales serían elementos significativos en la adolescencia en el inicio de la vida sexual con riesgo y en la propagación de la epidemia.

A demás, entre ellos, las conductas de riesgo percibidas en los pares, el control por los adultos, los cambios de conducta con el tiempo (como dejar el uso del condón) y el prestigio que les da el comportamiento promiscuo. También se ha encontrado que el comportamiento de alto riesgo se relacionaba con un pobre apoyo familiar, unido a uso de drogas y problemas escolares.

Finalmente, en el estudio llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública sobre prevención del embarazo adolescente desde un enfoque de masculinidades, en 2015, en relación a la percepción del riesgo, en general hay información básica entre los participantes sobre sexualidad y anticoncepción. No consideran que los embarazos no planeados sean producto de una carencia en este sentido. En ese sentido, el disuasivo principal de tener relaciones sexuales sin protección es el miedo a contagiarse de una enfermedad, mientras que el embarazo es visto como algo más ajeno a ellos mismos y, por tanto, la conciencia del riesgo es menos clara.

Conclusiones

En este capítulo se conceptualizaron algunos conceptos clave de la salud sexual y reproductiva en adolescentes varones. Después se mostraron estudios e investigaciones sobre las experiencias de los jóvenes en su sexualidad, particularmente sobre el inicio de vida sexual, uso de métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual. A su vez, se describieron los conocimientos, actitudes y prácticas que revisiones sistemáticas han evidenciado sobre sus comportamientos.

Como se aprecia, uno de los componentes que aparece constantemente en la mayoría de las investigaciones científicas, son las conductas sexuales de riesgo y su relación con las construcciones sociales del género, particularmente con la relación que existen entre estas normas “tradicionales” y el uso de métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y asimetría en el proceso de toma de decisiones con la pareja.

En función de esto, el capítulo siguiente presenta una panorámica de estudios e investigaciones sobre los determinantes de la salud sexual de los adolescentes varones, particularmente del género. Asimismo, se muestra la pertinencia de

trabajar en escenarios escolares, particularmente en bachilleratos de educación pública y la metodología del tamizaje a seguir con los estudiantes adolescentes varones del bachillerato técnico de Villa de Pozos.

4. 1 NORMAS DE GÉNERO Y SEXUALIDAD EN VARONES

El estudio de la sexualidad ha sido abordado desde diferentes disciplinas como la antropología, la sociología, las ciencias biológicas, la fisiológica, la epidemiología y la psicología que aportan diversidad teórica y metodológica en su estudio.

Estos planteamientos han permitido reflexionar sobre el impacto del significado de la sexualidad, las actitudes y sus prácticas en la salud física y mental de los

individuos, en las conductas de riesgo, en el embarazo adolescente y el uso de los métodos anticonceptivos, entre otros temas ⁶⁹

En el sentido más amplio, la sexualidad no sólo se refiere a las actividades dependientes del aparato genital, sino que ha sido conceptualizada como un fenómeno dinámico que se desarrolla a lo largo de la vida como consecuencia de una compleja y cambiante interacción de factores bio-psico-socio-culturales ⁷⁰.

Por tanto, la sexualidad no es un hecho dado, sino que es una construcción social con diversas manifestaciones modeladas por la cultura, las instituciones, la etnia, el género, el grupo étnico y las concepciones del mundo ⁷¹.

En el caso del género, se observa una fuerte influencia en las vivencias de la sexualidad a partir de los deberes asociados a lo femenino y lo masculino. De esta manera, los comportamientos de las mujeres están cargados de un tinte tradicional, donde se le asocia a la reproducción, la crianza, la labor doméstica y el cuidado de los otros ⁷⁰.

Por ejemplo, algunos estudios han señalado que ser mujer significa “ser para los otros”, trabajar, pensar cuidar a los otros. En este tenor, su sexualidad, queda al servicio de los otros para la procreación o para el goce del hombre y se marca el cuerpo de la mujer como un “cuerpo para otros” ⁷⁰.

Más aún, su erotismo está suscrito a una serie de reglas y normas culturales, deberes, límites y prohibiciones eróticas. Una sexualidad deserotizada que desde la infancia interiorizan a través del silencio en torno a las experiencias que involucran el goce de su cuerpo y deriva en una negación en torno al placer. Sus genitales no se nombran, no se exploran, no se juega con ellos, sólo se tocan para asearlos.

4.2 Modelos hegemónicos y tradicionales de la masculinidad en la Salud Sexual y Reproductiva

Si bien esta tesis no pretende mostrar y profundizar todas las teorías sobre las masculinidades, es conveniente mostrar algunos de los principales estudiosos del tema, principalmente aquellas líneas de investigación relacionadas con la ciencia social y la salud pública.

En ese sentido, los estudios de Connell ¹⁹ resultan torales. En sus postulados, señala las prácticas y relaciones que constituyen los principales patrones de masculinidad imperantes actualmente en occidente. A continuación, se mencionan los más relevantes.

Hegemonía

El término se refiere a la dinámica cultural por la cual un grupo exige y sostiene una posición de liderazgo en la vida social, en ese sentido, la masculinidad hegemónica puede definirse como “la configuración de la práctica genérica que encarga la

respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, lo que garantiza (o se toma para garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres ¹⁹

Connell, enfatiza en que la masculinidad hegemónica encarna una estrategia corrientemente aceptada, por lo que esta masculinidad debe de entenderse como cambiante y en medio de una dinámica social conflictiva, es decir, la hegemonía es probable que se establezca sólo si hay correspondencia entre el ideal cultural y el poder institucional. Así, cuando cambien las condiciones de resistencia del patriarcado, estarán “tambaleándose” las bases de una masculinidad en particular.

Subordinación

La hegemonía se relaciona con la dominación cultural en la sociedad como un todo. Dentro de ese marco completo, se dan relaciones de dominación y subordinación específicas, entre los grupos de hombres, que se estructuran de acuerdo al género.

El caso más importante en las sociedades europeas y estadounidenses contemporáneas es la dominación de los hombres heterosexuales y la subordinación de los hombres homosexuales. Se trata de mucho más que una mera estigmatización cultural de la identidad homosexual o gay. Según Connell, los hombres gays se encuentran subordinados a los hombres heterosexuales por toda una serie de prácticas materiales.

Así, la opresión coloca las masculinidades homosexuales en el fondo de una jerarquía de género entre los hombres. Para la ideología patriarcal, la homosexualidad es el depósito de todo aquello que la masculinidad hegemónica desecha simbólicamente, incluyendo desde un gusto quisquilloso al decorar la casa hasta el placer anal receptivo.

Complicidad

Aun cuando el número de hombres que encaran la masculinidad hegemónica es evidentemente reducido, la mayoría de los varones gana por hegemonía ya que esta se beneficia con el dividendo patriarcal, con la ventaja que obtienen los hombres en general de la subordinación de las mujeres.

Connell cree que esto se puede hacer al reconocer otra relación entre grupos de hombres, la relación de complicidad con el proyecto hegemónico, es decir, la complicidad con la subordinación en general de las mujeres y de los hombres que no se ajusten a la masculinidad hegemónica. Esta se da más desde lo simbólico, ya que se ejerce por medio de acciones, que, desde el exterior, obedecen menos al estereotipo de la masculinidad hegemónica pero no rompen del todo con la ideología patriarcal.

Marginación

Como lo menciona Connell, el género es una estructura social de desigualdad, pero no la única. Como sabemos, la clase y la raza, constituyen las otras estructuras sociales que constituyen la desigualdad. El género interactúa con las mismas dando paso a ciertas relaciones entre las masculinidades en las clases dominante y subordinada o en los grupos étnicos. A esto se refiere con las relaciones de marginación.

4.3 Masculinidad

Aunque el término masculinidad remite a la construcción social y cultural de una identidad, el tema no fue de atención para las ciencias sociales sino a partir de los años 80, luego de que el feminismo académico y político lograra dos cosas: diferenciar entre sexo y género junto con esto, desnaturalizar las relaciones de dominación y desigualdad fundadas en esta diferencia. Con esto se lograba desmontar un discurso que, amparándose en la naturaleza de hombres y mujeres, justifica, reproduce y, sobre todo, institucionaliza relaciones de desigualdad, dominación y violencia.

Como lo menciona Connell, todas las sociedades tienen sus explicaciones culturales del género, pero no todas tienen el concepto de masculinidad. Según el autor, en la actualidad el término supone que el comportamiento de cada quien es el resultado del tipo de persona que se es. En otras palabras, una persona no masculina se comportará de forma distinta: será pacífica en vez de violenta, conciliadora en vez de dominante, no podrá patear un balón de fútbol, no le interesarán las conquistas sexuales, etc.

En ese sentido, la mayoría de las definiciones de masculinidad han supuesto un punto de partida cultural, pero han seguido distintas estrategias para caracterizar el tipo de persona que es masculina. Connell, menciona 4 principales que pueden distinguirse en términos de su lógica interna, aunque en la práctica a menudo aparezcan combinadas: Definiciones esencialistas, las definiciones normativas, la ciencia social positivista y las aproximaciones semióticas

Finalmente, Connell argumenta que la masculinidad, hasta el punto en que el término puede definirse, es un lugar en las relaciones de género, en las prácticas a través de las cuales los hombres y las mujeres ocupan ese espacio en el género, y en los efectos de dichas prácticas sobre la experiencia corporal, la personalidad y la cultura.

4.4 Género y estructura social

El género es una de las formas en las que se ordena la práctica social. En los procesos de género, la conducta cotidiana se organiza en relación con un ámbito reproductivo, definido por las estructuras corporales y los procesos de reproducción humana. Según Connell, éste ámbito incluye la excitación y el intercambio sexual, el nacimiento y cuidado infantil, las diferencias y semejanzas sexuales corporales.

En este sentido, existen coincidencias sobre la necesidad del modelo para la estructura de género que actúe, por lo menos, en tres dimensiones: a) de poder, b) producción y c) catexis (vínculos emocionales). Aunque se trata de un modelo provisional es bastante útil para reflexionar sobre la masculinidad ¹⁹

Relaciones de poder

El denominado patriarcado, como principal eje del poder de los sistemas de género europeo y estadounidense contemporáneos es la total subordinación de las mujeres y la dominación de los hombres.

Relaciones de producción

La división sexual del trabajo es muy común en lo que respecta a la designación de tareas y, a menudo, alcanza un extraordinario grado de detalle.

Catexis

Que se refiere las prácticas que dan forma y actualizan el deseo como parte del sistema de género.

4.5 Género y Salud

A mediados del siglo pasado, la salud empezó a ser definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). El objetivo era promover un discurso que fuera más allá del énfasis biomédico en la erradicación de la enfermedad ⁷².

Más de medio siglo después, la investigación en ciencias de la salud sigue estando mayormente dominada por la búsqueda de características y consecuencias desde una perspectiva patológica ⁷².

Sin embargo, en la actualidad, en amplios sectores de la salud pública está aceptado que las enfermedades no dejan de responder a factores como la cultura, las relaciones sociales o los procesos políticos y económicos ⁷³.

En ese sentido, el desarrollo de paradigmas complementarios a los de la biomedicina, de la mano de disciplinas como la antropología médica, la sociología, la economía y la misma salud pública, han permitido conceptualizar los procesos de salud enfermedad como fenómenos íntimamente conectados a las representaciones culturales y estructuras sociales ⁷³

El concepto de salud ha ido adoptando una visión más sensible a lo local y particular, interpretando la etiología desde la consideración a redes multi causales. ⁷⁵ De esta manera, si bien las diferencias en salud entre varones y mujeres han sido explicadas durante mucho tiempo desde concepciones biológicas, asumiéndolas como naturales, en la actualidad no se suele caracterizar la enfermedad sin tomar en consideración las experiencias de las personas dentro del contexto en que se desarrollan sus vidas.

Dicha consideración a las singularidades subjetivas fue una de las claves para el desarrollo del género en el corpus científico de las ciencias de la salud. Estudiar el sistema de género desde la estrecha relación entre lo biológico y los determinantes socioculturales ⁷⁶ lo convierte en un elemento fundamental en el estudio de las causas y los factores a través de los cuales las desigualdades de género se consolidan en un determinado contexto.

Por otra parte, la idea del género como uno de los ejes de desigualdad que más condicionan los procesos de salud/enfermedad de las personas, hunde sus raíces en diferentes teorías y modelos conceptuales en torno a los mecanismos de producción de las desigualdades sociales en salud.

En las ciencias de la salud pública, esto pasó a un primer plano tras la aparición del *Black Report*. Este informe analizaba en profundidad la información disponible sobre las desigualdades en mortalidad, mortalidad y utilización de los servicios sanitarios en el Reino Unido ⁷⁷.

Su impacto dentro de la comunidad científica se potenció tras la actualización realizada por Margaret Whitehead (1988). La idea de “desigualdad en salud” empezó a ser concebida, de forma inexorable, a las oportunidades y recursos relacionado con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, lugar de residencia o condición étnica.

La compilación de informes en el mundo sobre la salud de los varones presentados en el “Morbidity and Mortality Weekly Report” marcó un antes y después al respecto. En estos informes se evidenciaban las diferencias en las tasas de mortalidad de varones y mujeres de entre 15 y 24 años en relación a las 6 principales causas de muerte en Estados Unidos; accidentes de tráfico, suicidios, homicidios, cáncer y enfermedades del corazón (CDC, 1994). Sumado la relación de los varones con los servicios de salud, constituido en uno de los factores explicativos clave de sus tasas de enfermedad y mortalidad.

La investigación epidemiológica muestra de forma consistente que los varones acceden menos que las mujeres a los servicios de atención primaria ⁷⁸ y se involucran menos en iniciativas preventivas y de promoción de la salud.

De la misma forma, la literatura no solo advierte diferencias en cómo mujeres y varones definen y priorizan su salud ⁷⁹ sino también, en cómo aplican la información sanitaria de la que disponen ⁸⁰. Muchos de estos comportamientos emergen de patrones aprendidos durante la adolescencia, lo que justifica totalmente la necesidad de un análisis particular centrado en esta etapa del ciclo vital propuesto en este proyecto de investigación.

En gran medida, desde la adolescencia los jóvenes tienen que demostrar su hombría a las personas que conforman su círculo social. Se aprende de los padres y madres, de sus pares, de los medios de comunicación y, en general, de la

observación de los adultos, la definición de masculinidad del mundo al que se pertenece (OMS, 2000).

Desde esta perspectiva, la adopción de las normas tradicionales de género, como la construcción social de las masculinidades durante las primeras etapas de la vida incrementa la posibilidad de desarrollar ciertos comportamientos de riesgo para la salud ⁸¹

Es relevante mencionar que la construcción psicométrica y metodológica del instrumento con el que se evaluaron los comportamientos sexuales de riesgo y las normas tradicionales de género, ha sido resultado de estudio e investigaciones que han evidenciado su pertinencia para profundizar en los temas aquí mencionados.

Por ejemplo, en el año 2004, como parte de una intervención para la promoción de relaciones saludables y las infecciones de transmisión sexual y VIH en varones, se pudo encontrar lo siguiente: Basado en Río de Janeiro, se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental que comparó el impacto de diferentes actividades relacionadas con la salud.

La muestra total fue de 780 hombres jóvenes de 14 a 25 años, que fueron seguidos durante un tiempo específico. El estudio llevó a cabo 2 intervenciones. La primera fueron sesiones educativas e interactivas lideradas por adultos masculinos. La otra fue una campaña de mercadeo social sobre el estilo de vida en toda la comunidad para promover el uso del condón, usando mensajes con igualdad de género que también refuerzan los mensajes promovidos en las sesiones de educación grupal.

Otra parte del estudio con sede en otra ciudad, recibió una intervención que combinó la educación grupal con la campaña de estilo de vida. A demás se tuvo una tercera comunidad en la ciudad de Macacos, que sirvió como grupo control.

Para evaluar el impacto, se hizo uso de la escala GEM -instrumento que utilizaremos en este proyecto- evidenciado de manera general, que los varones más jóvenes tienen mayor riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual y VIH, que el uso consistente del condón es más frecuente con parejas regulares que casuales.

También se evidenció que, de acuerdo con normas de género no equitativas, se asocian mayores riesgos en la salud sexual de los jóvenes. A su vez, se pudo mostrar que se pueden promover normas de género más equitativas y comportamientos relacionados con tener impactos positivos en las actitudes y conductas de los hombres jóvenes.

Por otra parte, en el reciente informe sobre masculinidades y salud en la Región de las Américas ⁸², realizado por la OPS, muestran que para entender y sintetizar las consecuencias de la socialización masculina resulta útil el concepto de la masculinidad como factor de riesgo, como una síntesis que articula las masculinidades, su construcción social y la forma en que afecta a la salud. Desde

una socialización en la masculinidad hegemónica, el hombre conformaría una triada de riesgo:

- 1) Hacia las mujeres y los niños: Violencia, abuso de sustancias psicoactivas, infecciones de transmisión sexual, embarazos forzados, paternidad ausente y falta de corresponsabilidad en el hogar.
- 2) Hacia otros hombres: Accidentes, homicidios y otros, así como transmisión de VIH/SIDA.
- 3) Hacia sí mismo: Suicidio, accidentes alcoholismo y adicciones, y enfermedades psicosomáticas.

Sin embargo, puede hablarse también de la vulnerabilidad en los hombres, que se origina en espacios y contextos precarios y que frecuentemente se refleja en una presencia minoritaria o de menor poder ligada a la etnia, la pobreza, la dispersión geográfica o la ruralidad o a formar parte de una minoría sexual.

En el mismo informe publicado en diciembre de 2015, se pudo identificar como progresan los datos de morbilidad y mortalidad durante el curso de vida de los hombres en comparación con las mujeres. Dichas diferencias tienen detrás factores de riesgo (que tienden a estar más presentes en los hombres) y factores de protección (más presentes en las mujeres).

Por ejemplo, de acuerdo a las edades comprendidas de los 15 a 29 años, entre las principales causas de mortalidad en los varones se encuentra la violencia interpersonal, los traumatismos debidos al tránsito y relacionado con el uso del alcohol, suicidio, trastornos por consumo de drogas, ahogamiento y VIH/SIDA.

4.6 Normas tradicionales de género y sexualidad en varones

Históricamente al hombre se le ha asignado el rol del protector y soporte económico, el que sale al mundo público a desempeñar el trabajo remunerado, quien toma las decisiones, establece las reglas y protege a la familia ⁸³

Las acciones anteriores son elementos fundantes del modelo tradicional hegemónico de masculinidad, lo que implica que, para ser valorados como varones, deben manifestar, además, características de comportamiento como racionalidad, invulnerabilidad emocional, competitividad, fortaleza física, autosuficiencia, entre otras cosas.

Estas mismas expectativas, normas y atributos atraviesan la vivencia de su sexualidad. Se espera que tengan un buen desempeño sexual, mantengan un rol activo, independiente, además de enfatizar en su heterosexualidad e hipersexualidad. El inicio temprano de las relaciones sexuales es la instancia en la que el ejercicio del sexo supone el pasaje a la etapa adulta y madura ⁸⁴.

En todo este trayecto, los hombres jóvenes van viviendo experiencias que les permiten identificar las prerrogativas que concede la sociedad a su condición masculina: tener diferentes parejas sexuales, establecer relaciones simultáneas con dos mujeres o vivir una sexualidad vinculada fundamentalmente al placer. Justo aquí se hace evidente la inequidad existente en la sociedad, en tanto que estas libertades concedidas a los varones imponen sus intereses por encima de sus compañeras, las reducen a simples objetos sexuales ⁸⁵.

Pero este modelo tradicional hegemónico no a todos los hombres los conduce a un bienestar y a la salud, pues se ha encontrado en estudios, que, este patrón, genera incomodidad y molestia en algunos individuos, otros la viven con tensión y conflicto, pero también la pérdida de aspectos de esta masculinidad es vivida con sufrimiento, confusión, rabia y desacuerdo ⁸⁵

De esta manera, en los últimos años se ha documentado ⁸⁶ cómo los varones han ido integrando otros significados, normas y roles a su identidad. Asumen que su vida sexual es una parte integral de los vínculos amorosos al reconocer su sensibilidad y el sentir que son emocionales.

Así pues, la construcción de las masculinidades no son entidades fijas, más bien son un proceso dinámico que cambia, se transforma y se modifica con el tiempo.

Conclusiones

La salud es el resultado de la interacción de múltiples determinantes que influyen en la vida de las personas. En la adolescencia, estos factores están relacionados entre otros como son la escolaridad, la nutrición, etnia, las condiciones socioeconómicas y el género; este último, ha mostrado su impacto en las conductas y comportamientos de riesgo, como el uso de sustancias, intentos suicidas, deserción escolar y comportamientos sexuales. Como se describió en el capítulo, existe evidencia científica que permite asociar comportamientos sexuales de riesgo y normas tradicionales de construcción social, como el género.

No obstante, existe relativamente poca información que muestre la pertinencia del estudio de la salud sexual y reproductiva en escenarios escolares. Por consiguiente, el próximo capítulo pretende integrar evidencia y argumentación que describa la pertinencia de las intervenciones en estos contextos.

5.1 LA IMPORTANCIA DEL TAMIZAJE

El interés en los hombres y la salud sexual y reproductiva sugiere la importancia de diseñar intervenciones específicas para adolescentes varones y hombres jóvenes. Está ampliamente reconocido que la intervención durante los años de la adolescencia puede resultar en un mejoramiento de la salud sexual y reproductiva durante la vida adulta ⁸⁷.

En ese sentido, la recopilación de información y análisis, así como la propuesta de intervenciones estructuradas, pueden ser utilizadas para el fomento del bienestar de los adolescentes, especialmente en relación a su salud sexual y reproductiva.

El término *riesgo* hace referencia al incremento de la probabilidad de un resultado o consecuencia negativa dentro de una población de individuos; las características que incrementan dicho riesgo se definen como “factores de riesgo”, que dan cuenta de ciertos patrones de comportamiento que posibilitan una mayor comprensión de la salud y sus alteraciones en los adolescentes, tales como el uso y abuso de sustancias, violencia y conductas sexuales de riesgo ⁸⁷.

Una vez presentado en anteriores capítulos el panorama de los riesgos a los que están expuestos los adolescentes, particularmente en relación a su salud sexual, y, aunado a la relación de éstas conductas con los determinantes sociales de la salud como el género o las condiciones en la construcción social de éste, es necesaria la detección oportuna de indicadores asociados con los diferentes ámbitos del funcionamiento del adolescente para fundamentar una intervención pertinente, construida participativamente, más aún en los escenarios escolares de bachillerato, en los que a pesar de haber referentes de instrumentos que evalúen dichas variables, no se ha profundizado en la explicación conjunta con métodos cualitativos.

Algunos de estos aspectos han sido explorados mediante pruebas de cribado, como el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers, o POSIT), el cual ha sido aplicado en otros trabajos, así como el Instrumento para la Detección de Riesgos en Escuelas (IDERE) ⁸⁸ no obstante, los trabajos en el estado de San Luis Potosí relacionados al tema han sido escasos.

5.2 ¿Qué significa diagnosticar?

El diagnóstico constituye la primera etapa dentro de un proceso de planificación. Es la actividad a través de la cual se interpreta la realidad que interesa transformar. Generalmente, el proceso de diagnóstico empieza cuando se necesita enfrentar problemas que ya comienzan a manifestarse en la comunidad, que están siendo detectados por las organizaciones sociales o por las instituciones y que necesitan resolverse mediante acciones prácticas.

Por ejemplo: falta de servicios básicos (aseo urbano, electricidad, agua, asfalto); inseguridad, desempleo, falta de infraestructura recreativa (canchas, centros culturales, parques, plazas); de infraestructura social (escuelas, consultorios, jardines infantiles, recreación), entre otros.

En síntesis, el diagnóstico permite comprender los problemas que plantea la realidad, de tal manera de obtener los conocimientos necesarios para planificar acciones y soluciones viables. Por lo anterior, podemos decir que diagnosticar es investigar, porque no se puede actuar sobre algo que se desconoce.

5.3 La importancia de realizar el diagnóstico

Todos podemos saber y conocer una realidad social, pero este saber y conocer puede ser insuficiente, parcial o equivocado. De lo contrario, actuar sin tener un diagnóstico puede traer por consecuencia:

1. Equivocarse con la selección de problemas a resolver.
2. Atender los problemas secundarios y no los principales o urgentes.
3. La posibilidad de que se entiendan mal los principales factores que contribuyen al problema y relaciones entre ellos, y así, acertar parcialmente en las soluciones desperdiciando trabajo, tiempo y recursos.
4. Planificar y ejecutar acciones poco viables, por no conocer suficientemente los diferentes aspectos del problema.

En definitiva, para encontrar una solución eficaz, se debe tratar de comprender a fondo el problema que aqueja a la comunidad. Muchas veces se conoce sólo algunos elementos sueltos o superficiales. Si se limita a esos conocimientos, sin ampliarlos o profundizarlos, es probable que las acciones tengan poco impacto y finalmente, el problema no sea resuelto.

5.4 Protagonistas del diagnóstico

Un buen diagnóstico debe basarse en la experiencia en proyectos similares, del propio conocimiento acumulado del problema y de las opiniones e interpretaciones de los propios afectados.

Por ende, el diagnóstico lo debe hacer un equipo de trabajo (en este caso el investigador principal, director de tesis, autoridades escolares, maestros y estudiantes adolescentes varones) acompañados por la comunidad afectada por el problema.

Mencionado la anterior, es conveniente aproximarnos a conocer las características sociodemográficas que pudieran condicionar los comportamientos de los adolescentes estudiados.

Escenario en San Luis Potosí

Según el panorama sociodemográfico del INEGI en 2015, la población total de San Luis Potosí fue de 2, 717,820 habitantes. En relación hombres y mujeres, existen 94 hombres por cada 100 mujeres, siendo 27 años la edad mediana para la capital potosina. En ese sentido, los hombres representan el 48.5% de la población. Además, la población del grupo de edad de 15 a 29 años fue de 195, 987 habitantes

En relación a las características educativas y en función de nuestro grupo de edad de interés, existe una tasa de alfabetización del 98.5% en el grupo de edad de 15 a 24 años.

Sobre las características económicas, y mencionando que el 100% de los estudiantes varones del CECyTEC se están formando en profesiones técnicas, la población económicamente activa en los hombres mayores de 12 años y más en San Luis Potosí, representa el 66.1%.

En función de la disponibilidad de tecnologías de comunicación, se reporta que el 72.3% de la población tiene un celular, 27.9% posee una computadora y sólo el 26.7% tiene acceso particular a internet.

Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado (CECyTE)

Los CECyTE fueron creados para la impartición de educación media propedéutica y tecnológica con capacitación para el trabajo, con el propósito de satisfacer las demandas regionales de fuerza de trabajo.

En el estado de San Luis Potosí, fueron creados en el año de 1991, con el propósito de preparar al estudiante en una modalidad bivalente, es decir su preparación teórica con el pragmatismo de las distintas especialidades, para ejercer de inmediato cuando egresen de su bachillerato.

En los distintos planteles, se imparten carreras como contabilidad y administración, electrónica, mecatrónica, climatización y refrigeración, producción industrial de alimentos, enfermería general, programador de software, desarrollo comunitario, forestal, acuacultura de aguas continentales, comercio exterior, logística, ventas y puericultura.

En el CECyTE del municipio de San Luis Potosí, se cuenta con las carreras de técnico en refrigeración y climatización y técnico mecánico automotriz.

En relación a las características socioeconómicas de los jóvenes y de sus familias, la encargada de la dirección, sólo nos pudo proporcionar información relevante pero subjetiva. En ese sentido, refirió que el “70% de los jóvenes y sus familias están catalogadas con ingresos medios-bajos”. Este dato, confirma los resultados encontrados en estudios como el de Díaz-Guerrero y Capaldi et al, donde reportan que, a menor escolaridad y nivel socioeconómico, se asocian con el machismo, así como victimización femenina y perpetuación masculina, respectivamente. Sobre la situación laboral de los padres, madres o tutores, se encuentran laborando y en un

80% como obreros en la zona industrial". Ese porcentaje, refirió, vive en Villa de Pozos.

El resto de ellos, trabajan y viven en el municipio de San Luis Potosí.

Otro de los elementos que nos fue referido por parte de las autoridades, tuvo que ver con los proyectos de vida de los jóvenes varones que ahí estudian y se capacitan para el trabajo.

Mencionó que la mayoría de ellos (y ellas) está contentos (as) con la carrera técnica que cursan y que constantemente, su plan o proyecto de vida gira en torno a una poder obtener una oportunidad laboral en la zona industrial, tener una familia y vivir cerca de sus familiares.

III. HIPÓTESIS

En función de la situación de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones del CECyTEC

- Los participantes del estudio reportarán poco uso o uso inadecuado del condón, infecciones de transmisión sexual, así como una incompleta información sobre métodos anticonceptivos, presencia de síntomas de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), e inexistente orientación sobre la planificación familiar.
- Existen actitudes no equitativas de género en la muestra estudiada.
- Las actitudes de género, están positivamente asociadas al nivel de comportamientos de riesgo reportados por los participantes.

IV. OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la situación de salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones del CECyTEC de Villa de Pozos.

Objetivos específicos

1. Identificar los principales problemas de salud sexual y reproductiva en adolescentes varones del CECyTEC de Villa de Pozos.
2. Identificar las principales actitudes no equitativas de género en la muestra estudiada.
3. Analizar la relación entre las actitudes no equitativas de género y los comportamientos sexuales de riesgo en adolescentes varones del CECyTEC de Villa de Pozos.

V. METODOLOGÍA

5.1 Diseño

El estudio tuvo un diseño de tipo exploratorio y descriptivo, con el propósito de aproximarse y conocer las actitudes, comportamientos y conocimientos de la sexualidad en los varones adolescentes. En relación al tiempo, tuvo un diseño prospectivo de corte transversal, no experimental.

5.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 79 varones jóvenes de 15 a 20 años de edad, con un promedio de 17 años ($DE=.1.061$) de un bachillerato técnico ubicado en una zona semiurbana.

5.3 Criterios de inclusión

Que el instrumento se aplicara a los adolescentes varones de 15 a 19 años de edad, siendo alumnos del CECyTEC situado en Villa de Pozos, que desearan participar y a su vez, que hayan contestado el consentimiento y asentimiento informado y exista autorización por parte de sus padres y de ellos mismos, en caso de que sean menores de edad.

Criterios de eliminación

Para la aplicación del instrumento

- Adolescentes hombres que no hayan contestado de forma completa el cuestionario.
- Adolescentes varones que decidan dejar de participar en el estudio.

5.4 Operacionalización de variables

A continuación, se señalan las principales variables cuantitativas que se utilizaron en este estudio, junto con su nivel de medición correspondiente: Perfil sociodemográfico, normas no equitativas de género y salud sexual y reproductiva, respectivamente.

VARIABLE o CATEGORÍA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL o SUBCATEGORÍA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	1.1. Número total de años que tiene el encuestado	Cuantitativa discreta	Ordinal
Religión	Tipo de religión que profesa	1.2 Tipo de religión que profesa	Cualitativa	Nominal
Grado escolar	Año escolar que cursa actualmente	1.3 Año escolar que cursa actualmente	Cuantitativa discreta	Ordinal
Trabajo	Actividad remunerada	1.4 Trabaja actualmente	Cualitativa	Nominal
Lugar de Residencia	Lugar en donde se vive actualmente	1.5 Lugar en donde se vive actualmente	Cualitativa	Nominal
Lugar de Nacimiento	Lugar de nacimiento	1.6 Lugar de nacimiento	Cualitativa	Nominal
Personas con quien vive	Personas con las que se comparte un mismo techo	1.7 ¿Con quién vives?	Cuantitativa	Ordinal
Actitudes Equitativas de Género	Actitudes Equitativas de Género Escala GEM	Afirmación 2.1-2.37	Cuantitativa	Nominal
Salud Sexual	Conocimientos, prácticas y actitudes sobre pareja, y sexualidad	Pregunta 3.1 -3.23	Cuantitativa	Nominal
Salud Reproductiva	Conocimientos, prácticas y actitudes sobre uso de métodos anticonceptivos, prevención de infecciones de transmisión sexual	Pregunta 4.1-4.33		
Infecciones de Transmisión Sexual	Signos y Síntomas relacionados con la presencia de ITS.	Pregunta 5.1-5.12	Cuantitativa	Nominal

5.5 Instrumentos

Se utilizó un instrumento de medición que está dividido en tres secciones:

- 1) Variables sociodemográficas
- 2) La escala GEM de Actitudes Equitativas de Género por variables sociodemográficas en la primera sección, la escala GEM de Actitudes Equitativas de Género (GEM, Gender Equitable Men Scale), diseñada y validada por Pulerwitz y Barker (2008).
- 3) Variables sobre el conocimiento y las prácticas relacionadas a la salud sexual y reproductiva.

Considerando esto, la escala GEM original incluye 24 afirmaciones sobre las cuales los entrevistados deben marcar su grado de acuerdo como se ilustra a continuación (Totalmente de acuerdo y En desacuerdo).

2.1	“Es responsabilidad de una mujer evitar el embarazo.”	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.2	“Los hombres necesitan más sexo que las mujeres.”	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.3	“Si alguien me insultara, defendería mi nombre hasta con la fuerza si fuera necesario.”	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0

Posteriormente, a través de técnicas de análisis factorial y de fiabilidad fue posible observar la dimensionalidad y el comportamiento de los ítems, permitiendo eliminar algunas afirmaciones que tuvieran baja correlación. Finalmente, la versión adaptada de la Escala GEM para hombres incorporó 25 de los 33 ítems, reportando una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,837.

El instrumento se estructuró de la siguiente forma

Sección 1	Variables sociodemográficas	7 ítems
Sección 2	Escala GEM	37 ítems
Sección 3	Salud Sexual	23 ítems
Sección 4	Salud Reproductiva	31 ítems
Sección 5	Infecciones de Transmisión Sexual	12 ítems

5.6 Procedimiento

Una vez que se tuvo la autorización por parte de las autoridades correspondientes del bachillerato, así como de la comisión de bioética de la maestría en salud pública, se entregó para su firma, el formato de asentimientos y consentimientos informados.

Después de la implementación del instrumento anónimo, se llevaron a cabo análisis descriptivos de los datos, para dar pie a la interpretación y reporte de resultados.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

En función de que el estudio requirió información personal de los participantes, referente a patrón de vida, sistema familiar, uso de drogas, entre otra; se aseguró el manejo confidencial de dicha información.

Tal confidencialidad y el derecho a la privacidad, fueron garantizados mediante un cuestionario auto aplicable y anónimo. El riesgo estimado para esta investigación fue mínimo, pues la participación de los jóvenes no los expuso a daños físicos, ni psicológicos.

También se les explicó a los varones del bachillerato técnico, que los resultados del estudio, servirían para realizar algunas recomendaciones sobre temáticas en salud sexual y reproductiva, así como de género en la escuela y solamente con ese fin, la información podría ser difundida, siempre debidamente protegido el anonimato de los encuestados.

Una vez confirmado que los participantes y sus padres o tutores comprendieron la información mencionada, se les pidió que firmaran las cartas de consentimiento informado y asentimiento, en aquellos casos de menores de edad.

Las consideraciones ético legales mencionadas se apegaron estrictamente a lo señalado en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, Título V, 37 Capítulo Único, Artículo 100, Fracciones III, IV, relativos a la investigación en el área de la salud con seres humanos, (40) y en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Principios 21, 22, 24, 25.

Finalmente, el comité de bioética e investigación de la maestría en salud pública, autorizó el protocolo.

VII. RESULTADOS

Para el análisis cuantitativo de los datos, se hizo uso de la estadística descriptiva para responder al primer objetivo de la investigación sobre la identificación de los principales problemas de Salud Sexual y Reproductiva en los Varones del CECyTEC. Para responder al segundo objetivo sobre la estimación de asociación entre las normas no equitativas de género y problemas de Salud Sexual y Reproductiva en los mismos, se hizo un análisis inferencial mediante pruebas Ji-cuadrada con el Software SPSS versión 18.

1) Análisis descriptivo

Para responder a la pregunta de investigación 1, se hizo uso de estadística descriptiva, a través de frecuencias utilizando medidas de tendencia central y de caracterizar socio demográficamente a la muestra.

En la siguiente tabla, podemos observar una descripción sociodemográfica de la muestra estudiada.

7.1.2 Descripción sociodemográfica de la muestra.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N=78)

Variables	f	%
<i>Grado de Bachillerato</i>		
1er año	13	(16.7)
2do año	21	(26.9)
3er año	44	(56.4)
<i>Religión</i>		
Católica	59	(75,6)
Testigo de Jehová	1	(1.3)
Cristiana	8	(10.3)
Otro	10	(12.8)
<i>Lugar de Residencia</i>		
San Luis Potosí	55	((70)
Villa de Pozos	18	(23)
Otro	5	(6.4)
<i>Con quien vives</i>		

Papá, mamá y hermanos	59 (75)
Papá y Hermanos	2 (2)
Mamá y Hermanos	10 (12)
Abuelos	2 (2)
Otro	5 (6.4)

f: frecuencia

%: porcentaje

7.2.3 Salud Sexual y Reproductiva

A continuación, se presenta el panorama de los principales componentes de salud sexual en la muestra.

Tabla 2. Panorama de Salud Sexual en la muestra estudiada (N=78) n (%)

Relaciones Sexuales	
Si	49 (63)
No	29 (37)
Inicio de Vida Sexual	15.4 años (13-18)
¿Tienes pareja?	
Si	37 (47)
No	41 (53)
Has platicado con tu familia sobre	
VIH-SIDA	
Si	10 (12)
No	68 (88)
Uso de Condón	
Si	43 (55)
No	35 (44)
Relaciones Sexuales con la Pareja	
Si	17 (22)

No	61 (78)
Métodos anticonceptivos	
Si	37 (47)
No	41(53)

Fuente: Propia

El 63% (n=49) de los estudiantes varones refirió haber tenido relaciones sexuales, con una media de inicio en la vida sexual de 15.4 años; siendo a los 13 y 18 años la menor y mayor edad identificada en la muestra, respectivamente (Tabla 2).

Sobre la relación de pareja, el 47% (n=37) refirió tener una actualmente, de los cuales el 50% ha tenido relaciones sexuales con ella (Tabla 2). Asimismo, el 26% de los que habían iniciado una relación de pareja, tuvieron relaciones sexuales al siguiente mes.

Sobre la comunicación que han establecido con su familia para abordar distintos temas en los últimos tres meses, se identificó que sobre VIH-SIDA, 12% (n=10) lo ha hecho, Uso de condón 55% (n=43), Vida sexual 32%, Relaciones Sexuales con la Pareja 21% y Métodos anticonceptivos 47% lo han platicado.

Además, sobre tener relaciones sexuales con otros hombres, sólo 1 varón contestó que lo ha hecho, además refirió haber utilizado condón en su última relación sexual.

Finalmente, del total de la muestra, el 48.7% (n=38) refirió indagar o buscar indagar si su pareja ha tenido relaciones sexuales sin protección.

7.3 Salud Sexual

En relación a estar o no de acuerdo en que ocurriera la primera relación sexual, el 55% (n=43) de la muestra refirió haber estado de acuerdo con que ocurriera. Por otra parte, el porcentaje del uso del condón en la última relación sexual fue de 38.5% (n=30) (Tabla 3). En ese sentido, el 51% (n=40) de la muestra refirió que la decisión de usar el condón la tomaron ambos. Finalmente, en relación a la pregunta sobre quien traía el condón que utilizaron en la última relación sexual, el 53% (n=42) mencionó que fueron ellos mismos.

En función de las relaciones sexuales con personas que no hayan sido su pareja fija, el 34.6% (n=27) mencionó que sí las ha tenido (fi. 1) Asimismo, el 21% (n=17) refirió no haber utilizado el condón durante esa práctica sexual (Figura. 2)

Tabla 3. Uso de condón en la última relación sexual (n=49)

Variable	f	%
Si utilizó	30	(38.5)
No utilizó	19	(24.4)
No ha tenido relaciones sexuales	29	(37.2)

Fuente: Propia

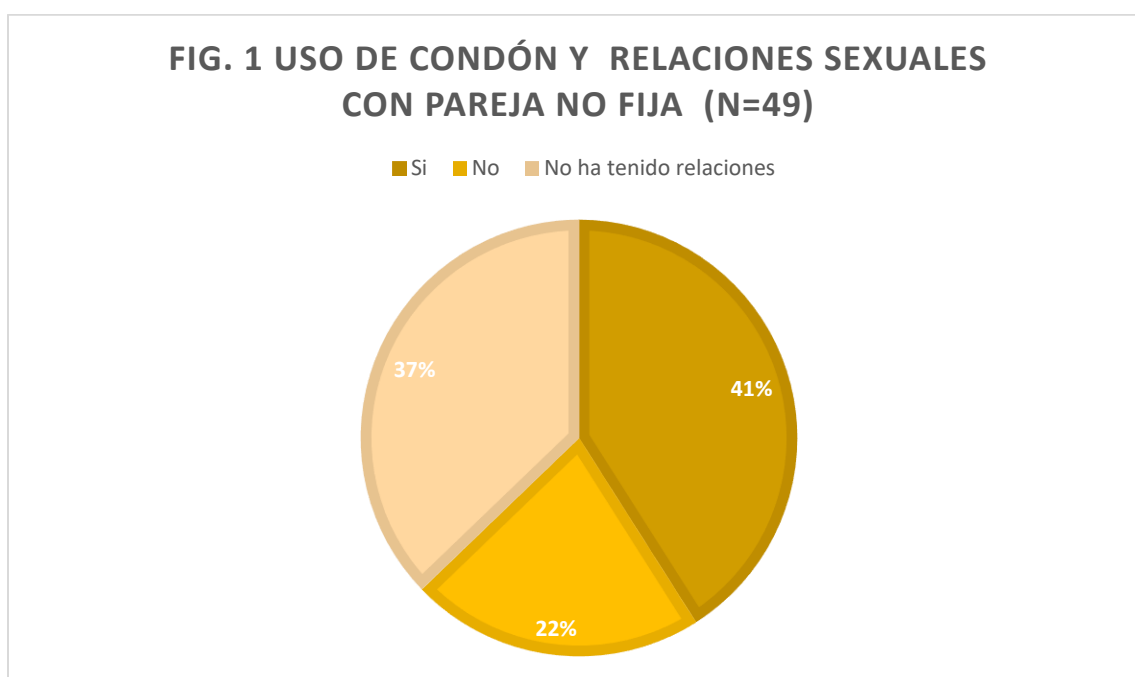


Figura 1. Distribución (%) de varones que reportaron usar o no un condón durante sus relaciones sexuales con una pareja no fija (n=49)

El 42% de los varones estudiados, refirieron preferir tener relaciones sexuales con una pareja fija. En ese sentido, el 51% de la muestra estudiada refirió no indagar o

buscar saber si su pareja ha tenido sexo sin protección. Además, el 68% mencionó que si exige o exigiría el uso del condón.

Es importante mencionar que, de la muestra, el 53% (n=41) de los varones reportaron que no tenían pareja y por ende no se tomaron en cuenta para éste análisis en particular. Es decir, la *n* total para este análisis fue de 34 (Figura. 4).

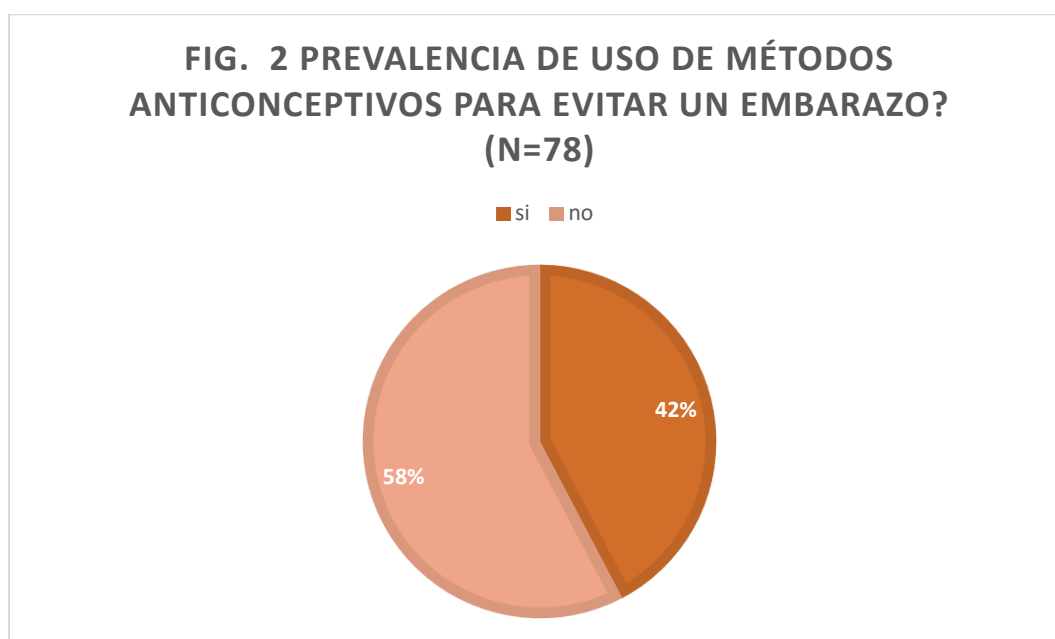


Figura 2. Distribución (%) de varones que reportaron usar o no usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo (N=78)

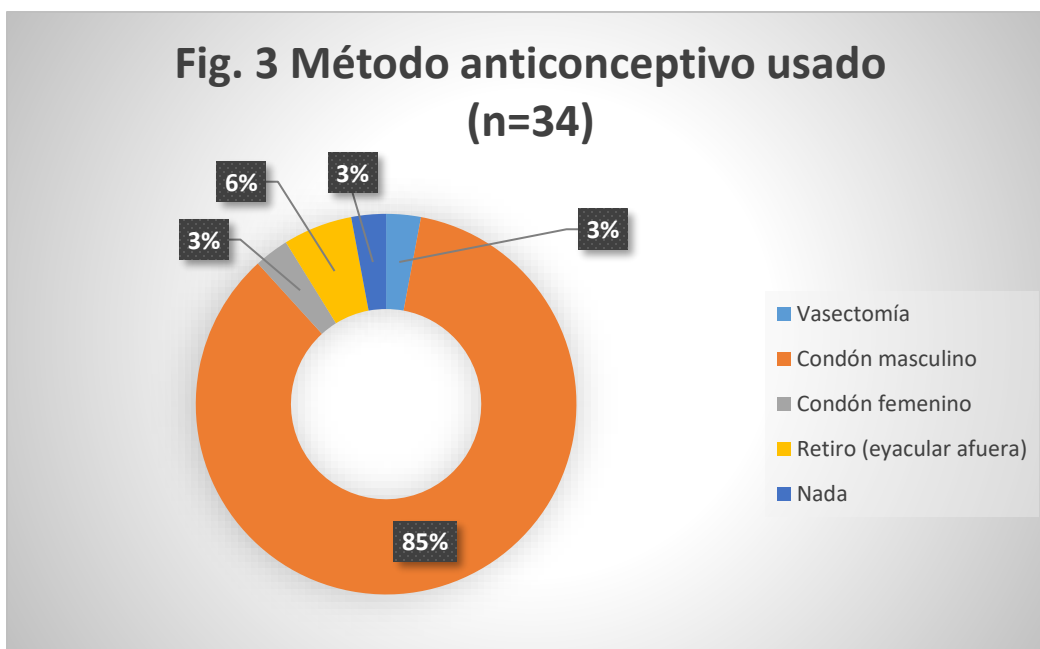


Figura 3. Distribución (%) de métodos anticonceptivos usados en la última relación sexual (N=34)

Sobre el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias como la marihuana, podemos observar que el 57.7% de la muestra no ha consumido alcohol y el 5.1% si lo ha hecho, es importante mencionar que el 37.2% restante, es decir 29 varones, no han tenido relaciones sexuales. Finalmente, el 3.8% de la muestra si tuvo relaciones sexuales bajo los efectos de la marihuana, mientras que el 59% no lo hizo. De igual forma, el 37.2% de la muestra, no había tenido relaciones sexuales (tabla 4).

Tabla 4. Uso de Alcohol y Marihuana en la última relación sexual (N=78)

Variable	f (%)
<i>Alcohol</i>	
Si utilizó	4 (5.1%)
No utilizó	45 (57.7%)
No ha tenido relaciones sexuales	29 (37.2%)
<i>Marihuana</i>	
Si utilizó	3 (3.8%)

No utilizó	46 (59%)
No ha tenido relaciones sexuales	29 (37.2%)

Fuente: Propia

Sobre la prevalencia de signos y síntomas relacionados con Infecciones de Transmisión Sexual en la muestra estudiada, se encontraron porcentajes relativamente bajos. Sin embargo, el 86% de aquellos que han presentado algún síntoma, no se ha tratado médicamente (tabla 5). Además, el 68% de la muestra, no ha hablado sobre cómo prevenir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Finalmente, el mayor porcentaje de los jóvenes en esta muestra estudiada, sin contar a la familia y a la pareja, hablan con sus amigos sobre métodos anticonceptivos con un porcentaje de 58%, que representaron 45 jóvenes estudiantes.

Tabla 5. Prevalencia de signos/síntomas relacionados con ITS (N=78)

Variable	f (%)
<i>Llagas (lastimaduras, ulceraciones)</i>	
Si	5 (6)
No	73 (94)
<i>Dificultad para orinar</i>	
Si	3 (3.8)
No	75 (96.2)
<i>Pus de olor fuerte</i>	
Si	2 (2.6)
No	76 (97.4)
<i>Verrugas en ano/pene</i>	
Si	1 (1.3)
No	77 (98.7)
<i>Enrojecimiento y comezón en el pene</i>	
Si	7 (9)

No	71 (91)
<i>Pequeños granos en la punta del pene</i>	
Si	6 (7.7)
No	72 (92.3)

Fuente: Propia

7.4 Salud Reproductiva

Respecto a la comunicación entre la pareja sobre cómo evitar embarazos, el 59% mencionó que, si lo ha hecho, mientras que el resto no lo ha platicado (Figura 4).

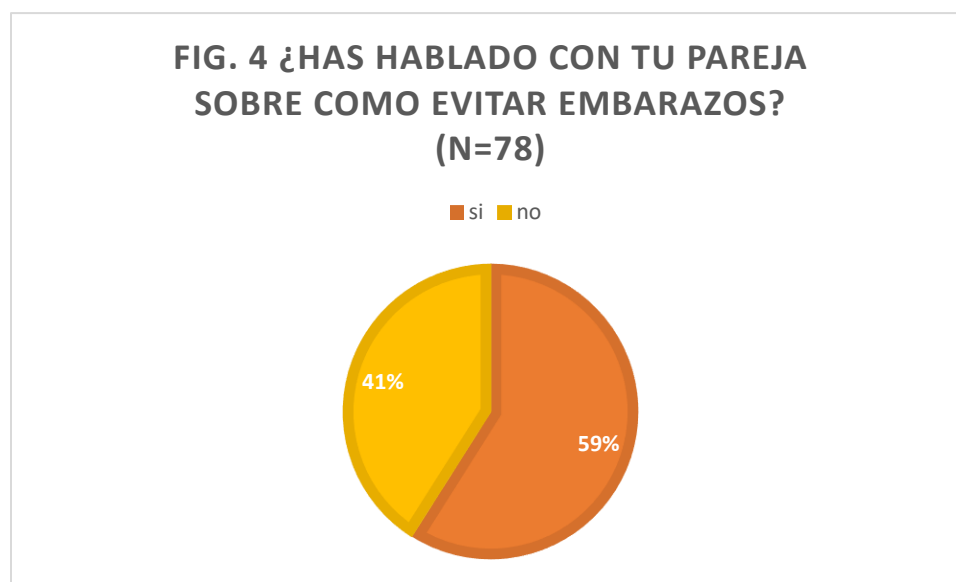


Figura 4. Distribución (%) de varones que reportaron hablar con su pareja en relación a cómo poder evitar un embarazo (N=78)

En ese sentido, quien inicia el tema refirieron que fueron ambos, con una frecuencia de 35 varones, que representa el 45% (Figura 5)

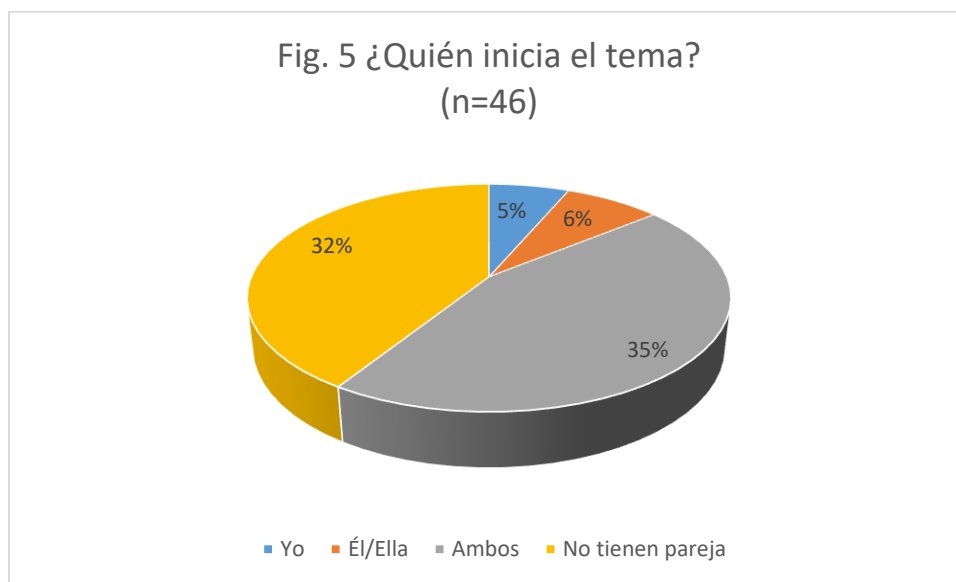


Figura 5. Distribución (%) de varones que reportaron iniciar el tema sobre la prevención de un embarazo (N=46)

Finalmente, al interrogar sobre si existe un periodo de mayor probabilidad para el embarazo en una mujer al tener relaciones sexuales, el mayor porcentaje se presentó en considerar que hay más probabilidades poco antes de la menstruación (Figura 6).

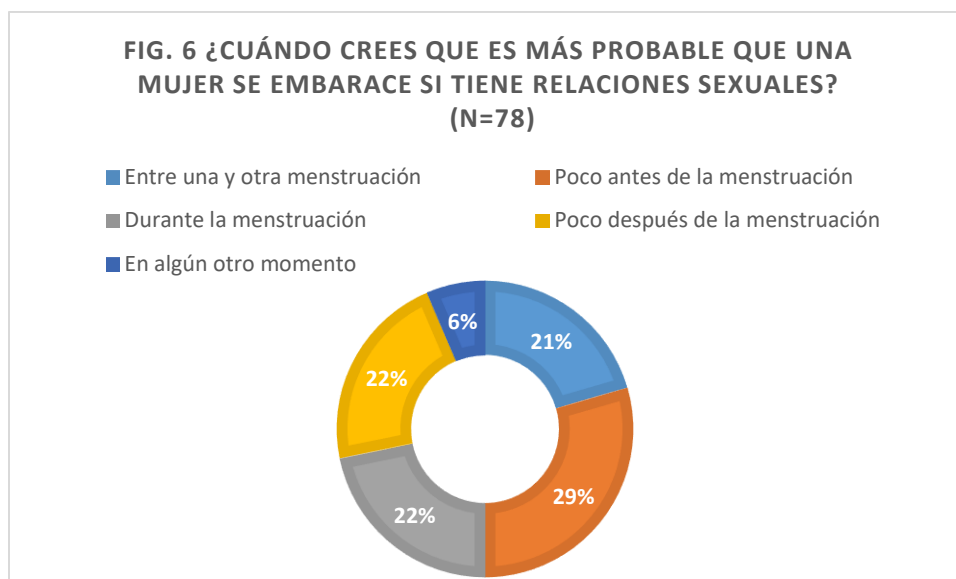


Figura 6. Distribución (%) de la creencia sobre la probabilidad de que una mujer se embarace en función de su menstruación. (N=78)

Sobre la realización de pruebas para detectar VIH, el 95% de los varones encuestados, refirió que nunca se la ha realizado (Figura 7).

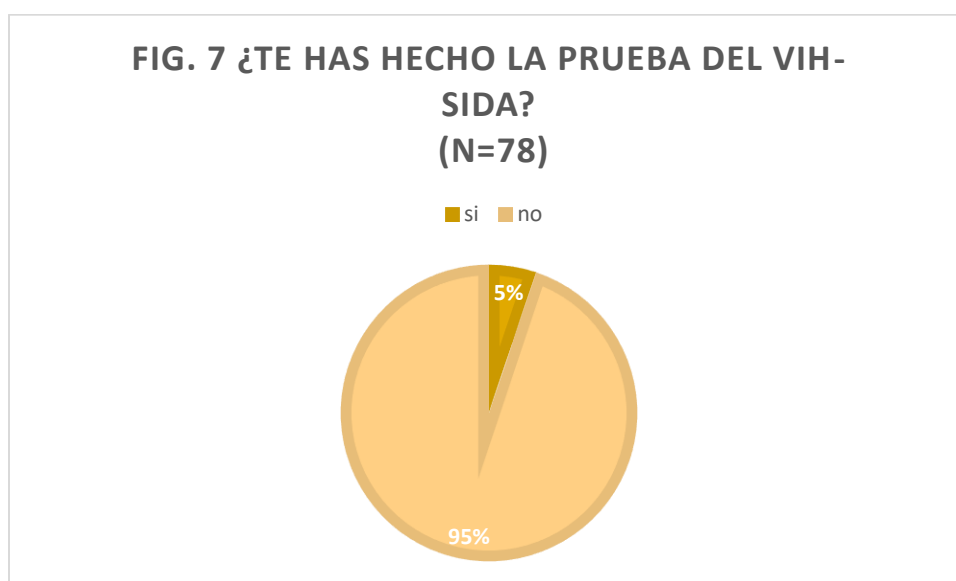


Figura 7. Distribución (%) de varones que reportaron haberse hecho la prueba de VIH/SIDA (N=78)

Por otra parte, y en relación con las relaciones sexuales seguras, el 76% aseguró que ha intentado utilizar el condón como método anticonceptivo con alguien que no quiere utilizarlo (Figura 8).

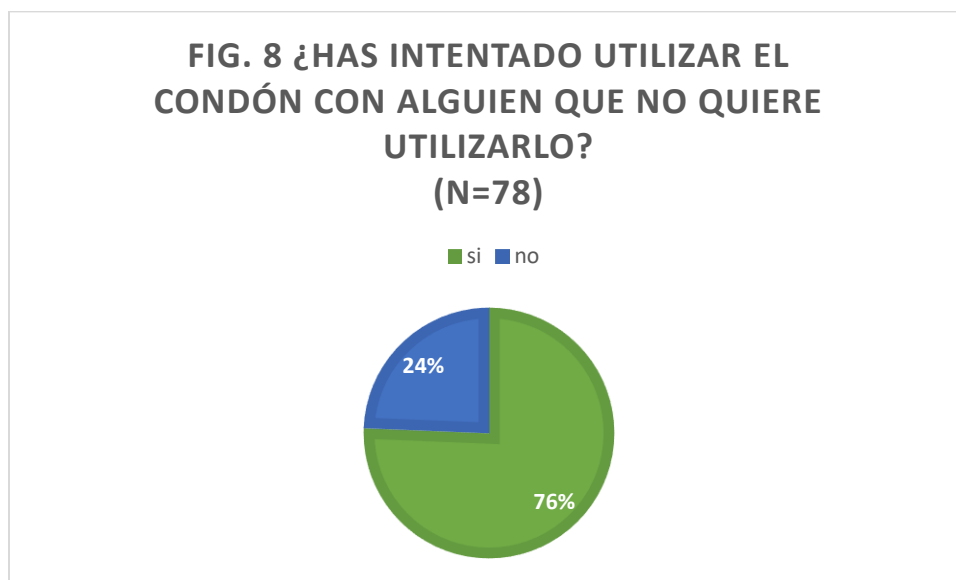
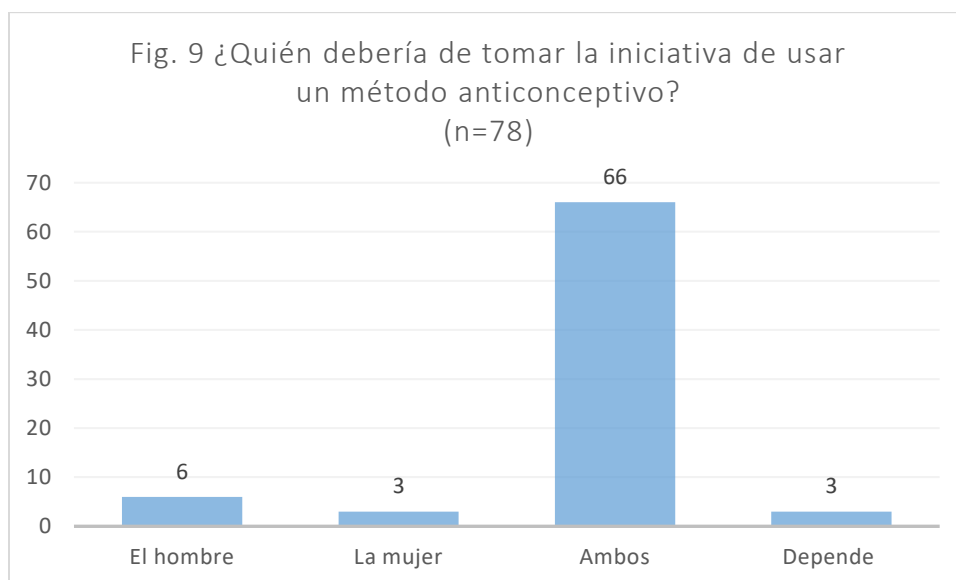


Figura 8. Distribución (%) de varones que reportado intentar usar el condón con alguien que no quiso utilizarlo (N=78)

En ese sentido, los jóvenes varones refirieron con un porcentaje del 85% que deberían ser ambos lo que tomen la iniciativa de hacer uso del condón (Figura.9).



Fuente: Propia

7.5 Actitudes Equitativas y No Equitativas de Género

A continuación, se presentan las afirmaciones en relación a las actitudes equitativas de género. En esta población, aunque existen actitudes no equitativas de género, la mayoría de los jóvenes varones no está de acuerdo en dichas actitudes o comportamientos (Tabla 5).

Tabla 5. Actitudes de Género analizadas en la muestra (N=78)

Variable	En desacuerdo f (%)	Totalmente de acuerdo
Es responsabilidad de una mujer evitar el embarazo	64 (82)	14 (17.9)
Los hombres necesitan más sexo que las mujeres	67 (85)	11 (14.1)
Si alguien me insultara, defendería mi nombre hasta con la fuerza si fuera necesario.	34 (43)	44 (56.4)
Hay veces en que una mujer merece ser golpeada.	75 (96)	3 (3.8)
Un hombre debe tener la última palabra sobre las decisiones en su casa.	74 (94.9)	4 (5.1)
En mi opinión, una mujer puede proponer tanto como un hombre el uso de condones.	77 (98.7)	1 (1.3)
Si un hombre embaraza a una mujer, el hijo es responsabilidad de los dos.	77 (98.7)	1 (1.3)
Cambiar pañales, bañar y alimentar a un hijo son responsabilidades de la madre.	69 (88.5)	9 (11.5)
Para un hombre es importante tener un amigo con quien pueda hablar de sus problemas.	65 (83)	13 (16.7)
Yo nunca tendría un amigo gay.	62 (79.5)	16 (20.5)
Es importante que el padre se involucre en la vida de sus hijos.	70 (89.7)	8 (10.3)
Los hombres siempre están listos para tener relaciones sexuales.	59 (75.6)	19 (24.4)
El papel más importante de las mujeres es cuidar de su casa y cocinar para su familia.	61 (78.2)	17 (21.8)
Un hombre necesita otras mujeres, aunque esté bien con su pareja.	74(94.9)	4 (5.1)
Un hombre y una mujer deben decidir juntos qué anticonceptivos van a usar.	76 (97.4)	2 (2.6)

Es el hombre quien debe decidir de qué forma tener las relaciones sexuales.	73 (93.6)	5 (6.4)
Las mujeres que tienen condones en su bolsa son mujeres fáciles.	72 (92.3)	6 (7.7)
Está bien que un hombre golpee a su pareja, si ella no quiere tener relaciones sexuales con él.	78 (100)	
Me desagrada ver a un hombre comportarse como una mujer.	58 (74.4)	20 (25.6)
Una mujer y un hombre deben decidir juntos si quieren tener hijos.		78 (100)
Una mujer debe tolerar la violencia de su pareja para mantener unida a su familia.	75 (96.2)	3 (3.8)
Me sacaría de onda si mi pareja me exigiera usar un condón.	72 (92.3)	6 (7.7)
De sexo no se habla, ¡se hace!	66 (84.6)	12 (15.4)
Un hombre debe saber qué le gusta a su pareja durante el sexo.	68 (87.2)	10 (12.8)
La mujer debe llegar virgen al matrimonio.	62 (79.5)	16 (20.5)
Si una mujer traiciona a un hombre, él puede golpearla.	76 (97.4)	2 (2.6)
Un hombre debe intervenir si observa a otro hombre golpear a una mujer.	71 (91.0)	7 (9.0)
Un verdadero hombre solo tiene relaciones sexuales con mujeres	35 (44.9)	43 (55.1)
Por encima de todo un hombre debe de imponer respeto	23 (29.5)	55 (70.5)
Una mujer decente no se emborracha en público.	45 (57.7)	32 (41.0)
Si alguien me busca bronca, no me echo para atrás.	31 (39.7)	47 (60.3)
Respeto a los gays, pero que no se metan conmigo.	10 (12.8)	68 (87.2)
Si alguien insultara a mi novia lo obligaría a que se disculpara.	10 (12.8)	68 (87.2)
No me casaría con una mujer que haya tenido relaciones sexuales con otros hombres.	72 (92.3)	6 (7.7)
Se ve mal que un hombre llore en público.	64 (82.1)	14 (17.9)
Me molestaría que alguien me confundiera con un gay.	40 (51.3)	38 (48.7)
Me sentiría mal si mis amigos se enteraran que mi novia ha tenido relaciones sexuales	45 (57.7)	33 (42.3)

con otros hombres.

Fuente: Propia

2) Análisis inferencial

Para responder a la segunda pregunta de investigación sobre la identificación de relaciones entre las normas tradicionales de género y los comportamientos sexuales de riesgo, se llevaron a cabo análisis estadísticos mediante el uso de Ji cuadrada (χ^2) para evaluar asociación estadística entre variables conformadas por las actitudes no equitativas de género y problemas de salud sexual y reproductiva. Ji cuadrada es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, en este caso se determinará si existe alguna diferencia en relación con las actitudes no equitativas de género y de salud sexual y reproductiva, en función de la edad, la religión, el lugar de residencia, de nacimiento, de la actividad laboral y de las personas con las que se vive.

7.2.1 Nomas Tradicionales de Género y Comportamientos Sexuales de Riesgo

En relación con las variables sociodemográficas analizadas (edad, religión, lugar de residencia, entorno familiar) entre las actitudes no equitativas de género y los comportamientos sexuales de riesgo, podemos observar los siguientes resultados:

Se puede observar que, en esta muestra, la mayoría de los jóvenes varones utilizó el condón en la última relación sexual. De los que menos lo utilizaron, fueron aquellos que tenían 16 años. Sin embargo, no fue estadísticamente significativo. Es importante señalar que en las edades de 15 y 20 años, sólo había 1 varón con esa edad, por eso representa el 100% (Tabla 6).

Tabla 6. Asociación entre edad y uso de condón reportado en la última relación sexual (N=49)

		¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales con tu pareja utilizaron el condón?	
		si	no
Años cumplidos	15	100.0%	
	16	66.7%	33.3%
	17	58.8%	41.2%
	18	62.5%	37.5%
	19	33.3%	66.7%
	20	100.0%	
Total		61.2%	38.8%

(P<0.05) Sig .800

Fuente: Propia

Según la Tabla 7, conforme va incrementando la edad de los encuestados, un mayor número reportan que el varón tiene responsabilidad para evitar un embarazo.

Tabla 7. Años cumplidos y Responsabilidad de la mujer en evitar el embarazo (N=78)

		Es responsabilidad de una mujer evitar un embarazo	
		En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Años cumplidos	15	85.7%	14.3%
	16	90.0%	10.0%
	17	80.8%	19.2%
	18	77.4%	22.6%
	19	100.0%	
	20	100.0%	
Total		82.1%	17.9%

(P;<0.05) Sig .870

Fuente: Propia

En ese sentido, podemos observar en la siguiente tabla que la mayoría de los varones están en desacuerdo en que los hombres necesitan más sexo que las mujeres. Sin embargo, todos en todas las edades menores de 19 años, está de acuerdo en creer que los hombres necesitan más sexo que las mujeres. Es importante señalar que en las edades de 15 y 20 años, sólo había 1 varón con esa edad, por eso representa el 100% (Tabla 8).

Tabla 8. Edad y creencia sobre la necesidad de sexo en hombres (N=78)

		Los hombres necesitan más sexo que las mujeres	
		En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Años cumplidos	15	85.7%	14.3%
	16	80.0%	20.0%
	17	92.3%	7.7%
	18	80.6%	19.4%
	19	100.0%	
	20	100.0%	
Total		85.9%	14.1%

(P;<0.05) Sig 772

Fuente: Propia

Por otra parte, la mayoría de los varones encuestados de todas las edades, considera una forma de resolver este tipo de conflictos a partir de la agresión. Las frecuencias en la edad de 20 años, es de 1 varón, por lo que representa el 100% que está de acuerdo. (Tabla 9).

Tabla 9. Edad y defender la hombría con la fuerza incluida (N=78)

		Si alguien me insultara, defendería mi nombre hasta con la fuerza si fuera necesario	
		En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Años cumplidos	15	42.9%	57.1%
	16	40.0%	60.0%
	17	50.0%	50.0%
	18	41.9%	58.1%
	19	33.3%	66.7%
	20		100.0%
Total		43.6%	56.4%

(P;<0.05) Sig .922

Fuente: Propia

Respecto a tener un amigo gay alguna vez, la mayoría expresó si lo tendrían, sin embargo, en todas las edades a excepción de los que tenían 20 (puesto que sólo es un varón), al menos un porcentaje si refirió una conducta homofóbica (Tabla 10).

Tabla 10. Yo nunca tendría un amigo gay (N=78)

		Yo nunca tendría un amigo gay	
		En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Años cumplidos	15	71.4%	28.6%
	16	70.0%	30.0%
	17	80.8%	19.2%
	18	83.9%	16.1%
	19	66.7%	33.3%
	20	100.0%	
Total		79.5%	20.5%

(P;<0.05) Sig.878

Fuente: Propia

Por otra parte, en relación al consumo de bebidas alcohólicas y la última relación sexual, el 16.7% de los que tuvieron 18 años, si usó alcohol (Tabla 11)

Tabla 11. Última relación sexual y consumo de alcohol (N=49)

		¿La última vez que tuviste relaciones sexuales con tu pareja, consumiste bebidas alcohólicas?	
		NO	SI
Años cumplidos	15	100.0%	16.7%
	16	100.0%	
	17	100.0%	
	18	83.3%	
	19	100.0%	
	20	100.0%	
Total		91.8%	8.2%

(P;<0.05) Sig .475

Fuente: Propia

En relación a la variable religión, existen diferencias, aunque no estadísticamente significativas en los resultados que a continuación se presentan. Por ejemplo, el 13% de los varones encuestados católicos, estuvo de acuerdo en que los hombres necesitan más sexo que las mujeres, en comparación con los que profesan ser testigos de Jehová, que el 100% de los casos estuvo en desacuerdo. Sin embargo, sólo 1 varón refirió identificarse como Testigo de Jehová, que representa el 100% en estar desacuerdo (Tabla. 12).

Tabla 12. Religión y creencias sobre la necesidad sexual en varones y mujeres (N=78)

		Los hombres necesitan más sexo que las mujeres	
		En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Religión que profesas	Católica	86.4%	13.6%
	Testigo de Jehová	100.0%	
	Cristiano	87.5%	12.5%
	Otro	80.0%	20.0%
Total		85.9%	14.1%

(P;<0.05) Sig .923
Fuente: Propia

En relación a las variables religión y tener amigos gays, 1 de cada 4 católicos consideró que no lo tendrían, mientras que el 100% de los que se consideraron Testigos de Jehová, si lo tendrían. Sin embargo, ese 100% sólo representa a una persona que se identificó como Testigo de Jehová (Tabla 13).

Tabla 13. Religión y Tener amigos gays (N=78)

		Yo nunca tendría un amigo gay	
		En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Religión que profesas	Católica	74.6%	25.4%
	Testigo de Jehová	100.0%	
	Cristiano	87.5%	12.5%
	Otro	100.0%	
Total		79.5%	20.5%

(P;<0.05) Sig .259
Fuente: Propia

Ahora bien, cuando se les preguntó sobre si los hombres siempre están listos para tener relaciones sexuales, el 100% de los que dijeron ser Testigos de Jehová, refirieron estar de acuerdo con la afirmación. Es importante señalar que sólo había 1 varón identificado con esa religión, por eso representa el 100% (Tabla 14).

Tabla 14. Religión y estar siempre disponibles para tener relaciones sexuales (N=78)

		Los hombres siempre están listos para tener relaciones sexuales	
		En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Religión que profesas	Católica	78.0%	22.0%
	Testigo de Jehová		100.0%
	Cristiano	87.5%	12.5%
	Otro	60.0%	40.0%
Total		75.6%	24.4%

(P;<0.05) Sig.157

Fuente: Propia

Finalmente, podemos observar que el 15% de los católicos estuvo totalmente de acuerdo en que de sexo no se habla, se hace, mientras que el 100% de los cristianos consideró estar en desacuerdo. De igual forma, sólo 1 varón se identificó como Testigo de Jehová y 3 varones como cristianos (Tabla 15).

Tabla 15. Religión y creencia sobre la comunicación de la sexualidad (N=78)

		De sexo no se habla, se hace	
		En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Religión que profesas	Católica	84.7%	15.3%
	Testigo de Jehová		100.0%
	Cristiano	100.0%	
	Otro	80.0%	20.0%
Total		84.6%	15.4%

(P;<0.05) Sig.068

Fuente: Propia

Por otro lado, podemos observar que la mayoría de los hombres señaló que las mujeres no deberían tolerar la violencia de su pareja para mantener unida a su familia, mientras que menos del 10% señala que, si debería tolerar este tipo de acciones, siendo los más jóvenes con el porcentaje más alto. Y aunque no fueron estadísticamente significativos los resultados en este análisis, llama la atención que mientras se avanza en el grado, disminuye la creencia contra la mujer (Tabla 16).

Tabla 16. Grado escolar y percepción de violencia en la mujer (N=78)

		Una mujer debe tolerar la violencia de su pareja para mantener unida a su familia	
		En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Grado escolar actual	1	92.3%	7.7%
	2	95.2%	4.8%
	3	97.7%	2.3%
Total		96.2%	3.8%

(P;<0.05) Sig .650

Fuente: Propia

En relación a la corresponsabilidad de un embarazo, podemos observar que el 38% de los varones de 1er año, creen que es sólo responsabilidad de la mujer, sin embargo, la mayoría de los varones de 2do año considera que es responsabilidad del hombre también (Tabla 17).

Tabla 17. Grado escolar y corresponsabilidad en el embarazo
(N=78)

		Es responsabilidad de una mujer evitar un embarazo	
		En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Grado escolar	1	61.5%	38.5%
actual	2	95.2%	4.8%
	3	81.8%	18.2%
Total		82.1%	17.9%

(P;<0.05) Sig .045

Fuente: Propia

Por otra parte, en la siguiente tabla, el uso del condón pareciera un elemento para considerar lo que piensa la pareja, ya que el 63% de los que sí utilizaron condón, está en desacuerdo en que el hombre es quien debe decidir de qué forma tener relaciones sexuales (Tabla 18).

Tabla 18. Uso de condón y decisión de las relaciones sexuales
(N=78)

		¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales con tu pareja utilizaron el condón?	
		si	no
Es el hombre quien debe decidir de qué forma tener las relaciones sexuales	En desacuerdo	63.0%	37.0%
	Totalmente de acuerdo	33.3%	66.7%
Total		61.2%	38.8%

(P;<0.05) Sig.306

Fuente: Propia

Finalmente, en relación a la comunicación con la familia sobre temas de VIH-SIDA y la creencia de que de sexo no se habla y solo se hace, el 100% de los varones estuvieron en desacuerdo en esta última afirmación y además platicaron con su entorno familiar, sin embargo, un 17% de la muestra considera que de sexo no se habla, sólo se hace (Tabla 19).

Tabla 19. Comunicación de VIH con la familia y creencia de sexualidad (N=78)

		De sexo no se habla, se hace	
		En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
¿En los últimos 3 meses has platicado con alguien de tu familia sobre uso del VIH-SIDA?	si	100.0%	17.6%
	no	82.4%	
	Total	84.6%	15.4%

(P;<0.05) Sig .149

Fuente: Propia

VIII. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo un doble objetivo. En primer lugar, se propuso identificar los principales problemas de salud sexual y reproductiva en los adolescentes varones. El segundo objetivo consistió en explorar una relación entre las actitudes no equitativas de género y los comportamientos de salud sexual y reproductiva. A continuación, se presenta la discusión de los análisis descriptivo e inferencial de los datos reportados por la muestra de adolescentes varones.

8.1 Sobre la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes Varones

Inicio de Vida Sexual

En este estudio, la media del inicio de vida sexual fue de 15 años en los jóvenes varones, edad que coincide con diversos estudios no solo realizados en México, sino en América Latina, situación que pudiera estar relacionada con embarazos no planeados o infecciones de transmisión sexual ²¹

Sin embargo, en comparación con la Encuesta de Salud de Adolescentes del Caribe ⁵³ se reporta una edad menor incluso de 11 y 12 años para hombres y mujeres, respectivamente. En ese sentido, este estudio contribuye a la ratificación del inicio de vida sexual temprana en los adolescentes.

En comparación con distintas investigaciones, es conveniente señalar que las realidades de los varones jóvenes, no son las mismas incluso en los distintos estados de México. Son, precisamente las condiciones socioculturales, o las circunstancias económicas particulares, que tendríamos que asumir cuando se compara al respecto. No es lo mismo nacer hombre en la Ciudad de México, a nacer en el estado de Sonora, dadas las circunstancias económicas, culturales, sociales y políticas, por ejemplo. Particularmente la construcción social de la sexualidad marca pautas distintas en un mismo país.

Datos como los del estudio de prevención de embarazo en adolescentes, desde una aproximación desde las masculinidades del Instituto Nacional de Salud Pública, reportan un inicio de vida sexual que oscila entre los 16 y 17 años, sin embargo, existe la percepción de que las relaciones sexuales se inician cada vez más temprano, entre los 12 y los 13 años. Situación que se podría vincular con las características de identidad que se van construyendo en los adolescentes, particularmente de los varones, asumiendo riesgos a temprana edad por una condición asociado a lo masculino, arriesgado, valiente.

En el contexto del inicio de vida sexual de los adolescentes, uno de los componentes esenciales que nos permite comprender las situaciones de riesgo, muchas veces tienen que ver con los cuidados que se tienen para protegerse de una infección de transmisión sexual o embarazo no planificado, como el caso de los métodos anticonceptivos.

Métodos anticonceptivos

En esta investigación, poco más de la mayoría de los jóvenes encuestados refirió no haber utilizado un método anticonceptivo en la última relación sexual. sin embargo, en aquellos que sí lo utilizaron, el condón masculino fue el de mayor predilección. En contraste con la Encuesta de Salud Adolescente en el año 2000, donde el 88% de los varones encuestados utilizó el condón como método anticonceptivo en la última relación.

De igual forma, en comparación con un estudio sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes de nuevo ingreso al área de la salud de la Universidad de Zacatecas⁶⁰, en donde la mayoría de los adolescentes que llevaban una vida sexual activa, utilizaban algún método anticonceptivo, este estudio sigue teniendo una menor prevalencia del uso del condón respecto a distintas investigaciones.

Con relación al estudio de Ari-Caricote en 2009, que pretendía investigar el comportamiento sexual y el uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes mujeres y hombres, se reportó una mayor actividad sexual y un mayor uso de condón entre los hombres y en áreas urbanas. El perfil del adolescente que usó condón en ese estudio, también inició una vida sexual a una mayor edad, vivía en un entorno urbana, no hablaba lengua indígena, y era del sexo masculino.²⁴

Mencionado lo anterior, nuestro estudio encontró algunas similitudes relevantes con el estudio referido previamente, particularmente que, en sus resultados, por ejemplo, el 70% de los varones vivían en el municipio de San Luis Potosí, es decir, una zona urbana, eran varones y el inicio de su vida sexual fue precoz, con una media de 15.4 años de edad.

En comparación con el estudio sobre estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos, en el que

el 39% reportó haber usado condón en la primera relación sexual, en nuestro estudio el 58% refirió no haberlo utilizado en la última relación sexual.

Por otra parte, en diversos estudios latinoamericanos ²⁴ que han reportado el uso de métodos anticonceptivos como en Jamaica 11%, Costa Rica 32%, Guatemala 14.9% y Río de Janeiro 21.8%, con excepción de Costa Rica y Río de Janeiro, nuestra prevalencia de uso del condón se reporta como mayor. Es decir, existen semejanzas en las características de sexualidad de los adolescentes, sin embargo cuando se habla de uso de condón, los estudios distan mayormente del uso y el porcentaje de métodos anticonceptivos en este estudio, particularmente del condón.

Comunicación

Uno de los elementos de interés de esta investigación tiene que ver con identificar a aquellos recursos que utilizan los varones para socializar diversos temas de salud sexual. Como se ha mostrado en estudios anteriores, la mayoría de los encuestados reportaron hablar acerca de métodos anticonceptivos más frecuentemente con sus amigos que con otras personas. Este resultado confirma por un lado la importancia y el lugar que representan los amigos para hablar de sexo, aunque por otro, refleja las dificultades de comunicar acerca del tema con personas de mayor edad, por ejemplo, padres y docentes.

Es necesario comprender que a menudo se pasan por alto las habilidades para comunicarse en los adolescentes, particularmente en el caso de la salud sexual, pudiera tener una implicación negativa en la edad adulta por no poder expresar de forma clara y segura, lo que se desea.

En relación a la comunicación con la pareja sobre cómo evitar embarazos, la mitad de los encuestados en este estudio mencionó que sí lo han hecho.

Como se evidencia en el estudio del Instituto Nacional de Salud Pública en 2015, existen resultados similares sobre la comunicación de los adolescentes en temas de sexualidad, en donde se vinculan los propios amigos o círculos cercanos que no necesariamente pueden dar una información clara y veraz. Esto demuestra el papel de los pares, amigos y compañeros de escuela para hablar e informarse de su salud sexual y reproductiva

En ese sentido, resulta importante poder incluir a los propios amigos y pares en estrategias que permitan la promoción de la salud a través de sus propios compañeros de escuela o círculo cercano.

Relaciones homosexuales

Ahora bien, en este estudio, solo un varón refirió haber tenido relaciones sexuales con otro hombre, mencionando que sí hicieron uso del condón, en contraste con el estudio de Cáceres en 2005, que reportó prácticas homosexuales, una minoría siempre utilizó condón.

Sin embargo, consideramos medular, profundizar en los contextos y condiciones en los que se llevan a cabo las prácticas homosexuales, a partir de metodologías cualitativas.

Factores relacionados con los comportamientos de riesgo y protección

Es necesario recordar que los factores relacionados con los comportamientos de riesgo sexual que influyen sobre la salud sexual y reproductiva tiene diversos componentes, por ejemplo, diversos estudios han evidenciado que aquellos con mejores calificaciones escolares, así como una relación estable con su última pareja sexual y creencias religiosas firmes, han tenido mayores porcentajes de uso en los métodos anticonceptivos ³¹

Mencionado lo anterior, en nuestro estudio se pueden identificar algunas situaciones similares, por ejemplo, a mayor edad o mayor grado escolar, mayor uso de condón. Además, la religión católica tuvo un mayor porcentaje respecto a las demás religiones que se profesan. Sin embargo, un porcentaje menor de la muestra refirió que tener relaciones sexuales con parejas eventuales, aumentando la probabilidad de presentar no sólo alguna infección de transmisión sexual, sino algún embarazo no planificado.

Si bien es cierto, que pudieran asumirse este tipo de prácticas como factores de riesgo, es necesario profundizar en investigaciones futuras el tipo de interrogantes como, ¿Qué tanto de las decisiones que los varones están tomando, por ejemplo; - no protegerse utilizando algún método anticonceptivo-, forma parte de su proyecto de vida en un contexto muy particular?

Es decir, tomando en cuenta elementos de su realidad, que nos permita comprenderla mejor, y en vista de las limitaciones de un instrumento que sólo nos permite conocer cuantitativamente éstas prácticas. Existen por otra parte, distintos estudios que han comenzado a explorar y comprender desde una metodología cualitativa estas condiciones de socialización. las condiciones de socialización y de los riesgos a su sexualidad. Es necesario profundizar en el significado de cursar un bachillerato técnico para convertirse en un trabajador que probablemente sea un proyecto de vida, proveer económicamente e incorporarse de inmediato a laborar y

entrar al papel que tradicionalmente que ha ocupado el varón, de manera particular en escenarios semiurbanos.

Infecciones de Transmisión Sexual

En este estudio la prevalencia de síntomas identificados que pudieran dirigirnos a afirmar a que se tiene o ha tenido alguna ITS, es relativamente baja, pero no significa que sea de menos importancia, ya que la gran mayoría de éstos, nunca se trataron los síntomas, sobre todo en contraste con datos de la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, que refirió que 1 de cada 20 adolescentes en el mundo se contagia de una Infección de Transmisión Sexual (ITS) ³⁴

En nuestro país, aunque existen pocos estudios epidemiológicos que aborden Infecciones de Transmisión Sexual en población varonil adolescente, los resultados apuntan a prevalencias de 9% en contagios del virus del herpes, por ejemplo, en una edad de 15 a 18 años de edad, características similares a las de nuestro estudio.

Como se han mencionado en el marco teórico que sustenta ésta tesis, es útil un panorama epidemiológico que nos aporten datos duros sobre prevalencias o frecuencias de prácticas riesgosas en la salud de los adolescentes.

Vinculación y Acceso a servicios de Salud

Es importancia mencionar que la inmensa mayoría de los adolescentes encuestados que reportaron algún síntoma referente a ITS, no hayan recibido atención profesional en salud sexual y reproductiva.

Pudiera relacionarse primeramente con una desinformación general sobre los servicios que brindan escenarios públicos en salud pública o privados, sin embargo, la evidencia ha señalado con mayor rigurosidad que los servicios tienen una gran responsabilidad en esto; al seguir teniendo pocos servicios de salud con una perspectiva de juventudes y apegada a derechos humanos.

Finalmente, como se ha mencionado a lo largo de esta investigación, la adolescencia es una etapa decisiva en la vida, ya que en ella se establecen ciertos patrones de comportamiento algunos de los cuales permanecen hasta la edad adulta. Por esta razón, los comportamientos de riesgo y sus consecuencias cobran especial importancia en la salud de los adolescentes, en especial, la sexual y reproductiva como asunto de interés público.

Sobre la identificación de actitudes equitativas de género y relación entre éstas y los comportamientos de riesgo sexual, ha habido algunos estudios que han empleado la escala GEM, evidenciando este instrumento como una medida útil para medir normas y conductas sobre relaciones de género en hombres jóvenes.

Se ha encontrado que los jóvenes más igualitarios, son más educados y menos violentos con sus parejas sexuales, la tendencia indica particularmente al uso del condón.

8.2 Sobre las Normas Tradicionales de Género y los Comportamientos Sexuales de Riesgo

Edad y uso de condón

En general, la evidencia científica señala que la experiencia sexual comienza antes para los varones que, para las mujeres, con un cuarto a tres cuartos de los adolescentes varones iniciando sus relaciones sexuales antes de los quince años ²¹

En nuestro estudio, por ejemplo, la mayor parte de los varones encuestados han utilizado el condón en la última relación sexual con una media de 15.4 años.

En comparación con el estudio de Villalobos en 2017 ²⁴, en donde las prevalencias de métodos anticonceptivos, particularmente del condón fue de 69.8%%, en nuestro estudio fue de 38%, cifra menor que es necesario analizar.

En ese sentido, es necesario mencionar que dichos resultados pudieran estar relacionados con distintos factores. Uno de ellos la muestra relativamente pequeña, en comparación con los distintos estudios que han estudiado muestras por arriba de los 3,500 adolescentes.

Otro factor que deberíamos tomar en cuenta desde un abordaje más cualitativo, tendría que ir encaminado a las distintas realidades de los jóvenes en cuanto a los tipos y canales de información que tienen a su alrededor. Finalmente creemos total, profundizar en las prácticas, actitudes y conocimientos desde un abordaje cualitativo.

Respecto a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2012 ¹⁸, en donde la prevalencia del uso del condón fue de 72.2% en nuestro país en adolescentes varones, en nuestro estudio encontramos una prevalencia menor.

Edad y responsabilidad de la mujer en evitar el embarazo

Primeramente, es necesario mencionar que la mayoría de los varones en nuestro estudio piensan que no es responsabilidad sólo de la mujer un embarazo, sino de los dos. Además, en edades menores a 19 años, si se presentaron prevalencias bajas que consideran lo contrario.

En función de estudios como el de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición donde señala los riesgos por embarazarse en la adolescencia; alta probabilidad de mortalidad y morbilidad, así como una menor probabilidad de obtener atención especializada a largo plazo, incluido el parto, este estudio puede contribuir para la ratificación del conocimiento sobre el involucramiento que deberían poder tener los varones con sus parejas sobre salud sexual y reproductiva.

Edad y necesidad de sexo en varones

Si bien existen estudios que aborden la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, pocos son los que particularizan los contextos y características de los adolescentes varones.

En ese sentido, existe poca información sobre las creencias, expectativas, mitos y actitudes sobre lo que piensan los varones al respecto. Según los datos en este estudio, pocos encuestados creen que un hombre necesita más sexo que una mujer.

Edad y defender la hombría con la fuerza incluida

En relación a la resolución de conflictos por medio de la violencia, en este estudio se puede observar que la mayoría de los varones considera estar de acuerdo en resolverla de ese modo. Sin embargo, aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos, estos datos podrían relacionarse con que los jóvenes no han tenido la oportunidad de buscar recursos personales o interpersonales para desarrollar mecanismos fuera de la violencia que les permitan una mejor relación no solo con los demás hombres, sino con mujeres y niños.

En ese sentido, deberíamos trasladarnos un momento para pensar sobre los contextos en los que los jóvenes varones viven, socializan y se desarrollan actualmente. Hasta hace poco, se han visibilizado las distintas condiciones de inseguridad y rezago social en el que viven la mayoría de los jóvenes residentes de zonas semiurbanas, como la delegación de Villa de Pozos. De esa forma, la literatura ha evidenciado una serie de características que relacionan el ejercicio de la violencia, con los contextos y escenarios que los forman.

Edad y tener un amigo gay

En relación a los estudios de Connell ⁶⁹ en donde enfatiza que la masculinidad hegemónica encarna los elementos de una subordinación de manera muy clara, la

opresión coloca a los homosexuales o a todo lo que tenga que ver con comportamientos no masculinos como un peligro y atentado a su masculinidad.

En ese sentido, en nuestro estudio la mayoría de los encuestados parece romper con esa norma tradicional, ya que consideran en general que si tendrían un amigo gay, sin embargo, pudiéramos reflexionar sobre que tanto aceptarían a esa persona.

Tal vez podríamos inferir que existen nuevas realidades cambiantes y complejas, sobre la relación que tienen en la comunicación con otros jóvenes de distintas orientaciones sexuales a las heteronormadas, sin embargo, es un imperativo llevar a cabo más investigaciones locales y nacionales que estudien comportamientos homofóbicos con un enfoque desde las masculinidades.

Última relación sexual y consumo de alcohol

Según las encuestas nacionales de salud y demás estudios sobre consumo de alcohol y salud sexual y reproductiva en jóvenes, el fenómeno va en un aumento paulatino pero constante.

Por ejemplo, en la ENSANUT 2012, se encontró una prevalencia del 42.94% en el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 19, sin embargo, existen pocas estimaciones sobre el consumo de alcohol en las relaciones sexuales. En este sentido, en nuestro estudio es interesante mencionar que el 16.7% de los varones de 18 años si lo utilizó en la última relación sexual.

Esto podría ayudar en otras investigaciones futuras para profundizar qué tipo de factores tienen que ver que el exista un consumo específicamente cuando se tiene la mayoría de edad, tal vez podría apuntar a la expectativa sobre alcanzar la mayoría de edad y el hecho de poder tener relaciones sexuales temerarias y sin protección.

Religión y creencia de necesidad sexual en varones

Como se pudo observar en el apartado de resultados, el 13.6% de los católicos refirió que los hombres necesitan más sexo que las mujeres, sin embargo, el 100% de los testigos de jehová consideraron no estar de acuerdo en esa afirmación.

Es interesante comentar que la religiosidad ha demostrado ser un factor importante en las prácticas sexuales, sino en los significados y actitudes hacia la misma sexualidad.

Por ejemplo, en el estudio de Moral De la Rubia en 2010, se encontró que, a mayor religiosidad, se valoraba más la virginidad, se condenaba la pornografía y se experimentaba más vergüenza sexual, además se aceptaba menos la homosexualidad y la masturbación.

En relación con la religiosidad y el tener amigos gays, por ejemplo, en nuestro estudio, aunque la mayoría de los varones encuestados refirió que sí tendría un amigo gay, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la religión que se profesaba. En contraste con el estudio de Moral 2010, antes mencionado, en donde sí se encontraron resultados estadísticamente significativos.

En síntesis, es posible inferir a partir de la evidencia científica, que la religión pudiera ser un factor protector y al mismo tiempo de riesgo en la población adolescente, sin embargo, profundizar en población adolescente varonil, podría ser de gran relevancia.

Uso de condón y decisión de las relaciones sexuales

En relación a la comunicación sexual en los varones adolescentes y su implicación en la consistencia con el uso del condón, en nuestro estudio se encontraron resultados interesantes. Pareciera que el uso del condón es un factor importante en relación a la toma de decisiones sobre la forma en la que se tienen las relaciones sexuales, ya que el 63% de los que utilizaron el condón en la última relación sexual, estuvo totalmente en desacuerdo en que es sólo el hombre quien debe de decidir cómo tener relaciones sexuales.

En contraste con un estudio de la UNAM en 2010, en donde ocasionalmente existe una comunicación con la pareja sobre el uso del condón. En ese sentido, las frecuencias sobre la que hablan de estos temas se encontró que tanto hombres (2.59) como mujeres (2.40) se comunican de manera ocasional con sus parejas, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas ($t = .839$, $p = .404$).

Con estos resultados, y a la luz de las características sociodemográficas de los jóvenes en las que pudimos aproximarnos de forma muy básica, podríamos inferir que los jóvenes en este contexto no necesariamente pudieran estar subestimando el uso del condón sólo para prevenir ITS, sino podría ser una forma de integrar un proyecto importante de vida, que contemple una relación de pareja con hijos, relacionado con un trabajo en función de sus capacidades técnicas en las que actualmente se prepara.

Es decir, es necesario conocer, tal vez desde un abordaje cualitativo, que tanto de las decisiones que están tomando van en relación a un proyecto de vida con su pareja e hijos en el contexto sociodemográfico y cultural en el que viven, o en realidad no asumen los distintos riesgos en su salud, particularmente en su salud sexual y reproductiva.

Comunicación de VIH y creencia de sexo no se habla se hace

En comparación con el estudio llevado a cabo por la Universidad de Zacatecas en nuestro país, en donde la comunicación sobre temáticas de salud sexual y reproductiva en los varones, tuvo una mayor prevalencia con los papás (varones), situación más común entre las mujeres (84%) en relación con los hombres (65.7%). En nuestro estudio el 100% de los que tuvieron la creencia de que de sexo no se habla sólo se hace, han platicado al menos en los últimos tres meses con un familiar. Es decir, se encontró una mayor proporción en el nuestro.

Además, la principal fuente de información sobre salud sexual y reproductiva en nuestro estudio fueron los amigos, con una prevalencia del 80%, mientras que, en el estudio comparado, con los amigos fue de 53.6%.

9 Limitaciones

Si bien se considera un gran avance conocer algunos de los componentes de la salud sexual y reproductiva en adolescentes varones escolarizados a través de una metodología cuantitativa y descriptiva, se reconoce que estos resultados solo ofrecen una parte de la realidad que ellos pudieran estar viviendo, por ejemplo, los significados del inicio de vida sexual, las expectativas y percepciones que han tenido durante el proceso de su vida sexual, el papel de la pareja, los padres, etc. en ese sentido, la integración de la metodología cualitativa, particularmente la técnica de grupos focales podría complementar este conocimiento.

El tamaño de la muestra en este estudio pudiera ser insuficiente en cuanto a la extrapolación de resultados o comparación con otras muestras, sin embargo, al ser un estudio exploratorio descriptivo, cumple con el propósito expuesto.

10 Recomendaciones

Sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones

El abordaje de la salud sexual y reproductiva en adolescentes varones debe ser una prioridad en el campo de la salud pública en México y el mundo. El patrón demográfico sobre las condiciones en las que ejercen la sexualidad se caracteriza por factores socioculturales, económicos y mediáticos que terminan teniendo un impacto en la salud.

En ese sentido, el estudio de las normas tradicionales de género en población varonil adolescente merece medular atención en el abordaje de este tipo de investigaciones, dado que en algunos países representa causas importantes de discapacidad, pérdida de años de vida saludable, enfermedades infecciosas y no

infecciosas y en donde los incrementos de estas problemáticas se han visto paulatinas pero constantes.

Además, es necesario establecer programas de atención, evaluación y seguimiento en relación a la salud sexual y reproductiva en adolescentes varones, con un enfoque de masculinidades y de respeto a sus derechos humanos y de multiculturalidad, integrando a su vez, diseños preventivos que contextualicen los escenarios escolares en donde los estudiantes se desarrollan.

Finalmente, se cree necesario y pertinente el incorporar modelos de intervención salubrista con un enfoque de masculinidades, como el tamizaje escolar, que además de proveer los elementos básicos necesarios para identificar conductas de riesgo sexual en los alumnos, particularmente de los varones, nos permitiría poder referir a las instancias especializadas para su atención.

Sobre los servicios amigables de salud

En lo que respecta a los servicios clínicos especializados de salud sexual y reproductiva especializados en adolescentes, mejor conocidos como “Servicios amigables e salud”, parecen que, aunque pudieran estar bien diseñados, no han tenido el impacto cuantitativo, ni cualitativo que al que se desea.

Si bien está demostrado que el grupo poblacional adolescente ha aumentado en la utilización de los servicios de salud en nuestro país, sería adecuado considerar una perspectiva interseccional e intercultural, (ésta última entendida en posicionar a los jóvenes desde el espacio social en que se encuentran, con el propósito de vincular sus creencias, expectativas y actitudes con los servicios de salud), que permita justamente incidir en su autocuidado y bienestar.

Además, resulta un imperativo de los sistemas de salud redoblar esfuerzos para cumplir con las características que evidencian una verdadera participación-permanente de los adolescentes con los servicios de salud.

La primera tiene que ver con la capacitación del personal que brinda atención, pues se le instruye evite juicios y desarrollar la empatía durante todo el proceso en el sistema, otra de las características tiene que ver con que las instalaciones sean acogedoras y atractivas para los jóvenes, con el propósito de que las intervenciones tengan un impacto benéfico a partir del reconocimiento del sistema de salud a los adolescentes.

A su vez, los servicios amigables de salud, deberían de comunicar a las y los adolescentes la disponibilidad de servicios y motivarlos a que los usen cuando los necesiten, pues a partir de la comunicación con los miembros de la comunidad en donde se encuentran los jóvenes, se promueve también la importancia, al mismo tiempo, de la prestación de los servicios de salud.

Sobre las Políticas públicas

Como lo refiere Ramírez-Rodríguez en su libro, citando a Parsons en 2007 ⁶⁹, el campo científico de las políticas públicas es multidisciplinario y multimetódico. En ese sentido, las políticas públicas están orientadas a resolver problemas reconocidos socialmente, ya que su conocimiento ayuda a dirigir una solución de forma práctica.

Utilizando la propuesta de Gordon et al. (1993), creemos conveniente poner nuevamente sobre la mesa la estrategia del autor, donde integra en 3 grandes dimensiones las características que las políticas públicas sobre género deberían de poseer.

1. Análisis de las políticas públicas en dos grandes elementos: a) descripción de su contenido, y b) la determinación de las mismas (cómo, por qué, cuándo, para quién).
2. Seguimiento y evaluación de las políticas públicas; es decir, monitorear constantemente el resultado con los objetivos planteados y evaluar el impacto.
3. Análisis para las políticas con dos variantes: a) información para las políticas públicas y b) la defensa de las mismas, que son los argumentos para incluirlos en una agenda dentro o fuera del gobierno.

Mencionado lo anterior, se recomienda llevar a cabo una integración seria, intrasectorial y transexenal sobre las políticas públicas desde la perspectiva de género de los varones, principalmente en adolescentes y que desde hace algunos años se han propuesto desde el gobierno y la sociedad civil; muchas de ellas, inconsistentes en su diseño, ejecución y evaluación, como el caso de los servicios amigables de salud.

En suma, una vez presentado lo anterior, valdría la pena incorporar en futuras investigaciones, distintos elementos que nos permitan profundizar en cada uno de los temas que aquí se han explorado. Por ejemplo, en relación a las prácticas de riesgo, se recomendaría estudiar ¿Qué tanto los comportamientos asociados al uso o no uso de algún método anticonceptivo, corresponde más bien a un proyecto de vida que se comparte en común con la pareja?

A su vez, poder profundizar en los contextos mediante metodologías integrales que nos permita comprender mejor esas realidades de los adolescentes varones.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pulerwitz, Julie and Gary Barker. 2008. "Measuring attitudes toward gender norms among young men in Brazil: Development and psychometric evaluation of the GEM Scale," *Men and Masculinities* 10: 322–338.
2. Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo. Organización de las Naciones Unidas 1994 Disponible en [:https://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html](https://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html)
3. Gutiérrez, P., García-Saisó, S., Espinosa-de la Peña, R., Balandrán, D. Desigualdad en indicadores de comportamientos de riesgo en adolescentes en México: análisis de dos encuestas de salud. *Salud Pública de México*. Vol. 58 No. 6 Nov/dic 2016
4. Stern, C. Fuentes, C., Lozano-Ferro, L., Reysoo, F. Masculinidades y Salud Sexual y Reproductiva; un estudio de casi de adolescentes varones. 2005. *Revista Salud Pública de México*.
5. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. (ENOE) IV trimestre 2018. Base de datos. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/default.htm>
6. Estudio sobre la Prevención del Embarazo en Adolescentes desde las Masculinidades. Informe Final Instituto Nacional de Salud Pública. 2015
7. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf
8. Encuesta Nacional de Dinámica demográfica (ENADID). Informe de Resultados. 2014.
9. Weiss-Horz, E. Los significados del bachillerato para los jóvenes y la permanencia escolar en México. *Siéctica*. No. 51 Julio 2018
10. Biblos; Margulis M. Juventud Cultura y sexualidad: la dimensión cultural en la efectividad y sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires. Buenos Aires: 2016.

11. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2011). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh). México: INEGI.
12. C, Herrera G.; Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva. México: El Colegio de México/Population Council Stern 2008
13. Campero L, Atienzo E, Suárez L, Hernández B, Villalobos A Salud Sexual y reproductiva de los adolescentes en México; evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México. 2013; 149:299-307
14. Rojas, R., De Castro, F., Villalobos, A., Allen-Leigh, B., Romero, M., Braverman-Bronstein, A., & Uribe, P. Educación Sexual integral: Cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. Salud Pública de México. 2017; 59: 19-27.
15. Welish, Patco y Muñoz. Hombres de verdad o la verdad sobre los hombres. Programa de reflexión con grupos de hombres en temas de género y masculinidades. Asociación de hombres contra la violencia CIIR. 2007 pp 87.
16. Menkes C, Suárez L, Núñez L, González S La salud reproductiva de los estudiantes de educación media superior en Chiapas, Guanajuato, Guerrero, San Luis Potosí y Puebla. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM; 2006.
17. Álvarez L., Calero JL. & León- Díaz, ME.; Salud sexual y reproductiva desde el punto de vista del varón. Rev. Cubana Salud Pública 2006 32(1)
18. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública, Reporte preliminar y comparación 2012.
19. Connell, R. La organización Social de la Masculinidad” Masculinidades, “Polity Press, 2005. Pág-107-117.
20. Carmona- Hernández, P. Suma por la Igualdad. Propuestas de Agenda Pública para implicar a los hombres en la igualdad de género. Primera Edición. Género y Desarrollo. 2017
21. Sam-Soto, S. Osorio-Caballero, M., Rodríguez-Guerrero, R., Pérez-Ramírez, N. Comportamiento Sexual y anticoncepción en la adolescencia. Acta Pediátrica México. Vol. 35 nov. 2014
22. Ceballos, G., Campo, A. & De Bedout, A. (2007). Relaciones sexuales en estudiantes de secundaria de las zonas rurales del Distrito de Santa Marta, Colombia. Pensamiento Psicológico, 3(9), 101-109. Recuperado de <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/61>
23. De Keijzer, B. El varón como factor de riesgo: Masculinidades, Salud mental y Salud reproductiva. Género y Salud en el sureste de México. ECOSUR y UJAD, Villahermosa, 1997.
24. Ari-Caricote, E. La salud sexual en la adolescencia tardía. Educare. Universidad de los Andes 2009. Vol. 13 número 45. Abril pp 415-428.

25. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Principales indicadores de salud sexual y reproductiva en población adolescente en México. 2016.
26. Heilman, B., Barker, G. & Harrison, Al. La caja de la Masculinidad. Un estudio sobre lo que significa ser hombre en Estados Unidos, El Reino Unido y México. 2017 Washington DC y Londres: Promundo.US y Unilever.
27. Rodríguez-Morales, V., Castañeda, Rodríguez, C. Necesidad de abordaje de los estudios de Salud Sexual y Reproductiva en hombres. Revista Cubana de Salud Pública 2013. Vol. 39. Suplo. 1
28. Fondo Poblacional de Naciones Unidas. Se necesitan dos en la salud sexual y reproductiva. Nota Programática 2002.
29. Meave-Loza, S. Gómez-Maqueo, E., Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual y reproductiva. Revista Mexicana de Investigación Educativa, 2008.
30. Kirby, D. Sexuality and sex education at home and school. Adolescent Medicine. 1999. Jun; 10 (2): 195-209.
31. Ávila, B., Espinoza, J., García, M. Estudio descriptivo se las conductas sexuales. Horizonte de la Ciencia. 2016. Vol. 6 Núm. 10
32. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2016). www.cuentame.inegi.org.mx/población/rur_urb.aspx?tema_p
33. Breinbauer, C. Maddaleno, M. Youth choices and change, Promoting healty behaviors in adolescents. Washington, DC. Pan American Health Organization. (OPS). 2005. P. 217
34. Informe Sobre la Salud en el Mundo. Organización Mundial de la Salud, 2010. www.who.int/whr/2010/es
35. Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y adolescente 2016-2030. Organización Mundial de la Salud. 2015. www.who.int/material-child-adolescent
36. Guenes-Hidalgo, M, González-Fierro, M., Hidalgo, V. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría Integral 2017. Vol. 21 No. 4 Junio.
37. Valdéz, S., Hidlago-Solórzano, E., Mojarro-Íñiguez, M. Rivera-Rivera, L., Ramos-Lira, L. Violencia interpersonal en jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención. Revista Salud Pública de México. 2013. Instituto Nacional de Salud Pública. Supl. 2:5259-5266
38. Bronfenbrenner, U. The ecology of human development: Experiments by nature and designe. Psicología del Desarrollo, infancia y adolescencia. 1979. Editorial Thompson.
39. Salud Adolescente. Organización Panamericana de la Salud. (internet) Wahsington, Actualizado 16 abril 2017. Citado 18 febrero 2019.
40. Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) Sobrevivir, prosperar y transformar. Organización Mundial de la Salud, 2015.
41. Mendoza-Tascón, L. Claros-Benítez, D., Ospirina, C. Actividad sexual temprana y embarazos en la adolescencia, estado del arte. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología, 2016. Vol. 81.

42. Chandra-Mouli, V. Camacho, A, Michaud. P.A. Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *Journal Adolescent Health* 2013. 52517.
43. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf
44. Programa sectorial de salud, Principales indicadores de salud sexual y reproductiva de la población adolescente en México. 2013-2018. Programa de Acción específico. www.cnegrs.salud.gob.mx
45. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. Información al 31 de Diciembre de 2019. Dirección General de Epidemiología. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/533424/RN_4o_Trim_2019.pdf
46. Fondo de Población de Naciones Unidas (FPNU) Informe de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, 2015.
47. Rubio, E. Holones de la Sexualidad. Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C., disponible en amssac.org/nosotros/sobre-amssac/ diciembre 2019.
48. Lunggren, R. Protocolos de Investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina. División de Promoción y protección de la salud 2000. Programa de familia y población. Organización Panamericana de la Salud.
49. Directrices sobre autocuidado en salud. Mes del autocuidado. Organización Mundial de la salud 2019.
50. Organización Mundial de la Salud/UNICEF. A picture of health? A review and annotated 1999. Bibliography of the health of Young people in developing countries.
51. Organización de las Naciones Unidas. Programa de habilidades para la vida, dirigido a niños y adolescentes. 2013. Centro Virtual del conocimiento para poner fin a las violencias contra las mujeres y niñas.
52. Torres, P., Walker, D. Gutiérrez, P., & Bertozzi, S. Estrategias novedosas de prevención de embarazos e ITS/VIH entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*. 2006. Instituto Nacional de salud Pública. Vol. 48, No. 4
53. Encuesta de Salud Reproductiva para Adultos jóvenes en América Latina Lunggren, R. Protocolos de Investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina. División de Promoción y protección de la salud 2000. Programa de familia y población. Organización Panamericana de la Salud.
54. Prevención del Embarazo en Adolescentes desde las Masculinidades. Informe Final Instituto Nacional de Salud Pública. 2015
55. Libreros, L. Fuentes, L. Pérez, A. Conocimientos, Prácticas y actitudes sobre sexualidad adolescente en una unidad educativa. 2008. *Revista Salud Pública*,

56. González, J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población escolar. 2019 Revista Salud Pública. 11(1): 14-26
57. Varela-Salgado, M. Esquete, J. Estudio sobre conocimientos y prácticas en adolescentes y jóvenes. 2010. Revista de Andrología. Vol. 8 abril pp 74-80
58. Gayet, C. Rossas, C., Magis, C., Uribe, P. ¿Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA? Salud Pública de México. 2002. Instituto Nacional de Salud Pública. PP. 122-128
59. Villalobos, A., De Castro, F., Rojas, R., & Allen, B. Anticoncepción en Adolescentes Mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. Salud Pública de México.
60. Trejo-Ortiz, P. Moreno-Chávez, P., Macías-Aguilar, M., Valdés-Esparza, G., Mollredo-Montaño, F. Conocimientos y comportamientos sexuales en adolescentes del área académica de ciencias de la salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. Revista Cubana de Enfermería 2011. Vol. 27 No.4
61. Gusñay-Ortega S., E., 2014. Factores psicosociales que inciden en el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes entre los 12 y 18 años de edad que concurren al CASI-J. Universidad Central del Ecuador.
62. J. Velázquez., Fantasías sexuales en estudiantes universitarios mexicanos. Interamerican Journal of Psychology. Vol. 44 núm 2, 2010. Pp. 246-255
63. Moral de la Rubia, José. Orientación sexual en adolescentes y jóvenes mexicanos de 12 a 29 años de edad. Revista Psicología del Caribe. Moral, J. N. 27 enero-junio, 2011.
64. Montero, A. Educación Sexual; Pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. 2011. Revista Médica de Chile, Vol. 139 No. 10 oct.
65. Estrategia Mundial del Sector salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Datos y Cifras 2019.
66. Boletín Epidemiológico con información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Semana Epidemiológica 52. Secretaría de Salud, 2019.
67. Sánchez-alemán MA, Uribe-Salas F, Conde-González CJ. La infección por virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. Salud Pública Méx 2002; 44:442-7.
68. Rasmussen-Cruz, B., Hidalgo-San Martín, A., y Alfaro-Alfaro, N Comportamientos de riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. Salud Pública de México. vol.45, Suplemento.1, Cuernavaca, Morelos. Enero de 2003.
69. Roles y estereotipos de género en los comportamientos de jóvenes de Coahuila, México. Una aproximación desde la Teoría fundamentada 2016. Ciencia Ergo. Vol. 23 Núm. 2 pp: 112, 120
70. Organización Panamericana de la Salud. Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Resumen. Washington, D.C.: OPS; 2019.
71. Hernández, A, González-Tovar, J. Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la teoría fundamentada. Ciencia Ergo Sum, vol. 23, núm. 2 julio-octubre, 2016, pp. 112-120

72. Gómez-Duarte, I. Salud y determinantes: Indicadores, medición y abordajes. 2011. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.
73. Levin, B.W. & Browner, The social production of Health: critical contributions from evolutionary, biological and cultural anthropology. *Social science & medicine*, (2005). 61, 745-750
74. Inhorn, M.C Medical anthropology at the intersections: celebrating 50 years of interdisciplinary. *Medical Anthropology Quarterly*, 24 (2), 263-269.
75. Krieger, N. Gender, sexes and health: What are the connections and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 2003. 32 (4), 652-657
76. Lock, M. The tempering of Medical Anthropology: Troubling natural categories. *Medical Anthropology Quarterly*, 15 (4), 478-492.
77. Black, D., Morris, J., Smith, C., Townsend, P Inequalities in Health: report of a research working group. London: Department of health and social security. (1980).
78. Robertson, L. M., Douglas, F., Ludbrook, A., Reid, G., & van Teijlingen, E. What works with men? A systematic review of Health promoting interventions targeting men. *BMC Health Services Research*, (2008) doi: 10.1186/1472-6963-141.
79. The weaker sex? Exploring lay understanding of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Social Science & Medicine*. Emsile, C., Hunt, K. 2008. 67(5), 808-816.
80. Peerson, A., & Saunders, M. Men's Health literacy in Australia: In search of a Gender lens. *International Journal of Men's Health*. 2011.10 (2), 11-135.
81. Prevención de embarazos en las adolescentes de 15 a 17 años. Centros para el control y la prevención de enfermedades CDC. Consultado 18/abril/2019. Internet disponible en <https://www.cdc.gov/spanish/signosvitales/embarzoadolescencia/index.html>
82. Organización Panamericana de la Salud. Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Resumen. Washington, D.C.: OPS; 2019.
83. Philips, S.P. Including Gender in Public Health research. *Public Health reports*, 2011.126 (16-21
84. Rocha T. E. y I. Lozano-Cruz, S Prácticas corporales, erotismo y políticas de identidad: el caso del trabajo sexual masculino en la Ciudad de México, Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad de género en México: UNAM. (2014). (87-106).
85. Guevara, E. Cuando el amor se instala en la modernidad. Intimidad, masculinidad y jóvenes en México. (2010). UNAM/CEICH.
86. Hernández, J. El trabajo sobre la identidad en estudiantes de bachillerato: reflexividad, voces y marcos morales. México: UPN (2008).
87. Modelo de Atención en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes . Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2015

88. Instrumento para la detección de riesgos en escuelas (IDERE). Dirección de prevención/Departamento de modelos y Tecnologías preventivas para la detección de riesgos en escuelas. 2010. Centros de integración juvenil, A.C.

ANEXOS

ANEXO 1. PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO ANÓNIMO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Y NORMAS DE GÉNERO PARA ADOLESCENTES
VARONES DE SAN LUIS POTOSÍ**

PROTOCOLO DE APLICACIÓN

Marzo 2020, San Luis Potosí, San Luis Potosí

Introducción

Un problema particular de gran parte de la investigación sobre Salud Sexual y Reproductiva en la población adolescente, se deriva de la sensibilidad de la información que se requiere (por ejemplo, comportamiento sexual e Infecciones de Transmisión Sexual). Según la evidencia científica, es necesario que existan estrategias que minimizar la renuencia de los adolescentes a hablar de experiencias o comportamientos que puedan dar lugar a situaciones de vergüenza o que ellos perciban como socialmente desaprobados.

Una de estas estrategias es utilizar facilitadores capacitados que puedan crear una relación con la población con la que se trabajará, para ganarse su confianza. La edad y la identidad social del entrevistador y del entrevistado deben coincidir en sus características lo más cerca posible. Las visitas repetidas lo más posible al lugar de aplicación del instrumento, pueden ayudar para derribar barreras, y es probable que un enfoque más informado para la aplicación del instrumento tenga más éxito.

Mencionado lo anterior, una estrategia alternativa para obtener información sobre temas delicados es crear condiciones de anonimato. En el caso de las poblaciones escolarizadas, el cuestionario auto aplicable es una opción particularmente buena, adecuado para entornos institucionales como las escuelas.

De esta manera, este cuestionario fue desarrollado para llevar a cabo estudios o investigaciones alusivas a la salud sexual y reproductiva y su relación con las normas de género, en adolescentes varones, con la intención de aproximarse a recabar información sobre actitudes, prácticas y conocimientos en función de la salud sexual y reproductiva en esta población.

El contenido de este instrumento se centra en 4 categorías: 1) Salud Sexual 2) Salud Reproductiva, 3) Infecciones de Transmisión Sexual y 4) Normas de Género

Objetivos

- Llevar a cabo la aplicación del instrumento de forma planeada, ordenada y con apego a los derechos humanos de los adolescentes universitarios.

- Describir los elementos teóricos y metodológicos del cuestionario.
- Mostrar la metodología de aplicación del instrumento, así como del plan de análisis de los datos.

Estructura del cuestionario

Apartado	Número de pregunta	Descripción y Fundamento Teórico
1.Características Generales	1.1 -1.7	Esta primera sección nos brindará información sobre las características que se encuentran presentes en la población a estudiar, y que nos permitirá establecer un perfil general de esta población.
2. Normas de Género	2.1 -2.37	<p>Es importante comprender que siendo la sexualidad una construcción social, se puede influir y modificar.</p> <p>Desde esta perspectiva, los roles de género que se refuerzan mutuamente, tienen consecuencias especialmente negativas para las prácticas sexuales satisfactorias y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones (Heilman, B., Barker, G. y Harrison, A. 2017)</p> <p>En ese sentido, las preguntas que se encuentran en esta sección, relacionan las actitudes, conocimientos y prácticas que permitirán comprender la relación entre su comportamiento individual y el contexto social y cultural en que viven.</p>
3.Salud Sexual	3.1- 3.23	Los ítems agrupados en esta categoría, hacen alusión a los elementos sobre el bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad de los adolescentes varones, integran un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminaciones y violencia, (OMS, 2017; Cleland, Ingham & Stone, 2001). En ese sentido, este apartado pretenderá responder a las

		dos primeras preguntas de investigación planteadas en este proyecto de tesis.
4.Salud Reproductiva	4.1 – 4.31	En esta sección, se conjuntan preguntas sobre lo que los varones adolescentes y sus parejas (en su caso), tienen la posibilidad de elegir, como métodos de control de fertilidad, seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como el acceso a los servicios de salud apropiados que les permiten tener un seguimiento durante el embarazo de sus parejas y en su caso, que si existen las posibilidades de ofrecer a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano (OMS, 2017; Cleland, Ingham & Stone, 2001). Una vez mencionado lo anterior, en esta sección se pretende responder a las dos primeras preguntas de investigación planteadas en este proyecto de tesis.
5.Infecciones de Transmisión Sexual	5.1-5.12	En esta primera sección, se integra un conjunto de preguntas que indagan sobre la presencia de signos y síntomas de las principales Infecciones de Transmisión Sexual. Por ejemplo, en distintas encuestas de salud sexual adolescente en nuestro país, el 23% de los varones de 12-19 años de edad ya habían iniciado su vida sexual y un 80.6% usó condón en su primera relación sexual, sin embargo, respecto a las ITS, muestran un conocimiento incompleto, ya que la mayoría refiere que el uso del condón evita su contagio, además, casi la mitad afirma que el uso de óvulos o pastillas anticonceptivas también previene una ITS. Una vez mencionado lo anterior, en esta sección se pretende responder también las dos primeras preguntas de investigación planteadas en este proyecto de tesis. (ENSANUT 2012, 2016 y 2018,; Prevención de ITS y Masculinidades, INSP).

Aplicación del instrumento

Fecha	Actividad	Resultado
Febrero 2020	Firma del asentimiento informado y consentimiento informado.	Autorización por parte de los padres de familia para los menores de edad
Marzo	Aplicación del Instrumento a 78 varones estudiantes de 1, 2	Se cumplió con el objetivo.

	y 3er año de bachillerato del CECyTEC.	
--	--	--

Cuestionario anónimo auto aplicable para adolescentes varones de San Luis Potosí

NORMAS DE GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

¡Hola!

Recuerda que tu participación es voluntaria y anónima, y si no quieres contestar, no habrá ningún problema.

¡Muchas gracias por tu participación!

No. Folio_____ Fecha_____ Lugar de aplicación_____

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES. A continuación, se presentan algunas preguntas sobre tu información general.

1.1	¿Cuántos años cumplidos tienes?	_____ años.
1.2	Menciona que religión profesas	Católica.....01 Testigo de Jehová.....02 Cristiano..... 03 Otra _____
1.3	¿Qué grado escolar cursas actualmente?	_____ grado
1.4	¿Trabajas?	Si.....01 No.....02
1.5	¿Dónde vives?	San Luis Potosí (municipio)01 Delegación Villa de Pozos.....02

		Otro _____
1.6	¿En dónde naciste?	San Luis Potosí (municipio)01 Delegación Villa de Pozos.....02 Otro _____
1.7	¿Con quién vives?	Papá, mamá y hermanos.....01 Papá y hermanos (as).....02 Mamá y hermanos (as).....03 Abuelos (as).....04 Otro _____

2. NORMAS DE GÉNERO. En esta sección, se presentan afirmaciones respecto a situaciones cotidianas de la vida, encierra en un círculo el número que consideres según tu opinión.

2.1	“Es responsabilidad de una mujer evitar el embarazo.”	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.2	“Los hombres necesitan más sexo que las mujeres.”	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.3	“Si alguien me insultara, defendería mi nombre hasta con la fuerza si fuera necesario.”	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.4	“Hay veces en que una mujer merece ser golpeada.”	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.5	“Un hombre debe tener la última palabra sobre las decisiones en su casa.”	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.6	“En mi opinión, una mujer puede proponer tanto como un hombre el uso de condones.”	Totalmente de acuerdo.....0 En desacuerdo.....1
2.7	“Si un hombre embaraza a una mujer, el hijo es responsabilidad de los dos.”	Totalmente de acuerdo.....0 En desacuerdo.....1
2.8	“Cambiar pañales, bañar y alimentar a un hijo son responsabilidades de la madre.”	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.9	“Para un hombre es importante tener un amigo con quien pueda hablar de sus problemas.”	Totalmente de acuerdo.....0 En desacuerdo.....1

2.10	"Yo nunca tendría un amigo gay."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.11	"Es importante que el padre se involucre en la vida de sus hijos, aunque se haya separado de la madre."	Totalmente de acuerdo.....0 En desacuerdo.....1
2.12	"Los hombres siempre están listos para tener relaciones sexuales."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.13	"El papel más importante de las mujeres es cuidar de su casa y cocinar para su familia."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.14	"Un hombre necesita otras mujeres, aunque esté bien con su pareja."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.15	"Un hombre y una mujer deben decidir juntos qué anticonceptivos van a usar."	Totalmente de acuerdo.....0 En desacuerdo.....1
2.16	"Es el hombre quien debe decidir de qué forma tener las relaciones sexuales."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.17	"Las mujeres que tienen condones en su bolsa son mujeres fáciles."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.18	"Está bien que un hombre golpee a su pareja, si ella no quiere tener relaciones sexuales con él."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.19	"Me desagrada ver a un hombre comportarse como una mujer."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.20	"Una mujer y un hombre deben decidir juntos si quieren tener hijos."	Totalmente de acuerdo.....0 En desacuerdo.....1
2.21	"Una mujer debe tolerar la violencia de su pareja para mantener unida a su familia."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.22	"Me sacaría de onda si mi pareja me exigiera usar un condón."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.23	"De sexo no se habla, ¡se hace!"	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.24	"Un hombre debe saber qué le gusta a su pareja durante el sexo."	Totalmente de acuerdo.....0 En desacuerdo.....1
2.25	"La mujer debe llegar virgen al matrimonio."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0

2.26	"Si una mujer traiciona a un hombre, él puede golpearla."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.27	Un hombre debe intervenir si observa a otro hombre golpear a una mujer."	Totalmente de acuerdo.....0 En desacuerdo.....1
2.28	Un verdadero hombre solo tiene relaciones sexuales con mujeres	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.29	Por encima de todo un hombre debe de imponer respeto	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.30	"Una mujer decente no se emborracha en público."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.31	"Si alguien me busca bronca, no me echo para atrás."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.32	"Respeto a los gays, pero que no se metan conmigo."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.33	"Si alguien insultara a mi novia lo obligaría a que se disculpara."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.34	"No me casaría con una mujer que haya tenido relaciones sexuales con otros hombres."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.35	"Se ve mal que un hombre lllore en público."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.36	"Me molestaría que alguien me confundiera con un gay."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0
2.37	"Me sentiría mal si mis amigos se enteraran que mi novia ha tenido relaciones sexuales con otros hombres."	Totalmente de acuerdo.....1 En desacuerdo.....0

3. SALUD SEXUAL. A continuación, se te preguntara sobre aspectos que tienen que ver con tu vida afectiva y sexual. Encierra en un círculo cada respuesta.

3.1	Actualmente, ¿tienes pareja?	Si..... 01 No.....02
-----	------------------------------	-------------------------

		SI TU RESPUESTA ES NO, PASA A LA PREGUNTA 3.4
--	--	--

3.2	¿Hace cuánto tiempo comenzó su relación?	Menos de dos semanas01 Más de 2 semanas y menos de 1 mes02 Más de 1 mes y menos de 3 meses03 Más de 3 meses y menos de 6 meses04 Más de 6 meses y menos de 1 año05 Más de 1 año y menos de 3 años06 Más de 3 años.....07
-----	--	--

3.3	Tu pareja actual, ¿es hombre o mujer?	Hombre..... 01 Mujer.....02
-----	---------------------------------------	--------------------------------

En los últimos 3 meses, has platicado con alguien de tu familia sobre....

3.4	VIH-SIDA?	Si..... 01 No..... 02
3.5	Uso del condón?	Si.....01 No..... 02
3.6	Tu vida sexual?	Si..... 01 No..... 02
3.7	Relaciones sexuales con tu pareja?	Si..... 01 No..... 02
3.8	Uso de anticonceptivos (planificación familiar)?	Si..... 01 No..... 02
3.9	La paternidad (tener hijos y responsabilidades)	Si..... 01 No..... 02

3.10	¿Has tenido relaciones sexuales?	Si..... 01 No..... 02
	SI TU RESPUESTA ES NO, PASA A LA PREGUNTA 4.1	

3.11	¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	_____ años.
------	---	-------------

3.12	¿En tu primera relación sexual, estuviste de acuerdo o no estuviste de acuerdo con que ocurriera?	Si..... 0 No.....1
------	---	-----------------------

3.13	¿Tú y tu pareja han tenido relaciones sexuales?	Si..... 01 No.....02
------	---	-------------------------

3.14	Desde que iniciaron su relación de pareja, ¿cuánto tiempo después comenzaron a tener relaciones sexuales?	_____
------	---	-------

3.15	La última vez que tuvieron relaciones sexuales con tu pareja, ¿utilizaron el condón?	Si..... 0 No.....1
------	--	-----------------------

3.16	Cuando usas el condón con tu pareja, ¿Quién toma la decisión de usarlo?	Yo.....01 Ella/El.....02 Ambos.....03
------	---	---

3.17	La última vez que usaste el condón con tu pareja, ¿Quién traía el condón que utilizaron?	Yo.....01 Ella/El.....02 Ambos.....03
------	--	---

3.18	¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales con personas que no sean tu pareja fija?	Si..... 01 No.....02
------	---	-------------------------

3.19	La última vez que tuviste relaciones sexuales con personas que no fueron tu pareja, ¿utilizaron el condón?	Si..... 0 No.....01
------	--	------------------------

3.20	Prefieres tener relaciones sexuales con una pareja fija o con parejas eventuales?	Pareja fija 01 Pareja eventual.....02 Ambas03
------	---	---

3.21	La última vez que tuviste relaciones sexuales con tu pareja, ¿consumiste bebidas alcohólicas?	Si..... 1 No.....0
------	---	-----------------------

3.22	La última vez que tuviste relaciones sexuales con tu pareja, ¿consumiste marihuana?	Si..... 1 No.....0
------	---	-----------------------

3.23	La última vez que tuviste relaciones sexuales con tu pareja, ¿consumiste alguna otra droga?	Si..... 1 No.....0
------	---	-----------------------

4. SALUD REPRODUCTIVA. A continuación, se te realizará una serie de preguntas sobre el cuidado de tu sexualidad, así como los comportamientos y prácticas que llevas a cabo.

		DE ACUERDO	EN DESACUERDO
4.1	El condón protege contra Infecciones de Transmisión Sexual..	0	1
4.2	El condón sirve para prevenir el contagio del virus del VIH.	0	1
4.3	Con condón, no se siente igual tener relaciones sexuales.	1	0
4.4	Comprar un condón es caro.	1	0
4.5	El condón dificulta la erección.	1	0
4.6	El condón no sirve, porque se puede romper	1	0
4.7	El condón lo usan sólo quienes tienen relaciones con más de una persona	1	0
4.8	El condón es un mal necesario	1	0
4.9	El condón es fácil de poner.	0	1
4.10	Ponerte el condón te saca de ambiente.	1	0

4.11	¿Has hablado con tu pareja sobre cómo evitar embarazos?	Si..... 0 No.....1 SI TU RESPUESTA ES NO, PASA A LA PREGUNTA 4.13
------	---	--

4.12	Cuando tú y tu pareja hablan sobre cómo evitar embarazos, ¿quién inicia el tema?	Yo.....01 Ella/El.....02 Ambos.....03
------	--	---

4.13	¿Piensas que existen periodos en los cuales es más probable que una mujer quede embarazada?	Si..... 0 No.....1
------	---	-----------------------

4.14	¿Cuándo crees que sea más probable que una mujer se embarace si tiene relaciones sexuales: (LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE LA QUE SEA AFIRMATIVA)	A la mitad entre una menstruación y otra?01 Poco antes de iniciar la menstruación?02 Durante la menstruación?03 Poco después de terminar la menstruación?04 En algún otro momento?05
------	---	--

4.15	Fuera de una relación de pareja o de tu familia, ¿has platicado con alguien sobre los métodos anticonceptivos?	Si..... 01 No.....02
------	--	-------------------------

4.16	La última vez que conversaste con alguien sobre los métodos anticonceptivos, que no fuera tu pareja o algún familiar, ¿con quién fue?	Amigo (a).....01 Profesor (a).....02 Médico (a).....03 Enfermero (a)04 Otro05
------	--	---

4.17	Actualmente tú y tu pareja ¿utilizan algún método para evitar un embarazo?	Si.....0 No1 SI TU RESPUESTA ES NO, PASA A LA PREGUNTA 4.19
------	--	--

4.18	¿Qué están haciendo tú y tu pareja para evitar un embarazo?	Operación femenina (ligadura).....01 Operación masculina (vasectomía).....02 Implantes hormonales03 Dispositivo04 Píldoras anticonceptivas05 Inyecciones hormonales06
------	---	--

		Condón masculino07 Condón femenino08 Locales (espumas / óvulos / jaleas)07 Ritmo10 Retiro (venirse afuera)11 Nada12 ...
--	--	---

4.19	En los últimos tres meses, ¿hablaste con tu pareja sobre el uso del condón?	Si 0 No1
------	---	-------------------------

4.20	En los últimos tres meses, ¿hablaste con tu pareja sobre Infecciones de Transmisión Sexual?	Si 0 No1
------	---	-------------------------

4.21	¿Te has hecho la prueba del VIH-SIDA?	Si 0 No1 SI TU RESPUESTA ES NO, PASA A LA PREGUNTA 4,23
------	---------------------------------------	--

4.22	¿Por qué decidiste hacerte la prueba del VIH-SIDA?	Ha tenido relaciones sexuales sin uso del condón..... 01 Escuchó que era importante 02 Era un requisito para poder donar sangre 03 Otra 04
------	--	---

4.23	¿Has intentado utilizar el condón con alguien que no quiere utilizarlo?	Si 01 No02 SI TU RESPUESTA ES NO, PASA A LA PREGUNTA 4.27
------	---	--

4.24	¿Y qué hicieron en esa ocasión?	Usó el condón sin el acuerdo de su pareja 01 Usó el condón después de lograr un acuerdo con su pareja 02 Decidió no tener relaciones sexuales 03 Tuvo sexo sin penetración 04 Tuvo sexo sin condón 05 Otro 06
------	---------------------------------	--

4.25	¿Has tenido sexo con otro hombre?	Si 01 No02
------	-----------------------------------	---------------------------

		SI TU RESPUESTA ES NO, PASA A LA PREGUNTA 4.29
4.26	La última vez que tuviste sexo con otro hombre, ¿usaron el condón?	Si..... 0 No.....1

4.27	En tu opinión, ¿quién debe tomar la iniciativa sobre usar algún método anticonceptivo?	El hombre01 La mujer02 Los dos juntos03 Depende de las circunstancias04
------	--	--

4.28	Tengo o tendría sexo solo con personas de las que estoy enamorado.	Si..... 01 No.....02
4.29	Tengo o tendría sexo solo con personas que conozco bien.	Si..... 01 No.....02
4.30	Indago o busco saber (indagaría o buscaría saber) si mi pareja ha tenido sexo sin protección.	Si..... 0 No.....1
4.31	Exijo (exigiría) el uso del condón.	Si..... 0 No.....1

5 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. Finalmente, te preguntaremos si has notado algunos cambios en tu cuerpo.

5.1	¿Llagas (lastimaduras, ulceraciones) en los órganos sexuales?	Si..... 1 No.....0
5.2	¿Una bolita en la ingle por debajo de la piel?	Si..... 1 No.....0
5.3	¿Ardor o dificultades al orinar?	Si..... 1 No.....0
5.4	¿Escurrimiento de color amarillo o verdoso al orinar?	Si.....1 No.....0
5.5	¿Sangre al orinar?	Si..... 1 No.....0
5.6	¿Pus de olor fuerte?	Si..... 1 No.....0
5.7	¿Dolor durante el acto sexual?	Si..... 1 No.....0
5.8	¿Verrugas en la región genital o anal?	Si..... 1 No.....0

5.9	¿Enrojecimiento y comezón en el pene?	Si..... 1 No.....0
5.10	¿Pequeños granos en la punta del pene?	Si..... 1 No.....0

5.11	¿Te has tratado esos síntomas?	Si..... 0 No.....1
------	--------------------------------	-----------------------

5.12	¿A dónde acudiste por tratamiento?	Auto medicamento casero 01 Utilizó un medicamento que le recomendaron en una farmacia 02 Acudió con el médico particular 03 Acudió a un centro de salud 04 Acudió a un hospital 05 Otro 06
------	------------------------------------	---

