



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. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	44

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 sus 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 morbimortalidad 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 vida³³

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 pertinentes³⁴

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 vida³⁵.

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 gobernanza³⁶

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 adecuada⁵⁹.

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 identidad⁶⁴

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 tricomoniasis.

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, tricomoniasis, 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. 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 healthy 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., Hidalgo-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 design. *Psicología del Desarrollo, infancia y adolescencia*. 1979. Editorial Thompson.
39. Salud Adolescente. Organización Panamericana de la Salud. (internet) Washington, 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.