

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.

**Detección de necesidades en Salud Sexual y Reproductiva de los y las
estudiantes de la UACM en el Plantel San Lorenzo Tezonco: una
propuesta de intervención desde la Promoción de la Salud.**

TRABAJO RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

KARINA PAOLA RAMOS CÁRCAMO.

Directora de trabajo recepcional

Mtra. Patricia Huerta Encarnación.

México, D.F. octubre, 2015.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

INDICE

	Página
Agradecimiento	
Introducción	1
Capítulo I. Salud Sexual	4
I.1 Necesidad	4
I.2 Salud Sexual.....	8
I.3 Salud Sexual y Reproductiva.....	15
I.4 Ejercicio de la salud sexual.....	20
Capítulo II. Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva.	25
II.1 Promoción de la Salud.....	25
II.2 La salud sexual en el contexto de la Promoción de la Salud.....	34
II.3 Visión de la salud sexual y reproductiva desde la Promoción de la Salud..	41
Capítulo III. Salud sexual y jóvenes universitarios.....	46
III.1 Problemáticas en torno a la salud sexual en jóvenes universitarios.....	47
III.2 Atención en salud sexual a jóvenes universitarios.....	54
III.3 La salud sexual y reproductiva en la UACM.....	60
Capítulo IV. Metodología de la Investigación.....	65
IV.1 Paradigma de la investigación.....	65
IV.2 Diseño del estudio.....	65
IV.3 Planteamiento del problema.....	66
IV.4 Justificación.....	69
IV.5 Preguntas de investigación.....	72
IV.6 Objetivos.....	73
IV.7 Hipótesis	74
IV.8 Recolección de datos.....	74

<i>IV.8.1 Muestreo</i>	74
<i>IV.8.2 Instrumento</i>	76
<i>IV.8.3 Procedimiento para el análisis de los resultados</i>	77
Capítulo V. Resultados	79
V.1. Resultados.....	79
<i>V.1.1 Variables demográficas.</i>	
Tabla 1. Edad.....	80
Tabla 2. Estado civil.....	81
<i>V.1.2 Ejercicio de la sexualidad.</i>	
Tabla 3. Ejercicio de la vida sexual.....	82
Tabla 4. Tipo de prácticas sexuales.....	83
Tabla 5. Tipo de coito.....	84
Tabla 6. Número de parejas sexuales.....	85
Tabla 7. Uso de métodos anticonceptivos.....	86
Tabla 8. Motivos por los cuales los y las estudiantes no usan métodos anticonceptivos.....	87
Tabla 9. Motivo del uso de métodos anticonceptivos.....	89
Tabla 10. Uso actual de métodos anticonceptivos.....	90
<i>V.1.3 Infecciones de transmisión sexual.</i>	
Tabla 11. Conocimiento sobre ITS.....	92
Tabla 12. Reconocimiento de ITS.....	93
Tabla 13. Contagio de ITS.....	95
Tabla 14. Nombre de la ITS en la población contagiada.....	96
Tabla 15. Conocimiento sobre el actual estado de salud sexual.....	98
<i>V.1.4 Embarazo y aborto.</i>	
Tabla 16. Embarazo no planeado.....	99
Tabla 17. Interrupción del embarazo.....	100
Tabla 18. Conocimiento sobre las instituciones donde se practica la interrupción del embarazo.....	101
<i>V.1.5 Riesgos sexuales.</i>	
Tabla 19. Prácticas sexuales sin consentimiento.....	102
Tabla 20. Consumo de alcohol durante las prácticas sexuales.....	103
Tabla 21. Consumo de marihuana durante las prácticas sexuales.....	104

Tabla 22. Retribuciones económicas para tener prácticas sexuales.....	105
<i>V.1.6 Disponibilidad de información sobre SSyR en la UACM.</i>	
Tabla 23. Información sobre SSyR en la UACM.....	106
Tabla 24. Acceso a métodos anticonceptivos en la UACM.....	107
Tabla 25. Tipo de métodos a los que se tiene acceso en la UACM.....	108
V.2 Análisis de resultados y discusión.....	109

Capítulo VI. Propuesta de intervención desde la Promoción de la Salud.....	119
VI.1. Justificación de la propuesta.....	123
VI.2. Objetivos.....	124
VI.3. Estrategias.....	126
VI.4. Herramientas para el aprendizaje.....	128
VI.5. Resultados esperados.....	131
VI.6. Propuesta de evaluación.....	132
Conclusiones.....	134
Referencias.....	139

Anexos

Anexo 1. Primera versión del cuestionario (prueba piloto).

Anexo 2. Estudio exploratorio en Salud Sexual y Reproductiva para la comunidad estudiantil UACM.

Agradecimiento

A mis padres, por estar presentes no sólo en esta importante etapa de mi vida, sino por acompañarme desde el inicio de mi preparación académica, por ofrecerme lo mejor, por creer en mi capacidad y brindarme su comprensión, cariño y amor. Gracias por ser mis promotores y compañeros de metas y sueños cumplidos.

A mi hijo Máximo, por estar siempre acompañándome, por ser mi alma gemela y mi obra maestra, por venir a esta vida a enseñarme lo que es la determinación, la disciplina, la voluntad, la paciencia, la madurez y la excelencia. Gracias hijo por compartirme tu fortaleza, y por ser el motor para concluir todos mis proyectos.

A mi directora de tesis, la Mtra. Patricia Huerta Encarnación por su paciencia, orientación y motivación; al Mtro. Miguel Ángel Palomino Garibay, por compartir conmigo su conocimiento, su brillante manera de trabajar, por contagiarme de su rigor académico y por permitirme realizar las prácticas de Servicio Social en su programa y utilizar los datos que recabamos dentro de él para la realización de este trabajo tiene toda mi admiración y respeto; al Mtro. Porfirio Miguel Hernández Cabrera, por enriquecer extraordinariamente con su conocimiento y exigencia la investigación; a la Mtra. Patricia Bermúdez Cruz, por su ayuda y paciencia en la corrección de estilo, y a la Mtra. Natividad Almaza Beltrán, por su exigencia y conocimientos los cuales fueron esenciales para el logro de este documento.

Gracias a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por formarme como Promotora de la Salud y por el apoyo para la impresión y empastado de la presente Tesis.

Gracias a todos.

INTRODUCCIÓN

En México, el embarazo no planeado y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el grupo de los jóvenes, constituyen un importante problema de salud. La educación de la sexualidad ha carecido de una visión integral, la educación que se imparte es meramente biológica –además de limitada-, en general se omiten factores psicológicos y sociales que influyen de manera directa en la forma en que los jóvenes ejercen su vida sexual.

Debido a la importancia que se le ha dado a la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) como un determinante para alcanzar los niveles adecuados de salud y en general de desarrollo humano, el Programa de Servicio Social: Orientación en Salud Sexual y Reproductiva para la Comunidad Estudiantil de la UACM realiza en una primera etapa esta investigación, la cual se centra en obtener información acerca de las necesidades sexuales y reproductivas existentes en una muestra de estudiantes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), Plantel San Lorenzo Tezonco. La manera de obtener los datos es mediante la elaboración, aplicación y análisis de resultados de un cuestionario diagnóstico, donde se exploran los conocimientos y comportamientos que los y las estudiantes tienen sobre: ITS, aborto, tipo de prácticas sexuales, consumo de alcohol y/o marihuana durante las prácticas sexuales, uso de métodos anticonceptivos y uso de métodos de protección contra ITS, con el fin de conocer las necesidades en SSyR de esta población. Tal conocimiento nos dará las evidencias necesarias para proponer mecanismos de respuesta desde la Promoción de la Salud, utilizando estrategias que permitan mejorar la SSyR, e impulsando a las personas para que puedan incrementar el control sobre la misma.

En los primeros tres capítulos del presente documento se hace una revisión teórica sobre la SSyR y su relación con la Promoción de la Salud. En el capítulo IV se aborda de manera detallada el diseño, elaboración y aplicación

del instrumento diagnóstico a los estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM. Los resultados obtenidos los encontramos en el capítulo V, en el análisis encontramos que las necesidades de los estudiantes son: identificar las ITS; usar condón en todas sus prácticas sexuales; realizarse pruebas para la detección de ITS periódicamente, ya que únicamente el 5% de la población se ha realizado alguna; información sobre dónde interrumpir un embarazo porque 41% de la población no sabe a dónde acudir; conocimiento sobre los efectos del consumo de drogas en el ejercicio de su sexualidad porque el 52% de los estudiantes encuestados consumen alcohol durante sus prácticas sexuales y el 25% consume marihuana. Además de las necesidades en la universidad, ya que solo el 7% dice encontrar información y tener acceso a métodos anticonceptivos dentro del plantel.

Para atender las necesidades detectadas, se hace una propuesta desde la Promoción de la Salud, utilizando como estrategia principal la educación de la sexualidad para fomentar la modificación de los estilos de vida de los estudiantes y esto se vea reflejado en un fortalecimiento de su vida sexual y reproductiva.

Los datos utilizados en esta investigación fueron obtenidos dentro del Programa de Servicio Social: Orientación en Salud Sexual y Reproductiva para la Comunidad Estudiantil de la UACM, el cual se desarrolla en el Plantel San Lorenzo Tezonco de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Dirigido por el Profesor – Investigador: Miguel Ángel Palomino Garibay.

CAPÍTULO I: SALUD SEXUAL

Desde hace dos décadas se ha incrementado considerablemente el número de investigaciones, acciones y políticas en materia de salud sexual, todas ellas planeadas con el fin de mejorar la condición de salud de las personas. Las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) de los adultos jóvenes es actualmente un asunto de relevancia en ámbitos de salud pública, política y educación, entre otros.

En éste primer Capítulo revisaremos los conceptos de: necesidad, salud sexual, SSyR y ejercicio de la salud sexual, con el fin de tener un marco de referencia amplio de estos, abarcando aspectos relevantes de la salud sexual y los derechos que la protegen.

I.1 Necesidad

En el léxico profesional se utilizan habitualmente tres palabras como sinónimos: problema, necesidad y demanda, pero no tienen el mismo contenido ni el mismo significado a pesar del uso intercambiable abusivo que hacemos. Problema es definido por el *Dictionnaire Petit Robert* (citado por De Robertis, 2003) como la:

[...] dificultad que hay que resolver para obtener un cierto resultado. Situación inestable o peligrosa que exige una decisión. En la palabra problema resalta la noción de dificultad y de necesidad de cambiar las cosas. Su terminología social incluye también una noción de carencia objetiva con respecto a las normas sociales [...] (2003: 94).

De Robertis, considera que el término demanda se refiere a la acción de pedir, hacer saber lo que uno anhela o desea:

Una demanda es una acción, un acto realizado por el usuario. Implica una movilización de la persona o grupo, con el fin de encontrar una solución al problema que quiere resolver, así reducir la frustración y el sufrimiento que entraña la necesidad (2003: 94).

Con respecto al concepto de necesidad nos señala que:

La necesidad es una aspiración natural y a menudo inconsciente, deseo ardiente, lo que es necesario. Exigencia nacida de la naturaleza o de la vida social. El término necesidad se refiere, pues a un aspecto subjetivo (aspiración, deseo, exigencia), ya sea del individuo o de un grupo de individuos. Es este el que nos parece esencial resaltar porque, en trabajo social, el término necesidad (individual o colectiva) implica una noción de carencia, de falta o frustración, que produce sufrimiento (2003: 94).

Para Malinowski (citado por Puig, Sabater y Rodríguez, 2012), la necesidad es entendida como “un sistema de condiciones, las cuales en el organismo humano, en contexto cultural y en sus mutuas relaciones en el ambiente, son necesarias y suficientes para la sobrevivencia de un grupo o individuo” (2012: 4).

En este sentido, la necesidad se constituye en la promotora que motiva y moviliza a las personas a participar en la búsqueda de sus satisfactores básicos. Sánchez retoma a Krmpotic, quien dice que la necesidad se “designa a aquello que es condición necesaria para la existencia del ser humano, siendo además condición necesaria para que una sociedad exista a través del tiempo” (2005: 40).

Las necesidades humanas se han ido clasificando, Sánchez retoma la definición de necesidad primaria y secundaria propuesta por Edmund A. Smith en 1971:

[...] una necesidad primaria es una necesidad directa de un bien, servicio o relación humana, como es la necesidad de alimento, educación, consejo o aprobación y la necesidad secundaria es una necesidad indirecta, o no egocéntrica, de ayudar a otra persona a obtener o alcanzar un bien, un servicio o una relación a fin de satisfacer una necesidad primaria (2005: 41).

En este concepto se pueden identificar dos elementos centrales: el primero, que ubica a la necesidad primaria como una necesidad de obtención de bienes y servicios, en la que por consiguiente, los individuos deben contar con los recursos necesarios para satisfacerla; en este rubro, la participación del Estado es muy importante, ya que su obligación es generar condiciones de vida que permitan la satisfacción de estas necesidades para así originar las condiciones de vida que permitan la reproducción social de los sujetos. Otro aspecto se refiere a la relación humana, es decir, la necesidad que tienen las personas de ser aceptadas socialmente y, que es parte sustancial en la convivencia que se genera en cualquier grupo social.

Font e Imbernón, 2002 (citados por Fernández y Salinero, 2004), agrupan las necesidades en dos bloques distintos a los mencionados anteriormente: necesidad como carencia y necesidad como problema. En el primer caso la necesidad se contempla como una distancia entre factores, es decir, en dónde nos encontramos y hacia dónde queremos llegar; mientras que en el segundo caso, la necesidad es vista desde una perspectiva participativa, ya que involucra a diferentes colectivos en el proceso de análisis y detección.

Desde el enfoque de la necesidad como carencia, la definición de Giménez y Tejada (2006) es la siguiente:

La necesidad es una discrepancia o desfase entre “lo que es”, lo actual o el estado presente de las cosas en un determinado contexto o para un determinado grupo, y “lo que debería ser”, o lo futuro, o el estado deseado de las cosas en un determinado contexto o para un determinado grupo de personas (77).

Desde el enfoque de la necesidad como problema, la definición es:

La necesidad se equipara a conceptos tan variados como problema, interés, demanda, motivación, etc. Ello supone atender a la perspectiva participativa mediante la cual las personas formulan abiertamente sus necesidades con el fin de que, colectivamente, pueda decidirse su pertinencia en un contexto más o menos amplio (77).

De acuerdo a lo planteado por los autores citados anteriormente retomaremos el concepto de necesidad como una carencia, ya que nos conduce a planteamientos donde lo importante es establecer lo que debería ser en una determinada situación, nos permite evaluar la situación actual y elaborar la planificación de una meta. Para ello, deberemos garantizar quién nos aportará lo “ideal” y cómo analizaremos lo “real”. Además señalan que lo anterior puede ser útil para aproximarse y cubrir las necesidades de un colectivo amplio.

I.2 Salud Sexual

La Salud Sexual es un término compuesto por dos palabras, para poder desarrollar el concepto más claramente primero se detallará el significado de salud, posteriormente el de sexualidad y se concluirá con la definición de salud sexual propuesto por la OMS, la OPS y la Asociación Mundial de Sexualidad (por sus siglas en inglés WAS).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1948 define a la salud como un:

[...] estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Este enfoque incluye la relevancia de los aspectos de la promoción y prevención en su contribución con el logro de una mejor calidad de vida. También se destacan como necesarios la activa participación de la comunidad, el enfoque multidisciplinario y la incorporación de muy diversos sectores en la construcción de la salud de la población, más allá de únicamente el sector salud.¹

Stella Cerruti (1993), explica que en la *Carta de Ottawa* para la Promoción de la Salud promulgada en 1986 se considera que:

[...] la buena salud es una dimensión importante de la calidad de vida, destacándose una serie de requisitos que implican intervención multisectorial. Se señala que la promoción se centra en alcanzar la equidad, dirigiendo su acción a reducir las diferencias en el estado actual y al asegurar la igualdad de oportunidades y recursos que faciliten a toda la población los medios para desarrollar al máximo su salud potencial. Se enfatiza de igual forma en la significación del estilo de vida en la salud, planteando que ésta se crea y se vive en el marco de la vida

¹ La definición de salud procede del Preámbulo de la *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, que fue adoptada por la *Conferencia Sanitaria Internacional*, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

cotidiana. Del mismo modo, se asigna gran valor a los cuidados que cada persona pueda brindarse a sí misma y a las demás, así como a la capacidad de tomar decisiones y de asegurar que la sociedad en que se viva ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de un buen estado de salud (1993: 124).

Con los párrafos anteriores, podemos darnos cuenta que la salud empezó a ser entendida como un proceso y no como un estado, ya no era sólo la ausencia de dolor o enfermedad, sino que involucraba el concepto de bienestar.

Una vez desarrollado el concepto de salud en dos momentos históricos distintos (1948 y 1986) podemos definir a la sexualidad, para lo cual es importante mencionar que se han encontrado algunas dificultades al hacerlo. Estas dificultades surgen principalmente debido a que la definición de un concepto está influida por el contexto y el proceso sociocultural e histórico en el que se construye. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS² recomiendan establecer antes las diferencias entre sexo y sexualidad, para poder entender la sexualidad humana. Otra dificultad radica en que la sexualidad involucra una diversidad de factores que transcurren desde los aspectos relacionados con la intimidad y la privacidad de las personas, el bienestar individual y el de pareja, las relaciones familiares y las sociales hasta incorporarse a las políticas públicas.

² La OMS convocó en 1974 a una Reunión sobre Capacitación y Tratamiento en cuestiones de sexualidad humana: la Formación de profesionales de la salud (*Meeting on Education and Treatment of Human Sexuality: The Training of Health Professionals*). Dicha reunión tuvo lugar del 6 al 12 de febrero de 1974. En la misma participaron profesionales de diversos países, seleccionados de acuerdo a su experiencia y conocimientos especializados en la enseñanza, la investigación o la clínica en el campo de la sexualidad humana. Las conclusiones de esta reunión se plasmaron en el documento *Capacitación y tratamiento en cuestiones de sexualidad humana: La formación de profesionales de la salud*. Informe de una reunión de la OMS, 1975. Informe 01, 1975. Se trata de un documento histórico que sentó las bases para mejorar la capacitación de los profesionales de salud y prepararlos para que puedan ofrecer educación, consejería y terapias sexuales.

De acuerdo con la OMS, “el sexo es el conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hembras o machos. El uso del término se limita al plano biológico” (2000:6). Por otra parte, Álvarez-Gayou (2011), propone un concepto más amplio, define al sexo como “la serie de características físicas determinadas genéticamente que colocan a los individuos de una especie en algún punto del continuo que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios”. Al referirse a características físicas habla de los órganos sexuales internos y externos, es decir, si tiene pene, se le asigna como sexo hombre o sexo mujer en caso de tener vulva. Además hace mención de la importancia de conocer las diferentes dimensiones del sexo: sexo cromosómico, sexo genético, sexo gonadal, sexo hormonal, órganos sexuales pélvicos externos, órganos sexuales pélvicos internos y sexo cerebral.

La sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la reproducción, la vinculación afectiva y el amor. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. En el colectivo se maneja como un aspecto biológico y más específicamente como lo genital, lo coital, pero en realidad “es un concepto multifactorial, es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales” (2000:8). Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten todos. Este es un aspecto que se modifica o moldea con base en experiencias, se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos, también:

[...] se integra mediante una relación dialéctica en la que intervienen vertientes relacionadas con lo placentero, afectivo, comunicacional, creativo, ético y procreativo, es uno de los procesos vitales que con más fuerza repercute y, a la vez, está

influido por el contexto histórico-social en que se desarrolla (Vargas, 2007: 14).

Además de ser el resultado de la interacción cognitiva entre el individuo y su medio personal, familiar y social. Orienta acciones, sentimientos y relaciones entre las personas y las lleva a entrar en contacto y a construir vínculos de intimidad, eje fundamental para el desarrollo humano (Quirós y Villalobos, 2000, citados por Vargas, 2007).

Es decir, es un concepto donde convergen niveles de conocimiento, sentimiento, comportamiento y no sólo los cambios o manejos del desarrollo del cuerpo. Debido a que la sexualidad es un complejo aspecto sociocultural, se deben dimensionar sus elementos componentes para incorporar diversos procesos de reflexión, educación e investigación. En el *Proyecto la Salud Sexual y la Salud Reproductiva de la Población Estudiantil de la Universidad Nacional*, las dimensiones que proponen Campos y Salas, 2002 (citados por Vargas, 2007), son:

- Dimensión erótica y del placer.
- Dimensión histórica-cultural: se reflejan las contradicciones y luchas ideológicas y sociales.
- Dimensión de socialización según el género: masculino y femenino.
- Dimensión de derechos humanos.
- Dimensión de respeto a la diversidad.
- Dimensión subjetiva e intersubjetiva en función de la construcción de vínculos afectivos (2007:12).

Por otra parte, en la *Guía de Actividades. Diplomado Formación Cívica y Ética*, Rubio (2008), afirma que la sexualidad humana es el resultado de la interacción de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones sexuales:

- La reproductividad, que consiste en la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (no idénticos) a los que lo produjeron.
- El género se entiende como la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina así como las características del individuo que lo ubican en algún punto de rango de diferencias (2008: 38).
- El erotismo es el proceso humano en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.
- La vinculación afectiva se define como la capacidad del ser humano de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan (2008: 39).

Para González (2004), de estos conceptos surge la relación existente entre salud y sexualidad. No se concibe el logro de la salud integral de las personas sin el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad. Tampoco es posible su ejercicio pleno y satisfactorio si existen situaciones que afectan la salud de las personas en los planos somático, psicológico o social.

Es justamente en este panorama donde surge el interés por la Salud Sexual. En 1975 la OMS reunió a un grupo de especialistas de ésta área, por primera vez se hablaba de la necesidad de incluir la sexualidad dentro de los servicios de Salud Pública que se ofrecían a la comunidad, como uno de los aspectos importantes para mejorar la calidad de vida. La salud sexual surge como un elemento importante dentro de los nuevos paradigmas de la salud, relacionada íntimamente con la calidad de vida y el bienestar de las personas se convierte en prioridad dentro de las políticas de atención en salud.

En ese mismo año, la OMS define a la salud sexual como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor” (OMS, 1975, 6). La integridad de ese concepto supera a los aspectos reproductivos o patológicos únicos considerados “lícitos” para ser tratados por los servicios de atención de salud. Enfatiza los componentes afectivos, placenteros y relativos a la comunicación que, sin duda, repercuten significativamente en el estilo y la calidad de vida de las personas.

En mayo del 2000, la OPS y la WAS, convocaron a un grupo de expertos con el fin de actualizar aspectos conceptuales, de reexaminar las políticas para consolidar un trabajo riguroso, disciplinado en promoción, recuperación y mantenimiento de la salud sexual; las recomendaciones quedaron recopiladas en el documento *Promotion of Sexual Health Recomendaciones for Action*. En este documento, citado por Arcilla (2002), se entiende por salud sexual:

La integración de procesos físicos, fisiológicos y socioculturales relacionados con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en experiencias libres y responsables de las capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, no es solamente ausencia de disfunción o enfermedad. Para lograr y mantener la salud sexual es necesario que los derechos sexuales sean reconocidos y apoyados (2002: 20).

Para garantizar el acceso de todos a la salud sexual, es importante la participación de manera equitativa y responsable en el ejercicio de la sexualidad. Asimismo, la OMS considera que se requieren tres elementos básicos para alcanzar la salud sexual:

1. La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual y reproductiva, equilibrando una ética personal y social.

2. El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos ni falacias; en esencia, sin factores psicológicos y sociales que interfieran con las relaciones sexuales.
3. El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades, alteraciones o discapacidades que la entorpezcan (OMS, 1974, citado por Álvarez – Gayou, 2011: 23).

Los derechos que protegen la salud sexual, de acuerdo con lo señalado por Ahumanda y Kowalski-Morton, son:

- Derecho a decidir libre y responsablemente sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad. Existen diversas formas de vivir la sexualidad. Las personas tienen derecho a que se respeten las decisiones que toman sobre su cuerpo y su sexualidad. Son responsables de sus decisiones y actos. Nadie debe presionar, condicionar ni imponer sus valores particulares sobre la forma en que deciden vivir su sexualidad (2006: 38).
- Derecho a ejercer la sexualidad sin riesgos, libre de discriminación, coerción o violencia relativas a la sexualidad. Evitar cualquier maltrato físico o psicológico en el plano sexual, y evitar hacer cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en la raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otro estatus, y que tenga el propósito o efecto de anular o impedir el reconocimiento, disfrute o ejercicio por parte de todas las personas a una relación equitativa (2006: 41).
- Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales. Incluye la toma de decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- Derecho a la privacidad sexual. Es el fundamento del derecho de los individuos a tomar decisiones sobre su sexualidad libres de injerencia y de su derecho a la confidencialidad en la atención de salud sexual. Involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros (2006: 29).

- Derecho a la equidad sexual. Se refiere a evitar todas las formas de discriminación, independiente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
- Derecho al placer sexual, físico y emocional. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- Derecho a la expresión sexual emocional. Toda persona tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- Derecho a la libre opción sexual. La elección basada en la orientación sexual de las personas, abarca los deseos, sentimientos, prácticas e identificación sexual. Puede ser hacia personas del mismo sexo, o de diferente sexo.
- Derecho a la información sexual basada en el conocimiento científico. Tener información basada en hechos, sin prejuicios sobre la sexualidad, es una de las mejores formas de asegurar que las personas puedan tomar decisiones saludables e informadas.
- Derecho a la educación sexual integral. Considerado como el proceso mediante el cual se adquieren y transforman positivamente, conocimientos, actitudes y valores respecto a la sexualidad, desde que nacemos hasta que morimos (2006: 25).
- Derecho a la atención de la salud sexual. Es el derecho a recibir los servicios de salud sexual gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad. El personal de los servicios de salud pública no debe negar la información o atención bajo ninguna condición, y éstas no deben ser sometidas a ningún prejuicio (2006: 19).

I.3 Salud sexual y reproductiva.

Salud sexual y salud reproductiva no son lo mismo. La salud reproductiva, es un elemento importante de la salud sexual. La separación entre lo sexual y lo reproductivo procura rescatar la importancia de comprender que la sexualidad no está destinada únicamente a la reproducción, no se vive en

función de la reproducción, ni lleva necesariamente a la reproducción. En el campo de la reproducción, la formulación de derechos ha tenido como propósito tratar de extirpar desde lo moral, la relación obligatoria entre sexualidad y reproducción. Para explicar la relación y las diferencias entre la SSyR, se retomarán los principales discursos internacionales que las protegen.

En la mayor parte de los países del mundo, la SSyR de las personas ha emergido como campo de atención a tener en cuenta en las políticas y programas de salud. Esto expresaría una preocupación oficial por el bienestar integral del ser humano, al reconocer a la sexualidad y la reproducción como dimensiones importantes por ser satisfechas para la realización personal, también con impactos en el desarrollo económico y social. Como refiere Cook (citado por Ramos, 2006), la capacidad o incapacidad de los individuos, en especial de las mujeres, de regular y controlar su propia fecundidad, afecta la salud y el bienestar de las personas directamente involucradas. No tener la posibilidad de decidir libremente sobre este campo, constituye una violación a los derechos humanos.

Además, de acuerdo con la opinión de Ramos (2006), lo anterior tiene implicaciones en la estabilidad global, el equilibrio entre la población, los recursos naturales y entre las personas y su medio ambiente.

La SSyR, siendo elementos tan importantes de salud, de derechos humanos y en general de bienestar y desarrollo social, no siempre tuvieron la relevancia que han alcanzado en la actualidad. Esta trascendencia, más bien, es el resultado de un largo y paulatino proceso de cambio de creencias, paradigmas socioeconómicos y culturales, gestados por diversos movimientos sociales, entre los que destaca el movimiento feminista. Estos, incesantemente cuestionaron la aplicación de políticas sesgadas, coercitivas en torno a la sexualidad y reproducción. Refutaron a las doctrinas que se

erigieron como su sustento teórico, las cuales buscaban defender intereses económicos y políticos particulares, no el bienestar de la población en general (Ramos, 2006).

El logro del consenso mundial respecto al nuevo paradigma de desarrollo humano y su enriquecimiento propuesto por la perspectiva de género, cumplieron un papel crucial en la elaboración de los conceptos de salud sexual, salud reproductiva y derechos reproductivos, en los lineamientos de políticas que se desarrollaron a partir de la *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo* (CIPD) realizada en la ciudad del Cairo el 20 de septiembre de 1994.

En los acuerdos de la CIPD, el concepto de salud reproductiva abarca no sólo la ausencia de enfermedades, se define a la salud reproductiva como:

Un estado de completo bienestar físico mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos [...] La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, con la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación familiar de su elección, y los derechos a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos (“Programa de Acción”. *ONU, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, párrafo 7.2).

Se recomienda que los servicios de salud reproductiva vayan más allá de la orientación y abastecimiento de métodos anticonceptivos, debiendo incluir la atención prenatal, parto, post-parto, interrupción del embarazo o prevención

del aborto y el tratamiento de sus consecuencias, asumiendo otras afecciones tales como infecciones de los órganos sexuales, infertilidad, infecciones de transmisión sexual, cáncer de mama, asesoramiento sobre sexualidad humana y paternidad responsable (ONU, 1994).

Rodríguez menciona que el enfoque de la Salud Reproductiva incluye y reconoce:

- Las prácticas de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/sida);
- La perspectiva de género y de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de mujeres y hombres;
- La autodeterminación y la capacidad de las mujeres para decidir sobre su vida reproductiva;
- A las madres y mujeres adolescentes, solteras, separadas, divorciadas o viudas, a las que viven en uniones no formales, a las vinculadas con el comercio sexual y, obviamente, a los hombres;
- A las mujeres para que tengan embarazos y partos saludables;
- A las personas para que sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura;
- A las personas para que puedan reproducirse con la libertad de decidir si lo hacen, cuándo y con qué frecuencia (2009: 5).

De esta forma en El Cairo se rompe con la preocupación centrada en la planificación familiar y se asumen las necesidades en la salud de las personas, en especial de las mujeres, de manera más integral. Los objetivos del desarrollo humano presentes en los principios formulados en dicha Conferencia, están centrados en el desarrollo de las capacidades de los usuarios de los servicios de salud reproductiva, en satisfacer sus necesidades de salud, sus fines y preferencias. Privilegia el mayor acceso, la mejoría en la calidad de los servicios de salud, como dimensión del bienestar de la población.

Ramos (2006) señala que en esta conferencia se introdujeron tres cambios fundamentales respecto a las conferencias anteriores: un nuevo concepto “la salud reproductiva” más amplio e integral que el de “planificación familiar”; el reconocimiento de la sexualidad como una dimensión fundamental en la vida de las personas; y la consideración de que es la mujer quien debe controlar su propia fecundidad bajo una libre decisión y con condiciones que permitan que esto ocurra.

A pesar de los avances antes mencionados en materia de salud sexual y reproductiva a nivel internacional; en la actualidad y en nuestro país, podemos ver que poco se ha logrado, uno de los mayores retos es elevar la participación de las mujeres en la toma de decisiones.

De acuerdo con Zúñiga, 1994, en México, la selección de métodos anticonceptivos adecuados queda en el saber médico, quien establece una relación de autoridad sobre los y las pacientes, fundada en la suposición de su mayor conocimiento sobre la salud y las necesidades de los individuos. También existen desigualdades en los grupos sociales, los sectores rezagados presentan mayores dificultades para acceder a la salud reproductiva.

Aunado a esto, Palma (1994), destaca la poca oferta de métodos anticonceptivos en las principales instituciones de salud del país, ya que ofrecen mayormente la oclusión tubaria y la colocación de DIU, así que propone ampliar la gama de métodos de regulación de fecundidad y la calidad de los servicios.

El que no se logren los objetivos en SSyR planteados por los organismos internacionales especialmente en nuestro país, de acuerdo a Juárez, Palma, Shingh y Bankole (2010), frena el desarrollo humano de las personas; disminuye sus probabilidades de terminar los estudios, desarrollar su

potencial profesional, e integrarse a la fuerza laboral remunerada; perpetúa la inequidad de género, y las condiciones de pobreza; genera oportunidades de vida limitadas y desventaja social en especial para las mujeres.

En este sentido, es importante promover y orientar una educación adecuada sobre sexualidad y reproducción que favorezca cambios en las relaciones de dominación: el control entre los sexos, y entre los profesionales de la salud y las y los usuarios; para poder así acceder a una sexualidad placentera, libre de riesgo de infecciones y de embarazos no deseados. No sólo como un instrumento de regulación de la fecundidad, sino cumplir la misión de ampliar las opciones personales, generar nuevas oportunidades de vida, sociales y económicas, y contribuir entonces a su crecimiento.

Pensar en la SSyR implica la inclusión de determinantes genéticos, de desarrollo económico, cultural, conductas sexuales y reproductivas, no hay que homogeneizar a la población, hay que tomar en cuenta que se necesitan perspectivas y requerimientos diferentes de acuerdo al momento en que los individuos se encuentren dentro de su ciclo de vida, y a sus características de salud, socioculturales y económicas, de ahí que la salud pública y el desarrollo de procesos educativos son ejes fundamentales que contribuyen al desarrollo de una cultura de respeto a la diversidad, equidad, expresión, placer, toma de decisiones libres, prácticas sexuales sin riesgos, seguras e informadas y a la atención de calidad.

I.4 Ejercicio de la salud sexual

Uno de los principales objetivos de la sexología moderna es el de constituir una disciplina científica, es decir, objetiva, descriptiva y libre de prejuicios. Muchos investigadores se han preocupado e interesado por conocer las costumbres sexuales en diversas latitudes del planeta. Sin embargo, si se

contrasta el pasado con el presente, se observará que la sexualidad y su ejercicio han sido considerados algo sucio, pecaminoso, vergonzoso, partícipe de muchos mitos y prejuicios.

El ejercicio de la sexualidad implica los comportamientos, conductas y prácticas de las personas en relación con su sexualidad. Éstos son el resultado de la interacción de factores biológicos, personales, sociales e institucionales (Juárez y Gayet, 2005).

No hay comportamientos sexuales universales. Kinsey (citado por Álvarez-Gayou, 1986), fue el primero en demostrar que dentro de un mismo grupo social, el comportamiento sexual es modificado y matizado por diversos factores como: sexo, edad, religión, religiosidad, nivel educativo, estado civil y contexto cultural de desarrollo del individuo. Dentro del grupo humano existen infinidad de costumbres y comportamientos sexuales, algunos que son comunes en ciertas sociedades, se rechazan en otras, las actitudes de aceptación o rechazo de los comportamientos sexuales en un mismo grupo humano se modifican con el tiempo y los sucesos histórico-sociales.

Las personas que tienen prácticas sexuales diferentes, se consideran una minoría, de allí que los términos normal y anormal formen parte del léxico que se suele usar para calificar el ejercicio de la sexualidad; se establece una sinonimia o ecuación verbal de igualdad, en la que lo normal es sinónimo de salud (Álvarez – Gayou, 1986).

En el habla suelen confundirse en cuanto a su significado lo normal, anormal, sano, enfermo, bueno y malo. Los valores normales son los que están dentro de la norma estadística de frecuencia. Normal es igual a salud y anormal es igual a enfermedad, en términos descriptivos, la normalidad se refiere a lo que es más frecuente, se ajusta a una norma o ley, es de aceptación o uso general (Álvarez-Gayou, 1996).

Lo bueno y lo malo en el ejercicio de la sexualidad adquiere otra dimensión, se refiere a la ética, ya que su utilización implica juicio moral, personal y

subjetivo. Varían en forma importante de una a otra cultura, grupo social y, en ocasiones, de un individuo a otro. Tienen carácter descriptivo y se vuelven netamente valorativos.

Ejemplos de esto es que hay sociedades en las que todo tipo de actividad sexual en jóvenes o adultos, incluyendo el autoerotismo, la masturbación, el coito anal, entre otros, se reprimen severamente de manera moral y médica por ser consideradas enfermedades. Mientras tanto, en otras sociedades es visto como algo natural, inherente, incluso necesario para el desarrollo adecuado de la persona. Entre estos dos extremos se encuentra un punto medio, sociedades donde la permisividad sexual es amplia, pero regida por costumbres o tradiciones, sobre todo en aquellas donde las prácticas se hacen clandestinamente, porque predomina la negación y la represión de la sexualidad.

Álvarez – Gayou en su libro *Sexualidad en la pareja* (1996), explica que probablemente el comportamiento sexual más practicado, pero a la vez el que cuenta con mayor número de mitos, es la masturbación. Durante mucho tiempo se consideró que podía originar una serie de males físicos y mentales, además de ser característico y exclusivo de los jóvenes. Se veía como ofensa moral, una enfermedad que tenía que evitarse. Sin embargo, en todas las culturas, incluyendo a las que la condenan, existe la masturbación. Actualmente se ha demostrado que ésta no provoca daño físico o psicológico alguno, ni en mujeres u hombres, sin importar la edad o la frecuencia con que se practique.

Otro ejemplo es la edad en que se inicia la actividad coital en distintas culturas, la cual puede incluso variar en un mismo grupo social o presentar variaciones de acuerdo a momentos históricos.

Siguiendo éstos ejemplos que rebasan lo considerado normal y, por lo tanto, lo sano, podemos encontrarnos también con los estímulos dolorosos como forma de estimulación sexual o muestra de afecto, lo cual puede producir

rechazo. Sin embargo, este tipo de caricias también existen, de maneras muy variadas entre la especie humana, los residuos y cicatrices son motivo de gran orgullo para el que las tiene, pues, dan cuenta de que es “un gran amante”.

Muchos comportamientos sexuales se han considerado malos o pecaminosos, básicamente por no ser reproductivos, en general, de las personas que buscan el placer sin la reproducción. Para prohibirlos y provocar temor al castigo, se ha inventado que pueden provocar daño o que son enfermedades y, por tanto merecen un tratamiento.

Como podemos reflexionar, en materia de comportamiento sexual es muy difícil hablar de una línea común, puesto que varían de una sociedad a otra, de una época a otra, en una misma sociedad, e incluso, se presenta una gran variabilidad individual.

Los profesionales serios de la sexología consideran que un comportamiento sexual es válido, cualquiera que éste sea, siempre que la persona se sienta bien realizándolo, que no se dañe a nadie por medio de éste y que los participantes lo hagan voluntariamente. Esto no significa permisividad absoluta o total, ni la pérdida de los propios valores, siempre y cuando no vaya en contra de la voluntad de los participantes, ni se aproveche del conocimiento e inconsciencia de otros (Álvarez – Gayou, 1996).

Una vez desarrollado el concepto del ejercicio de la sexualidad, se hablará de la forma en que los adultos jóvenes de nuestro país la ejercen. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009), en el Distrito Federal, sólo el 34.4% de las mujeres en edad fértil (MEF) se protegió de un embarazo en su primer encuentro sexual, el 27% MEF del que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta tenían embarazos no planeados y el 23.7% embarazos no deseados.

De enero a julio del año 2014, la red de hospitales del Distrito Federal tienen el reporte de mil 928 casos de nuevas infecciones de jóvenes entre 10 y 19

años. Frente al crecimiento de la incidencia de ITS y de embarazos no planeados entre los jóvenes de 15 a 25 años de edad, en el D.F.

Estas cifras, que reflejan el tipo de ejercicio sexual, son consecuencia de los prejuicios, tipo de información, represión, los mitos que hacen ver al ejercicio de la sexualidad como algo pecaminoso, ofensivo, enfermo y vergonzoso.

Es importante mencionar que la salud sexual es parte constitutiva de la salud integral, hay que resaltar la necesidad de integrar, de no separar al ser humano de la sexualidad como usualmente se hace. Hay que reconocer que la sexualidad es algo inherente a nosotros, que todas nuestras acciones conllevan sexualidad y tenemos que aceptarlas con empatía y respeto.

CAPÍTULO II: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

La promoción de la salud ha sido motivo de análisis y discusión a lo largo del tiempo. Se ha utilizado como estrategia para realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a comunidades e individuos y para la realización de investigaciones en salud.

En éste capítulo se presenta una descripción detallada de la Promoción de la Salud como estrategia para el fomento de una mejor calidad de vida en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), con base en la revisión de definiciones y conceptos emitidos desde diferentes autores que se han encargado de estudiar el tema. Así como una revisión de los documentos de Promoción de la Salud relacionados con el tema de la SSyR y la visión de la SSyR desde la Promoción de la Salud.

II.1 Promoción de la Salud.

El concepto y las prácticas de Promoción de la Salud se han reconstruido en diferentes sentidos, sociedades, momentos históricos y culturas; se han enriquecido, complementado y en general evolucionado en un proceso dinámico junto con la situación de salud de los habitantes del mundo a lo largo de muchos años.

Una de las más conocidas contribuciones teóricas al concepto de la promoción de la salud, la constituye el informe llamado *Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses*, conocido como Informe Lalonde, producido en Canadá en 1974 (citado por OPS - OMS, 1996). Este trabajo proporcionó un marco conceptual para analizar los problemas y determinar

las necesidades de salud, así como elegir los medios que puedan satisfacerlas; en él se introduce un modelo de análisis que resulta útil para conocer cómo la conjunción de varios componentes afecta la salud de un país, los componentes son: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de la atención en salud (1981). Cada uno determina la salud en un 27%, 19%, 43% y 11%, respectivamente (Secretaría de Salud, 2012).

Cuatro años más tarde, en septiembre de 1978, se lleva a cabo la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma – Ata*, que tiene como objetivo principal proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo (párrafo II). En la conferencia se resalta la importancia del desarrollo tanto en el aspecto económico como en el social para lograr el máximo grado de salud para todos, proponiendo como meta que todos los pueblos alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva y sustentable, y enfatiza el desarrollo social y económico dentro del nuevo orden mundial (párrafo III).

Como consecución del objetivo de la *Declaración de Alma-Ata*, que no avanzaba como se esperaba, surge la *Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*³, en Ottawa, Canadá, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, el 21 de noviembre de 1986. En ella se menciona la definición de Promoción de la Salud que sustenta esta investigación de la siguiente manera:

La Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo debe ser capaz de

³ En la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, se elaboró un documento titulado “Carta de Ottawa” donde se definió el concepto y los elementos indispensables de la Promoción de la Salud.

identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (s/p).

También considero de gran relevancia el concepto de Promoción de la Salud plasmado en el *Glosario de Promoción de la Salud* de la OMS, de 1998, ya que complementa la definición aportada en Ottawa, y ambas serán el sustento de esta investigación:

Proceso que permite a las personas integrar el control sobre su salud para mejorarla. Se trata de un proceso político y social no sólo dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, sino también a lograr un mayor control de los determinantes de la salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual (10).

De igual forma, en la *Carta de Ottawa* se estipulan las condiciones y requisitos para la promoción de la salud, los cuales son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. También se incluyen cinco líneas generales de actuación para conseguir el objetivo de la promoción de la salud: el desarrollo de políticas públicas saludables, la creación de entornos que beneficien la salud con ambientes favorables, reforzar la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales, y la reorientación de los servicios sanitarios. Estas acciones son interdependientes, pero las políticas públicas⁴ para la salud

⁴ Una política pública saludable es una intención continuada de acciones que modifican positivamente las estructuras que afectan la salud y sus determinantes de orden biológico, ambiental, psicosocial, estilos de vida y los relacionados con los servicios de atención en salud. Están dirigidas hacia las personas y la comunidad, con el objetivo de mejorar los

crean el entorno que hace posible las otras cuatro (Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio, 2010).

La *Carta de Ottawa* también introdujo la idea de “calidad de vida”, entendida como un conjunto de variables que intervienen a favor, o en detrimento de la salud, permitiendo garantizarla, o bien facilitando su pérdida. De este tipo de conceptualización surge también la idea de que hay estilos de vida que producen salud, estas conceptualizaciones tienen valor en tanto se comprenda que el conjunto de variables que intervienen en la producción de los estilos de vida saludables, no siempre están al alcance directo de la voluntad de los individuos; actores políticos, económicos, sociales y ambientales influyen en los individuos y comunidades, estos factores muchas veces, se imponen, refiriendo sus voluntades e incidiendo en las formas de vivir (OMS, 1986).

La visión de la promoción de la salud que se usará en esta investigación, son los estilos de vida, los cuales, como mencioné a principios del capítulo, afectan en un 43% la salud de las personas (DGPS, 2010). Los estilos de vida han sido objeto de estudio de diferentes disciplinas, entre ellas la sociología, la antropología médica y la epidemiología. Según Cockerham (citado por Álvarez, 2012), los estilos de vida en salud son patrones de comportamientos colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan; en su propuesta se incorpora una relación entre las opciones de vida y las oportunidades de vida. Se fundamenta en los elementos de la estructura que junto con los de la agencia dan forma a los estilos de vida. Los elementos

niveles de salud, accesibilidad, utilización, distribución y calidad de los servicios de salud, a la vez que promueve la participación activa y la equidad en la prestación de los mismos. El Estado debe ser el principal garante de los derechos de sus ciudadanos en materia de seguridad social y le corresponde a éste, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, no sólo desde el diagnóstico y tratamiento de las patologías, sino desde la implementación de políticas de largo alcance hacia el fomento de la salud que beneficie a amplios grupos poblacionales (Giraldo y col., 2010).

estructurales son: las circunstancias de clase, las colectividades, la edad, el género, la etnia y las condiciones de vida; ellos generan las oportunidades o las limitaciones en la reproducción de condiciones de vida. Por su parte, la agencia, se trata de las opciones de vida, está condicionada por la socialización y la experiencia de los individuos⁵.

En algunos casos, se agrega a esta definición otra clase de variables, como las creencias, las expectativas, los motivos, los valores y la emociones, que se presentan asociados con la conducta (Arrivillaga, 2003, citado por Lema y col., 2009). La adopción de estilos de vida saludables implica que el individuo contribuya a su propia salud evitando los factores de riesgo, adoptando comportamientos de salud positivos y vigilándose a sí mismo (Carmona, Rozo y Mogollón, 2006).

En esta investigación se decidió usar a los estilos de vida como una estrategia de la Promoción de la Salud, porque como menciona Fernández, 1996 (citado por Lema y col, 2009), los estilos de vida son los comportamientos habituales y cotidianos que caracterizan el modo de vida de un individuo y que suelen ser permanentes en el tiempo; esto incluye al plano de la sexualidad y la reproducción, la forma en que los jóvenes y en general la población ejerce su sexualidad está basada tanto en experiencias y elecciones individuales como en elementos sociales y culturales que moldean la forma en que se vive la sexualidad. Se citó a Cockerham porque su aportación a la definición de los estilos de vida incorpora las hipótesis de diferentes autores y crea una versión más amplia y completa, además reconoce al igual que la OMS y Carmona, Rozo y Mogollón (también mencionados en este trabajo), que existen limitantes en el modelo que reflejan y producen desigualdades sociales afectando generalmente a los más pobres o a quienes por alguna razón carecen de suficiente poder

⁵ La socialización y la experiencia moldean las decisiones de los individuos y constituyen el principal sustrato para la agencia, que como se mencionó, se refiere a la capacidad de tomar decisiones de acuerdo con la iniciativa individual (Álvarez, 2012).

económico y político, es decir, reconoce que existen características sociales que se materializan en los individuos desfavoreciendo sus estilos de vida de manera notable.

Una de las estrategias de la promoción de la salud para la adopción de estilos de vida saludables, es la educación para la salud, la cual de acuerdo al *Glosario de Promoción de la Salud* de la OMS, 1998:

[...] comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud individual y de la comunidad. La educación para la salud es un instrumento de la promoción de la salud y su objetivo es la modificación, en sentido positivo, de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades (1998: 13).

Consideramos a la educación para la salud de gran relevancia en esta investigación, ya que ésta permite la transmisión de información científica (es decir, información clara, comprobable, directa, completa, novedosa y plural), fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud tanto individual como colectivamente (Redondo, 2004).

Con éstos antecedentes históricos, vemos, que la Promoción de la Salud se encuentra en constante evolución, que esta evolución no sigue un único camino, sino por el contrario crea caminos alternativos que permiten entendimientos y prácticas diferentes (García, 2013).

A nivel nacional, la Promoción de la Salud se encuentra presente en una serie de documentos que garantizan y amparan el derecho a la salud de toda la población. Primero hablaremos de la Constitución Política de los Estados

Unidos Mexicanos, la cual, en su artículo 4, consagra el derecho de toda persona dentro del territorio nacional a la protección de su salud por parte de las instituciones oficiales. De acuerdo con el *Manual de organización específico de la subsecretaría de prevención y promoción de la salud*, este derecho impone al Estado la obligación de realizar a favor del titular una serie de prestaciones, las cuales están destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero colectivamente considerada (Secretaría de Salud, 2011).

La Promoción de la salud es insertada en las políticas públicas de nuestro país el 1 de julio de 1997,⁶ cuando se presentan cambios en la estructura de la Secretaría de Salud, motivados por la necesidad de modificar el modelo organizacional con que se operaba, ya que como resultado de la descentralización de los servicios de salud, a esta dependencia correspondía fortalecerse como autoridad normativa y coordinadora del resto, razón por la cual se realizaron cambios, entre ellos destaca la desaparición de la Subsecretaría de Planeación, se crea la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, a la que se le adscriben las Direcciones Generales de Salud Reproductiva, de Promoción de la Salud, y de Estadística e Informática (Secretaría de Salud, 2011).

Siguiendo con los antecedentes históricos de la Promoción de la Salud, en nuestro país, el 5 de junio de 2000 se realiza en la Ciudad de México, la *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Hacia una mayor equidad, Declaración ministerial de México para la Promoción de la Salud, De las ideas a la acción*, organizada por la OMS, la OPS y la Secretaría de Salud de México. La cual tuvo como meta general un examen del aporte

⁶ México ya había participado en varias conferencias y declaraciones donde se hacía mención de la Promoción de la Salud antes de que ésta fuera insertada en las políticas públicas del país, algunas de ellas son: 1975, en México, se realiza la Primera Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer; en 1984 se lleva a cabo la Conferencia Internacional de Población; en marzo de 1995, participa en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social en Copenhague, Dinamarca, entre otros.

realizado por las estrategias de Promoción de la Salud para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas. Los objetivos de la conferencia fueron: ilustrar el impacto de la promoción de la salud en la salud y la calidad de vida, lograr que la salud ocupe un lugar destacado en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales, y, estimular la formación de alianzas en pro de la salud entre los distintos sectores y en todos los niveles de la sociedad.

Actualmente la Dirección General de Promoción de la Salud en México, tiene como función establecer políticas que permitan ofrecer servicios efectivos de promoción de la salud hacia una cultura de corresponsabilidad y autocuidado de la población mediante estrategias saludables. También, es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud creada para realizar el análisis, definición, coordinación, orientación y asesoría en materia de Promoción de la Salud y Prevención/Control de Enfermedades, salvaguardando en su vertiente de salud pública, el derecho de los Mexicanos a la protección de la salud a nivel nacional (Secretaría de Salud, 2012).

Las unidades de la Subsecretaría de Promoción de la Salud, son las siguientes: Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME), Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), Dirección General de Epidemiología, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE), Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE).

Las siguientes unidades de la Subsecretaría de Promoción de la Salud se relacionan con el tema de investigación de esta tesis (SSyR), así que escribo a más detalle sus objetivos:

- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). Órgano rector que contribuye a incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la SSyR de la población a través de programas y acciones sustentados en evidencia científica, mejores prácticas y las necesidades de los diversos grupos de la población, en un marco de participación social y de respeto a los derechos humanos, incluyendo los sexuales y reproductivos. Pretende lograr en el 2030 que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y su personal trabajen de forma organizada y coordinada en las acciones de prevención, promoción, detección, diagnóstico, tratamiento, control y evaluación de los programas de salud reproductiva y contra la violencia familiar y de género: para que mujeres y hombres puedan ejercer con igualdad de oportunidades su derecho a la protección de la salud y tomen decisiones responsables y libres sobre su vida sexual y reproductiva, a través del acceso y utilización de servicios de salud de calidad, oportunos y con perspectiva de género que respondan a sus necesidades específicas y respeten sus derechos (Secretaría de Salud, 2014).⁷
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), es un programa que promueve la prevención y el control de la epidemia del SIDA, mediante políticas públicas, promoción de la salud sexual y otras estrategias basadas en la evidencia para disminuir la transmisión del VIH e ITS y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, en un marco de respeto a los derechos de toda población. En 2012, es un programa consolidado que logra una clara tendencia a la disminución de la prevalencia del VIH e ITS, con acceso a los servicios de prevención y la mayoría de la población con prácticas sexuales seguras; las personas afectadas acceden a la atención integral de alta calidad, sustentable, eficiente en ambientes libres de estigma y discriminación; con participación multisectorial y de la sociedad civil, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2014).⁸

⁷ Programas de acción: cáncer de mama, cáncer cervicouterino, arranque parejo en la vida, planificación familiar y anticoncepción, SSyR para adolescentes, prevención y atención de la violencia familiar y de género e igualdad de género en salud.

⁸ Programa de acción: VIH/SIDA e ITS.

En el *Programa de Formación de Formadores en Perspectiva de Género y Salud* se ha considerado a la Promoción de la Salud como una piedra angular en la atención integral de la salud, en la protección de la SSyR; y como una estrategia básica en las políticas públicas tanto a nivel internacional como nacional. Sin embargo, de acuerdo a la UNESCO (1997), las metas planteadas no han sido alcanzadas, las enfermedades relacionadas con el estilo de vida son la causa del 70 al 80% de las muertes en los países desarrollados y de aproximadamente el 40% de las muertes en países en desarrollo. Esta situación no sólo exige la creación de infraestructura y políticas para la atención de la salud pública, sino también, la creación de nuevos enfoques de Promoción de la Salud.

Por tal motivo considero de vital importancia el desarrollo de estrategias de Promoción de la Salud basadas en la educación para la salud con el fin de mejorar el acceso a la información, a los servicios relacionados con la SSyR, para que las personas obtengan un mayor control sobre su propia salud y su propio bienestar.

II.2 La salud sexual en el contexto de la Promoción de la Salud.

La SSyR en los años sesenta y setenta se interpretaba como salud materno infantil; en la década de los ochenta se incluyen dentro del concepto aspectos relacionados a la planificación de la familia, y los servicios de anticoncepción comienzan a formar parte de los servicios tradicionales de atención del embarazo, parto y puerperio. En los noventa, se logra el reconocimiento de la sexualidad y la reproducción como aspectos que, siendo inherentes a la identidad individual de las personas, son determinantes del pleno desarrollo humano y social (Pérez, 2010).

El cumplimiento del derecho a la SSyR ha sido reconocido mundialmente como un aspecto esencial para lograr el desarrollo humano. Esto se

encuentra plenamente reconocido y protegido por una serie de acuerdos y consensos asumidos en diversos tratados internacionales:

El vínculo entre la Promoción de la Salud y la SSyR inicia en 1948, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Los derechos humanos son bienes sociales, universalmente aceptados, que representan aspiraciones éticas de la humanidad, como colectivo en su paso por la historia. Son principios reguladores de las relaciones entre hombres y mujeres, del Estado con sus ciudadanos, y entre las naciones y los diferentes pueblos (Londoño, 1998, citado por Enríquez, García, Guevara, Latorre, Nieto y Pacheco, 2007). Los Derechos Humanos se definen como los derechos y libertades básicas de todas las personas, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, bienes, nacimiento u otra condición (Rodríguez, 1993). Su fundamento principal es la protección de la dignidad humana, la cual está relacionada íntimamente con las nociones de libertad, autonomía, equidad, alteridad y diversidad. Cuando se ubica al ser humano como fin en sí mismo, como sujeto, se entiende que es un ser digno de libertad para trazar el rumbo de su vida, para tomar decisiones y para expresarse sin miedo a ser castigado o violentado. En el campo de la sexualidad, la aplicación de los derechos humanos va enfocada a proteger la libertad, igualdad, dignidad sexual y reproductiva de las personas, en consonancia con esos acuerdos universales. Esto implica que ninguna persona puede ser utilizada como objeto de satisfacción sexual, ni de procreación (Enríquez y col., 2007). En esta Declaración, se reconoció el derecho de todo ser humano a la salud, al goce de los mismos derechos de los hombres y las mujeres en cuanto al matrimonio, y se hace mención de la salud materna e infantil.

En el mismo ámbito de los Derechos Humanos, pero 20 años más tarde (Teherán 1968), se reconoce por primera vez el derecho humano

fundamental de determinar libremente el número de hijos e hijas y los intervalos entre los nacimientos (García, 2008).

En la primera gran reunión intergubernamental sobre población la *Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas* realizada en Bucarest, en 1974, se aprobó un Plan de Acción Mundial sobre Población en el que se reconoce la obligación del Estado de asegurar el derecho fundamental de toda pareja y todo individuo a decidir con libertad y con toda responsabilidad el número de hijos, y cuándo desea tenerlos, lo que incluye el acceso a la información pertinente y a métodos de control de la natalidad, aunque en esa ocasión se tomaba como base la necesidad de limitar el crecimiento demográfico como una forma de combatir la pobreza, más que el reconocimiento del derecho de la mujer a controlar su propio cuerpo y fecundidad (Morlachetti, 2007).

En 1975, en México, se realiza la Primera Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, donde se planteó que el derecho a la planificación es esencial para la igualdad de género (García y col., 2008). En dicha conferencia se identifican tres objetivos que se convertirían en la base de la labor de las Naciones Unidas en beneficio de la mujer, que marcarían un importante paso hacia la promoción de la SSyR:

- La igualdad plena de género y la eliminación de la discriminación por motivos de género.
- La integración y plena participación de la mujer en el desarrollo.
- Una contribución cada vez mayor de la mujer al fortalecimiento de la paz mundial.

En el plan de acción se estableció un mínimo de metas, para alcanzarlas en 1980, que se centraban en garantizar el acceso equitativo de la mujer a los recursos como la educación, las oportunidades de empleo, la participación

política, los servicios de salud, la vivienda, la nutrición y la planificación familiar para alcanzar la equidad de género (Galeana, 2008).

En la Declaración de Alma Ata (1978) se consolidan las bases para una serie de políticas y reformas del sector sanitario tendientes a reconocer la responsabilidad del estado no sólo con respecto a curar a las personas sino también a contribuir a que permanezcan sanas. En dicha Declaración se define a la Atención Primaria de la Salud como:

[...] la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación (párrafo VI).

La OMS reconoció en la Conferencia de Alma Ata la importancia de la planificación familiar y de su inclusión en la Atención Primaria en Salud, coordinada con la salud materno – infantil, lo que inició la visión de la salud reproductiva desde un enfoque integral, si bien el término “salud reproductiva” comenzó a usarse años después.

La *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* de Naciones Unidas (1979), establece en su artículo 12 que los Estados adoptarán las medidas conducentes a eliminar la discriminación en el acceso a los servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a planificación familiar. Se reconoce nuevamente el derecho al acceso a material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia (Gómez, Oizerovich y Jefferson, 2010).

En México también se realiza la *Conferencia Internacional de Población* en 1984, donde se habla del derecho humano de todas las parejas y las personas a decidir libre e informadamente el número y espaciamiento del nacimiento de sus hijos, también se reconoce que la capacidad de la mujer de controlar su propia fecundidad constituye una base importante para el goce de otros derechos.

En la *Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo* (El Cairo, 1994), la planificación familiar, que había sido la estrategia principal de las políticas y programas mundiales de población, queda integrada en un marco más amplio de Salud Reproductiva y Derechos Reproductivos, que incluye también a partir de ese momento la salud sexual. Se reconoce la SSyR como un derecho humano de todos a lo largo del ciclo vital, se subrayó la necesidad de considerar a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos y se fija la meta de garantizar para el año 2015 el acceso universal a la SSyR (Pérez, 2010). De este modo, se amplía el alcance de los derechos reproductivos, rompiendo la visión tradicional y restringida al abandonar el enfoque centrado en la fecundidad para sustituirlo por otro que integra salud reproductiva, planificación familiar, educación, igualdad y equidad de género. Se subraya la importancia de implementar programas de educación en materia de salud, en la escuela o la comunidad, para niños, adolescentes y adultos, prestando especial atención a niñas y mujeres. Se establece igualmente que se deben satisfacer las necesidades especiales de los jóvenes, en materia de apoyo de la sociedad, la familia y la comunidad, oportunidades económicas, participación en el proceso político y acceso a la educación, la salud, la orientación y servicios de salud reproductiva de alta calidad (Morlachetti, 2007). Lo anterior fue reafirmado en la *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social* realizada en Copenhague, en 1995.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), se recoge el concepto de salud reproductiva de la Conferencia de El Cairo y se definen

los derechos sexuales. También se refiere a los embarazos no deseados como efecto de la violencia sexual y reafirma el texto de Viena - donde se reconoce en su artículo 18, los derechos de la mujer y de la niña, la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida, así como el rechazo a la violencia, a todas las formas de acoso y explotación sexuales, el derecho a tener acceso a una atención de salud adecuada, y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar -, de la gravidez indeseada como efecto de la violencia sexual y sexista enumerando el embarazo forzado como violación de los derechos humanos.

El tema de SSyR fue también objeto de especial atención en la *Cumbre del Milenio* de 2005, durante la cual se sostuvo que la SSyR era clave para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano. También fue reconocida la necesidad de abordar la sexualidad desde la especificidad de cada etapa con total respeto a los derechos de hombres y mujeres en cuanto a decisiones sobre su vida sexual y reproductiva. Se señaló que la perspectiva de género y la información acerca de formas de protección son dimensiones relevantes. Se concluyó que los altos niveles de embarazo en adolescentes, procreación y aborto en malas condiciones son reflejo de falta de oportunidades educativas y económicas. Por lo tanto, focalizar la acción en necesidades de la mujer en materia de derechos sexuales y reproductivos es clave para alcanzar el objetivo relacionado con el mejoramiento de la salud materna y el combate contra el VIH/SIDA (ONU, 2005).

Los derechos mencionados a lo largo de este segundo apartado, dedicados a la protección de la SSyR, se refieren al derecho a la autonomía en las decisiones de mujeres y hombres a tener o no hijos, decidir cómo, cuándo y con quién tenerlos, el espacio entre los mismos, al derecho a la información, al acceso a métodos de regulación de la fecundidad, al derecho a una sexualidad libre de presiones, plena y autoconsciente, que incluye el derecho

al placer, a la libertad de orientación sexual, el derecho a la educación sexual, a la información, al acceso igualitario a servicios de salud de calidad y gratuitos que respeten las decisiones y preferencias de los consultantes, así como la crianza compartida de los hijos por ambos miembros de la pareja en un ámbito sano y seguro.

Sin embargo, como se mencionó en el capítulo anterior, apartado I.4, no se han alcanzado las metas establecidas, todavía existen grandes desigualdades. Aun cuando se elaboran leyes, muchas de ellas permanecen sin aplicación efectiva. México sigue siendo un país donde no se ha alcanzado la igualdad de género, ni la aplicación de los derechos sexuales y reproductivos. De acuerdo con el artículo escrito por Miguel Ángel Vargas en *CNN México* el 7 de marzo de 2014, las mujeres mexicanas registran una menor participación en el mercado laboral en comparación con los hombres; también se indica que de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, los hogares encabezados por mujeres presentan carencias alimentarias en una proporción mayor a los hogares que tienen a un varón como jefe de familia; en las relaciones de pareja, las mexicanas enfrentan situaciones que afectan la equidad y ponen en riesgo su seguridad física y emocional, datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2011), reportan que el 53% de las mujeres se consideran víctimas de violencia económica, 29% reportan agresiones físicas y 16% violencia sexual; en el campo de la política ninguna entidad del país es gobernada por una mujer; pero las inequidades no sólo se presentan en el ámbito público, dentro de sus hogares trabajan más que los hombres, algunas de estas actividades son: la crianza de los hijos, limpieza, preparación de alimentos, lavado y planchado de ropa, entre otros.

En la vida cotidiana es posible identificar la opresión, discriminación y segregación que padecen las mujeres en todos los ámbitos, familiar, laboral, político y de justicia. Hay que tener muy claro que si los derechos sobre

SSyR son reconocidos internacionalmente, en la práctica no se concretan en su plenitud.

II.3 Visión de la salud sexual y reproductiva desde la Promoción de la Salud

Desde la Promoción de la Salud, las decisiones sobre sexualidad y reproducción tienen implicaciones en las relaciones de pareja, en la familia y en la sociedad en general. Conocer y aplicar los derechos sexuales y reproductivos vinculados a decisiones libres y responsables, es parte fundamental de un fuerte cambio cultural y de la meta de generar y/o preservar un adecuado estado de bienestar sexual; además, reconocer las prácticas tradicionales que restringen la toma de decisiones en este campo es esencial para poder desarrollar propuestas que generen SSyR para todos (Krauskopf, 2006). La visión que se sugiere en esta investigación es la incidencia en la modificación en los estilos de vida, con el fin de disminuir los factores de riesgo –ITS, embarazos no deseados o no planeados, violencia sexual, exclusión, desinformación- que se presenten en la población universitaria adulta joven. Para hacer posible esto, los individuos deben ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio (Ottawa, 1986). Una estrategia para realizar el cambio que se pretende, es la educación para la salud, más específicamente, la educación de la sexualidad, por medio de la cual se intenta hacer del conocimiento de los jóvenes, una serie de elementos que les brinden los conocimientos y recursos suficientes para identificar las actitudes que obstaculizan el sano ejercicio de la sexualidad, ayudar a cambiar o controlar los numerosos mitos sobre la SSyR basados en el desconocimiento y la falta de información objetiva y científica, y para generar cambios sobre la concepción de la sexualidad y la reproducción que

lleven a una actitud más abierta a la diversidad y al respeto mediante el proceso educativo integral y de calidad.

El alcance del derecho a la salud sexual y reproductiva requiere del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, que garanticen a las personas una sexualidad saludable y sin riesgos, que les permita desarrollar su potencial somático, emocional y social (Pérez, 2010).

Es importante mencionar que la relación entre el discurso de los derechos y la realidad en el ejercicio de ellos suele ser poco congruente. En la vida real no todas las personas tienen similares posibilidades de acceso a información oportuna y adecuada, servicios de salud de calidad, anticonceptivos, etc. Las diferencias se presentan mayormente entre mujeres, pobres y menos educadas (Rodríguez, 1993). Es decir, hay una limitante en la propuesta de la modificación de los estilos de vida; si bien, una buena parte de la responsabilidad de informarse es del individuo, el Estado está obligado a abastecerlo de los medios necesarios y generar las condiciones para que lo haga. Para contrarrestar esta situación, la exigibilidad de los derechos, lleva a un nuevo concepto de participación y replantea nuevas formas de interacción equitativa.

Los cambios que generan la globalización, modernización y los modelos económicos, han ido acompañados de importantes transformaciones sociales y culturales⁹. El replanteamiento de las relaciones de género ha llevado al reconocimiento de la plena capacidad de las mujeres y los hombres a la creación de condiciones para igualdad de derechos en ambos sexos (Krauskopf, 2006).

⁹ La modernización ha traído herramientas de avance productivo, una rápida obsolescencia tecnológica y la prolongación de la esperanza de vida. Se generan nuevas metas en el recorrido de la vida. Se plantea la reducción de la fecundidad, el control de las ITS, la postergación del matrimonio y el fomento de la autonomía económica para hombres y mujeres (Krauskopf, 2006).

Para el ejercicio de la SSyR desde la Promoción de la Salud, se hace necesario reconocer los derechos sexuales y reproductivos, los cuales incluyen la libre determinación para disfrutar y sentir placer; y por otro lado para controlar la reproducción. Además de tener claras las diferencias entre las condiciones, situaciones y necesidades de las mujeres y los hombres, para identificar los campos de acción que se puedan promover. Resulta evidente que cuestiones como la independencia económica para las mujeres y los hombres, la conciliación de la vida privada y la actividad profesional, la misma representación en la toma de decisiones, la erradicación de todas las formas de violencia de género, la eliminación de los estereotipos sexistas, la promoción de la igualdad de género, son campos de acción que definen claramente el objetivo (De la Sierra y Ortiz, 2011). Para lograr ese desarrollo, las políticas y programas son fundamentales, aquí menciono la propuesta que considero de vital importancia:

La educación de la sexualidad¹⁰, constituye un aspecto fundamental de la formación humana. Más allá del mero conocimiento biológico, explica procesos tan importantes como el conocimiento de sí mismo –conocimiento corporal, identidad de género, autoestima, afectividad-, el conocimiento de las demás personas –ciclo de respuesta sexual, orientaciones sexuales, anticoncepción- y las relaciones interpersonales –relaciones sexuales de pareja, de poder- en un marco social establecido –normas y valores sociales y culturales-. Las relaciones sexuales exigen habilidades de comunicación,

¹⁰ La educación de la sexualidad comenzó siendo una forma de responder a los problemas sociales planteados por las madres solteras, los embarazos no deseados y la extensión de las enfermedades venéreas. Esas preocupaciones, a la vez finalidades, siguen teniendo vigencia pero se han ampliado en un sentido más positivo como respuesta a la necesidad de que la educación incluya la atención a la sexualidad como un elemento en la formación de las personas. A partir de la idea fundamental de que toda educación es enseñanza, las actividades relacionadas con la educación de la sexualidad empezaron por ser programas dedicados a impartir conocimientos acerca de los mecanismos de reproducción humana, lo cual equivale a decir que estaban orientadas en sentido biológico. La evolución de los conocimientos llevó a la preocupación por el desarrollo psicosexual y, últimamente, a las relaciones con otros problemas sociales como el consumo de alcohol y drogas, hasta llegar a la situación actual, con la presencia de ITS, embarazos no deseados, abortos inseguros y VIH/SIDA (García, 1990).

capacidad para analizar los sentimientos y conflictos, para poder resolverlos, toma de conciencia de la opresión para modificarla, una adecuación entre los deseos y la posibilidad de realizarlos adecuadamente (Barragán, 1996, citado por Gurpegui, 2001). La educación de la sexualidad también tiene una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una comunidad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente, incluidos los aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales, para generar respeto a las diferencias, rechazo a toda forma de discriminación y para promover entre los jóvenes, la toma de decisiones responsables e informadas con relación a la salud de sus relaciones sexuales.

Al igual que otras prácticas sociales, desde la educación de la sexualidad es posible identificar diferentes concepciones acerca del ejercicio de la vida sexual, desde tradiciones alimentadas por ancestrales mitos y tabúes sexuales, hasta enfoques contemporáneos asociados al desarrollo de la sexualidad como disciplina científica. Según Castellanos y González (citados por Cordero y Rodríguez, 2008), las corrientes tradicionales se desarrollaron en sociedades patriarcales, donde los moralismos y estereotipos sexuales promovieron prácticas educativas basadas en el temor, el secreto y el castigo para evitar conductas apartadas del modelo coital con fines reproductivos. El psiquiatra Krafft Ebing y Sigmund Freud explican el por qué la sexualidad es el origen de diversas patologías y los consideran trastornos. Por el contrario, Havelock Ellis, Malinowski y Margaret Mead, demostraron que las conductas sexuales son el resultado de aspectos socioculturales y no el producto de las diferencias anatómicas entre hombre y mujer. Como lo señalan Lugones Botel y otros (1999), la educación sexual no es solo informativa, sino también formativa, en su desenvolvimiento confluyen experiencias, conocimientos, actitudes, creencias y representaciones.

Para que la estrategia de educación de la sexualidad desde la Promoción de la Salud sea sustentable, es necesario que se fortalezca la relación entre quienes reciben y quienes brindan los servicios mediante la planificación, monitoreo, evaluación y seguimiento de las estrategias propuestas, todo esto con el fin de fortalecer las capacidades y habilidades de los jóvenes.

CAPÍTULO III: SALUD SEXUAL Y JÓVENES UNIVERSITARIOS.

El nivel educativo superior constituye espacios donde los jóvenes se especializan en una disciplina que les permite adquirir conocimientos y habilidades para hacer frente al campo laboral; pero no sólo se forman en los conocimientos científicos, sino también en aspectos relacionados al ejercicio de la sexualidad. Estudios realizados por Adriana Bautista (Centro Regional de Investigación en Psicología, México, 2008), María Morales (Universidad Nacional de Colombia, Programa Interfacultades de Doctorado en Salud Pública, 2010), Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio y Botero (Pontificia Universidad Javeriana, Colombia, 2009), Díaz, Arrieta y González (Revista Colombiana de Obstetricia y ginecología, 2014) y Castañeda et al., en el módulo de capacitación: Manejo sindrómico de las ITS en el Perú (2009), coinciden en que la libertad que caracteriza la vida universitaria promueve un estilo de vida más permisivo, que puede llevar a comportamientos sexuales no saludables, tales como: no uso de preservativos, relaciones sexuales casuales y bajo el efecto del alcohol o drogas.

La preocupación por los problemas que presentan los estudiantes universitarios en materia de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) no es nueva, como mencioné en el capítulo anterior, existen distintos espacios internacionales y nacionales donde se han discutido las principales problemáticas. Si bien, con dichas conferencias y tratados se pretende que la población adulta joven quede amparada bajo varios derechos que protegen el ejercicio de su sexualidad y su reproducción, al mismo tiempo existen algunas interrogantes: ¿por qué aun conociendo sobre la existencia de instituciones y de programas, verídicamente no hay una relación entre discursos internacionales y la realidad social?, ¿por qué se siguen presentando las problemáticas de embarazos no deseados e ITS en los

adultos jóvenes?, ¿por qué México ocupa el tercer lugar de América y el Caribe en número absoluto de casos de SIDA?.

En este capítulo se hará una revisión de los programas existentes en México que atienden la SSyR de los jóvenes universitarios, así como los principales problemas que enfrentan en esa misma área y la forma en la que la UACM les hace frente.

III.1 Problemáticas en torno a la salud sexual en jóvenes universitarios.

Los jóvenes universitarios son considerados como grupos prioritarios para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. La población universitaria está compuesta, en su mayor parte, por adolescentes y adultos jóvenes, quienes constituyen un grupo especial de riesgo, debido a que atraviesan una etapa de experimentación sexual (Camacho y Pabón, 2014). El porcentaje que representan los jóvenes universitarios dentro de la estructura poblacional del país, es de sumo interés, ya que es un grupo que enfrenta los retos de la insuficiencia de conocimientos, técnicas y recursos en su proceso de crecimiento – aprendizaje en el campo de la SSyR- (Torices y Avila, 2012).

Particularmente en México, hay poca investigación con estudiantes universitarios en comparación con los de otros niveles educativos. Es necesario aproximarnos cuantitativa y cualitativamente a conocer la vida cotidiana de los estudiantes dentro de las instituciones de educación superior, para entenderlos como personas que participan en una diversidad de prácticas en contextos socioculturales aparte de lo académico (Salguero y Marco, 2014).

La Organización Mundial de la Salud en la *Serie de Informes Técnicos 731*, define a los jóvenes, como el grupo comprendido entre los 15 y 24 años

(1986). Papalia, Wendkos y Duskin (2010), definen a los adultos jóvenes como el lapso comprendido entre los 20 y los 40 años, reconocen que es un periodo de posibilidades donde se descubre la propia identidad: muchas personas de esta edad por primera vez son autosuficientes, trabajan, ingresan a la universidad, se mudan de casa, se casan o tienen hijos, se hacen cargo de la casa que habitan, se ponen a prueba en actividades que eligieron, desarrollan su propio sistema de valores y establecen relaciones; a diario toman decisiones que ayudan a determinar su salud, su profesión y su estilo de vida. De acuerdo a Arnett, 2006 (citado por Papalia *et al.*, 2010), la adultez es definida por tres criterios: 1) aceptar las responsabilidades propias, 2) tomar decisiones independientes y 3) obtener independencia financiera.

La adultez se trata de una etapa exploratoria, una época de posibilidades, una oportunidad para probar nuevas y diferentes formas de vida. En esta etapa no siempre es suficiente tener información acerca de los buenos y malos hábitos que pueden afectar la salud, con frecuencia la personalidad, las emociones y el entorno social pesan más de lo que deberían y las conducen a conductas poco saludables. Algunos factores del estilo de vida de los jóvenes que tienen una estrecha conexión con la salud es el consumo de alcohol y drogas. Los cuales se asocian con riesgos como: accidentes automovilísticos, delitos e infecciones por VIH (Leigh, 1999; citado por Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

La situación de los jóvenes en México adquiere cada vez más relevancia, dado el peso relativo de este grupo poblacional. México contaba en el año 2000 con más de 20 millones de jóvenes entre los 15 y los 24 años (Salguero y Marco, 2014). Según el INEGI (2010), nuestro país cuenta con una población de 112' 336, 538 habitantes, de los cuales aproximadamente el 47%, es decir, 53 millones, son menores de 24 años de edad.

Actualmente en nuestro país residen 9.9 millones de adultos jóvenes (20 a 24 años); de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010 hay 3'536 369 universitarios, es decir, casi el 30 % de la población adulta joven, éste es un porcentaje significativo, y es preocupante que existan problemas de salud pública relacionados con el ejercicio de la sexualidad, que pueden resolverse a partir de la educación de la sexualidad.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional en Salud 2012, el 55.3% de los jóvenes tiene actividad sexual, el 23% declara haber iniciado entre los 19 y 25 años, siendo los hombres quienes comienzan su vida sexual antes que las mujeres. En este campo, los estilos de vida aparecen relacionados con tendencias a prácticas sexuales de riesgo, entre las cuales destaca: el comienzo precoz, involuntario o desprotegido de su vida sexual, la frecuencia en las relaciones sexuales, el poco reconocimiento de los riesgos sexuales, las relaciones sexuales imprevistas, su ocurrencia en lugares y situaciones inapropiadas, la experimentación continua de cambios de pareja, el poco conocimiento de su sexualidad, la escasa información y orientación sobre uso de métodos anticonceptivos, el poco uso de los mismos y el desconocimiento de las ITS y su prevención (Camacho y Pabón, 2014), el grado de información sobre los riesgos, los prejuicios, las ideas erróneas, la disminución de la edad de la menarquía, la falta de educación de la sexualidad, los modelos de crianza, la falta de comunicación familiar, las deficiencias del sistema educativo formal, los cambios en las escalas de valores, la percepción de invulnerabilidad y la poca preocupación por su salud (Lema, et al., 2009). Teniendo como principal consecuencia embarazos no planeados, ITS y VIH/SIDA.

El grado de vulnerabilidad de los jóvenes está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el ambiente familiar, las políticas

socioeconómicas, así como el grado de conocimiento que poseen sobre SSyR (Cabrera, Sanabria, Contreras y Perdomo, 2013).

En los últimos 10 años se han realizado diversas investigaciones sobre problemáticas relacionadas con las ITS, el ejercicio de la sexualidad y la poca percepción de riesgo de embarazos en jóvenes universitarios. Juárez y Gayet (2005), Sosa (2005), Robles, Piña y Moreno (2006), Enríquez, García, Guevara, Latorre, Nieto y Pacheco (2007), Sánchez y Solís (2008), Padilla y Díaz (2011), Cabrera, Sanabria, Contreras y Perdomo (2013), encontraron lo que se muestra a continuación:

Sosa (2005), realizó una investigación en dos planteles de educación pública en Cuernavaca, Morelos (citado por Parrini y Hernández, 2008) a mujeres y hombres de entre 14 y 19 años de edad, cuyo propósito fue conocer las percepciones que tenían respecto a la sexualidad. Los resultados mostraron que las mujeres percibían su propio cuerpo como origen de sufrimientos y asociaban a éste con la sexualidad y la reproducción. En los hombres se encontraron representaciones relacionadas con la fortaleza y la resistencia física y emocional; los jóvenes están obligados a probar continuamente su valor, fortaleza y capacidad de ejercer poder físico o simbólico sobre otros, lo cual los expone a prácticas de riesgo y a manifestar una actitud de descuido frente al propio cuerpo y hacia el cuerpo de los otros. En este sentido, hombres y mujeres están sometidos a una exposición al riesgo de condicionantes de género y sociales, que exigen a los varones el ejercicio de la sexualidad y la exposición continua al riesgo, y a las mujeres pasividad e ignorancia. En el estudio se hace hincapié en reconocer la existencia de una doble moral sexual; la virginidad que en los hombres no es relevante, aparece como un control social sobre el cuerpo de las mujeres. Estas desigualdades de género tienen repercusiones en las negociaciones en materia de sexualidad y salud.

Robles, Piña y Moreno realizaron en una universidad pública del municipio de Tlalnepantla, Estado de México, en el 2006, el estudio llamado “Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal”, cuyo objetivo fue identificar los conocimientos y actitudes, la autoeficacia y variables situacionales como predictores del uso inconsistente del condón en una muestra de 355 mujeres. Encontraron que el 71% de las estudiantes se mantenían sexualmente activas; 45.4% no utilizó condón en su última relación sexual; y, el 40% del total de las encuestadas cree que el condón disminuye la satisfacción sexual.

El conocimiento de la existencia de los métodos anticonceptivos entre los jóvenes universitarios es generalizado. Sin embargo, casi en toda América Latina existe un desconocimiento o un conocimiento precario acerca de los diversos métodos disponibles, su fuente de obtención y uso del condón como método de prevención de ITS; además, los derechos referentes a planear el número y espaciamiento de sus hijos no se han estructurado inductivamente, ya que el manejo de algún tipo de información no asegura el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Enríquez y col., 2007).

Un estudio realizado en la FES Acatlán por Sánchez y Solís (2008), “Estudiantes Universitarios: percepción y vivencias de la sexualidad”, demuestra que el 62% de la población sexualmente activa utiliza condón, no obstante, destaca que un 18% emplea la píldora anticonceptiva de emergencia como un método regular, un 14% recurre al método del ritmo y otro tanto al coito interrumpido, aun cuando saben de la baja efectividad de estos dos últimos. Más del 30% no emplea siempre el condón y el mismo porcentaje considera que, conociendo bien a la persona, se previenen las ITS. También prevalecen temores y prejuicios, pues el 60% opina que no está bien que se tengan relaciones sexuales sólo para sentir placer, y que es mejor tenerlas por amor. Finalmente, existe un escaso conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos dado que la mitad de la población encuestada dice no saber de ellos y el resto no los identifica con precisión.

Resultados similares obtuvieron Padilla y Díaz (México, 2011) en el estudio llamado: “Funcionamiento familiar, locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios”; en este estudio participaron 95 estudiantes de la carrera de psicología de los primeros tres semestres en una universidad privada. En este estudio encontraron que el 33.7% de los estudiantes investigados nunca usa condón, 16.8% lo usaba algunas veces, 5.8% casi nunca lo usaba y sólo el 10.6% reportó usar el condón en general.

Cabrera, Sanabria, Contreras y Perdomo (2013), en su estudio llamado “Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios”, cuyo objetivo fue realizar un diagnóstico sobre el nivel de conocimientos y comportamientos de los estudiantes en relación con la SSyR, en La Habana, Cuba, encontraron que los estudiantes contaban con un nivel de conocimiento insuficiente, en la escala conocimientos tuvieron menos del 60% de respuestas correctas; en su mayoría consideran la sexualidad innata o relacionada con el sexo biológico, no ven los componentes biológicos, sociales y psicológicos. Al indagar sobre los medios que han influido en su educación sexual, más del 50% seleccionó a la televisión. El uso de métodos anticonceptivos demostró que no hay un buen dominio sobre la mayoría de los que existen, con excepción del condón, del que el 95% dice conocerlo. Hay conocimiento sobre las medidas de prevención de ITS, no obstante el 45% percibió al sexo con penetración como única vía de infección. Sólo el 60% conoce las vías de transmisión del VIH/SIDA. En cuanto al uso del condón, alrededor del 50% plantea que lo usa siempre, 38% a veces y 12% nunca lo usan.

Las ITS se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad en el mundo. Se calcula que alrededor de 333 millones de personas son infectadas cada año. México ocupa el tercer lugar de América y el Caribe en número absoluto de casos de SIDA. Cada año mueren 3 mil personas de SIDA en México. El 92% del total de los casos registrados, tiene la vía sexual

como medio de transmisión. Las entidades federativas con más casos registrados acumulados de SIDA en nuestro país son, el Distrito Federal (21,287 casos), Estado de México (13,059 casos); Veracruz (10,914 casos) y Jalisco (10,240 casos). (Dirección de Investigación Operativa del Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA).

Las ITS constituyen un problema social, económico, cultural y médico porque tienen características que permiten diferenciarlas de otras enfermedades transmisibles por las secuelas que producen. En el caso del SIDA, prevenir su transmisión es la única opción, ya que no es curable y en algunas ocasiones es mortal (Pérez, Santos y Paz, 2014).

En términos epidemiológicos, los jóvenes de 15 a 24 años son considerados un grupo poblacional vulnerable a las ITS por múltiples factores biológicos y sociales. La mayoría de las ITS son adquiridas por mujeres con mayor facilidad por la anatomía de sus órganos sexuales y, en hombres y mujeres en general por sus altos niveles de actividad sexual, experimentación sexual – a menudo con múltiples parejas - y al hecho de que no utilizan condones consistentemente, o que nunca los usan (Moore, 1994 en Arillo, 2008).

La educación juega un papel fundamental, ya que constituye la base del conocimiento, permite el desarrollo de las destrezas que habilitan al joven para tomar decisiones y ser responsable en materia de SSyR (Cabrera y col., 2013). Por lo tanto, es importante reconocer que los universitarios requieren de una educación de la sexualidad de manera formal, es decir, basada en hechos científicos, completa, laica, gratuita, oportuna, objetiva, descriptiva, libre de prejuicios y de calidad. La cual les permita la toma de decisiones libres e informadas, los haga vivir una cultura de respeto a la dignidad humana, permita la igualdad de oportunidades y la equidad (Bautista, 2008). Conocer las maneras en que los jóvenes construyen las representaciones sociales de la sexualidad sirve para apoyar estrategias educativas orientadas

a lograr que adquieran mayor autonomía de su cuerpo, su sexualidad, reproducción, y puede actuar positivamente sobre los elementos problemáticos de la SSyR, además nos permite demostrar cómo se construye la sexualidad y, por qué la ejercen de determinada forma (Galvis, 2001, citado por Enríquez y col., 2007). Propiciando que el ejercicio de su vida sexual esté orientado a dar y recibir placer, con el pleno conocimiento de los riesgos para la salud que se pueden generar sino se toman precauciones o se practica de forma inadecuada.

III.2 Atención en salud sexual a jóvenes universitarios.

El Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF), suscrito ante el gobierno de México, y el Sistema de Naciones Unidas (SNU), acordaron la realización del Programa de País 2008-2012, cuyo objetivo es contribuir a reducir la pobreza y las desigualdades socioeconómicas, a través de intervenciones estratégicas en las áreas de SSyR, población, desarrollo e igualdad de género. Mediante capacidades institucionales fortalecidas para asegurar el acceso universal a servicios de calidad en SSyR, así como el pleno ejercicio de los derechos reproductivos desde una perspectiva de género y sensibilidad cultural.

La educación de la sexualidad se contextualiza dentro de la educación para la salud y forma parte de los contenidos de la misma; ésta última tiene como fin promocionar el bienestar personal y social de las personas. Según López (1995) y Font (2002) (citado por Soriano, González y Soriano, 2014), la mayor parte de los educadores no hacen educación de la sexualidad, sino que se limitan a tratar alguno de los temas, como el de la reproducción o la prevención. Para estos autores, la sexualidad en nuestra cultura está sujeta a miedos, ignorancias y mitos infundados que afectan a padres, educadores, políticos, etc., por ello resulta difícil una educación formal en materia de

sexualidad en la escuela. La educación de la sexualidad es responsabilidad de todas las personas e incluye, junto con la familia, al Estado, la escuela, los profesionales, las organizaciones religiosas, las instituciones de salud y educación, y los medios masivos de comunicación, entre otros (Mayén, 1994).

En 2005, López clasificó los modelos de educación de la sexualidad proponiendo los siguientes:

- 1) modelo de riesgos, desde el que sólo se interviene para prevenir riesgos relacionados con la salud, como el embarazo o las ITS;
- 2) modelo moral o de la abstinencia, que se propone transmitir la moral sexual de la religión y ayudar a los jóvenes a decir no, a mantenerse castos hasta el matrimonio;
- 3) modelo revolucionario, que pretende cambiar la sociedad y la vida sexual de las personas y defiende la conveniencia de ejercer la sexualidad placenteramente;
- 4) modelo biográfico y profesional, que acepta el derecho de las personas a organizar su vida sexual de forma diferente, ayudándolas a que ésta sea compatible con la salud, entendida como bienestar personal y social (en Soriano y col., 2014: 108).

En esta investigación se retoma el modelo de educación de la sexualidad biográfico y profesional, ya que su objetivo es la adquisición de conocimientos y la aceptación positiva de la propia identidad sexual, los contenidos están libres de prejuicios y se provee de información científica y respetuosa de las diferentes creencias e ideas presentes en la sociedad.

En México, una multiplicidad de instituciones dependientes del gobierno federal y de los gobiernos estatales se ocupa de temas relacionados con la SSyR. Las siete instituciones con mayor influencia según Juárez y Gayet (2005: 196-197) son:

1. El Consejo Nacional de Población (CONAPO), que es un órgano intersecretarial, encargado de conducir la política de población y de las tareas de planeación demográfica del país.
2. La Secretaría de Salud, que tiene dos áreas destinadas a la salud sexual y reproductiva: el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, y el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (Censida). La primera es la encargada de promover y dar servicios de salud reproductiva a la población en general. Se han instalado módulos dentro de instituciones hospitalarias y centros de salud, donde existen acciones de información y de otorgar métodos de planificación familiar, así como atención prenatal, parto y puerperio. Censida ha sido creado para atender aspectos de salud sexual (SIDA e ITS). Crea estrategias principalmente de comunicación, (radio, televisión y materiales impresos), también cuenta con una línea telefónica gratuita para resolución de dudas y orientación llamada Telsida, pruebas para detección de VIH/SIDA, distribución gratuita de condones y consejería psicológica y legal.
3. La Secretaría de Educación Pública (SEP) tiene a su cargo la coordinación de la educación de los niveles primaria, secundaria y preparatoria.
4. El Instituto Mexicano de la Juventud dirige diversos programas recreativos y educativos. Una actividad central es financiar proyectos presentados por las organizaciones no gubernamentales para la consecución de sus metas.
5. El Programa Nacional de la Mujer vigila que se cumplan los acuerdos signados en el Programa de Acción derivados de la Conferencia de El Cairo de 1994.
6. El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), es un programa de asistencia para la población en general, y tiene acciones destinadas principalmente en los temas de embarazo y violencia intrafamiliar.
7. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es un organismo de servicios de salud para los trabajadores asalariados que brinda atención médica a la mayor parte de la población del país. Ha incorporado programas específicos para salud sexual y reproductiva.

Igualmente, en México, existe una gran variedad de organizaciones no gubernamentales que se dedican a temas relacionados con la SSyR, donde se desarrollan servicios de información, educación, capacitación e investigación, como son: Mexfam, Cora, AMES, Imifap, Ave de México, SexUnam, IMESEX, Colectivo Sol, GIRE, Injuve –entre otros- (Juárez y Gayet, 2005).

Se estima que la mayoría de los embarazos no deseados ni planeados son el resultado de la falta de acceso a métodos anticonceptivos y a la salud sexual de calidad. Los embarazos no deseados o planeados, en la mayoría de los casos, influyen negativamente en el plan de vida y desarrollo en los jóvenes, en ocasiones, pueden abandonar los estudios y su hogar. Un reto importante para los programas y políticas de planificación familiar, es mejorar sustancialmente la calidad de la información sobre anticoncepción que se proporciona a los usuarios (Zárate y Delgado, 2008).

Sin importar la gran variedad de instituciones públicas y ONG's que encontramos en la actualidad, los propios jóvenes manifiestan que a pesar de existir información disponible en muchos lugares, el principal obstáculo se encuentra en la falta de normalidad para hablar sobre temas de sexualidad, en concreto, en sociedades como la mexicana, la sexualidad es un tema tabú, lo cual provoca que los jóvenes tengan vergüenza de preguntar o acercarse a otras personas para resolver sus problemas (Juárez y Gayet, 2005).

Entonces, si el Estado provee a los jóvenes de infraestructura y programas para la atención de la SSyR, y de igual forma, las organizaciones civiles ponen interés en preservarla, ¿qué es lo que está sucediendo? que todo esto no ha sido suficiente para atacar, reducir o eliminar los embarazos no deseados o no planeados, las ITS, los abortos clandestinos, y el rezago en la educación para la sexualidad de calidad. Para entender por qué lo realizado

no ha tenido los resultados que se esperaban, a continuación se explican de manera más amplia las acciones realizadas en nuestro país:

En México se elige un nuevo presidente cada seis años y, con cada nueva administración, la atención al tema de la SSyR cambia su enfoque y su rumbo.

- En 1994, la Secretaría de Salud puso en marcha un programa dirigido específicamente a los adolescentes, denominado “módulos saludables”. Su meta principal era proporcionar orientación y consejería sobre planificación familiar dentro de las clínicas de la Secretaría. A pesar de que estos servicios fueron adecuados para la gente joven, el número total de clínicas fue muy reducido.
- Desde 1997, el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia, estableció los lineamientos para la operación del Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo Adolescente, cuyo objetivo principal es evitar la exclusión social de las adolescentes como consecuencia de un embarazo no planeado. A pesar de sus esfuerzos, la proporción de jóvenes que ha alcanzado es muy baja.
- El Programa de Acción de Salud Reproductiva 2001-2006, elaborado por la Secretaría de Salud, planteó asegurar los derechos de los individuos en relación con tres aspectos: información sobre salud reproductiva, respeto por los derechos sexuales y reproductivos y servicios de alta calidad. Aunque los servicios de este tipo se han incrementado, siguen siendo muy escasos para cubrir a toda la población joven.
- En el 2003, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y varias ONG lanzaron la Campaña Nacional por los Derechos de la Juventud, que difunde la Cartilla por los Derechos Sexuales de las y los jóvenes, la cual enuncia 13 derechos. Aunque su alcance es aún limitado, esta iniciativa es muy importante ya que representa un reconocimiento de los derechos sexuales como parte integral de los derechos humanos.

- En lo que se refiere a las políticas sobre educación sexual, se incluyeron temas de educación sexual desde el quinto y sexto grado de primaria, así como en los tres años de secundaria. Desafortunadamente, una encuesta de MEXFAM, realizada en 2002 entre maestros de primaria y secundaria, encontró que la mayoría de los maestros no tiene el nivel de conocimientos ni se sienten con la comodidad suficiente para manejar los nuevos contenidos y materiales sobre educación sexual y, una parte de ellos manifestó no impartir esos contenidos, o tener dificultades para impartirlos.

- Con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre sexualidad, derechos reproductivos y anticoncepción, la CONAPO, en coordinación con el IMSS, ha reforzado la diseminación de información a través de medios como Planificatel y Planificanet, donde se brinda información y consejería.

- Otra estrategia de CONAPO, es un programa de radio donde los jóvenes pueden hablar y resolver preguntas sobre salud sexual.

- Desde 1999, CENSIDA ha producido campañas a través de diferentes medios para reducir el estigma asociado con el VIH/SIDA y distribuye condones. Estas acciones han tenido efectos positivos en la salud reproductiva de los jóvenes, pero falta un largo trecho por recorrer para lograr un comportamiento sexual completamente protegido entre ese grupo.

- Las ONG han apoyado a los programas gubernamentales, dan capacitación al personal que ofrece los servicios de SSyR en las instituciones gubernamentales, proveen directamente servicios médicos y educación sexual para jóvenes, otras se especializan en actividades IEC, y algunas otras se enfocan en defender los derechos de la juventud. Las ONG han introducido nuevas estrategias, las han monitoreado y evaluado pero, sobre todo, han sido un contrapeso (aunque insuficiente) a la falta de contundencia y continuidad de los programas gubernamentales en este campo (Juárez, Palma, Shingh y Bankole, 2010).

Así pues, es necesario que se haga más trabajo en torno a este tema, pero hay que hacerlo de manera diferente, puesto que lo que se ha realizado hasta la fecha no ha generado los resultados que se esperaban.

III.3 La Salud Sexual y Reproductiva en la UACM.

La Universidad Autónoma de la Ciudad de México está conformada por cinco planteles: Casa Libertad, Centro Histórico, Cuauhtépec, Del Valle y San Lorenzo Tezonco. La población estudiantil está repartida de la siguiente manera: Del Valle con 5.64% de la población estudiantil, Centro Histórico con el 8.19%, Casa Libertad con el 11.69%, Cuauhtépec con 23.65% y San Lorenzo Tezonco con el 50.53%, el plantel mencionado al final, y donde se realizó este trabajo es el que cuenta con un mayor número de estudiantes, más de la mitad de la población total, es decir, 7 128 estudiantes inscritos en el semestre 2013-I, de los cuales el 53% fueron mujeres y 47% hombres (Espacio Estudiantil del Plantel San Lorenzo Tezonco, 2013, tomado de *Diagnóstico comunitario de SSyR de los estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco, UACM*, Hernández, 2013).

Para tener un contexto de la SSyR en la UACM, cito algunos trabajos realizados en dos de los planteles de esta Universidad. Uno de ellos es la tesis elaborada por Nubia Sánchez en el Plantel Centro Histórico en 2012, y otro el estudio diagnóstico realizado por estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco en la materia de Epidemiología II en el 2013.

En junio de 2012, Nubia Sánchez, realiza en la UACM la tesis llamada *Necesidades de salud reproductiva en las y los estudiantes del Plantel Centro Histórico*. Su objetivo fue documentar las necesidades de SSyR de la población estudiantil de la UACM, con énfasis en el análisis de los factores que influyen en las prácticas de prevención de las ITS y del VIH. Como

resultado de una encuesta que aplicó a 100 estudiantes del plantel, encontró lo siguiente: el 100% de los hombres y el 90% de las mujeres conocían las ITS y cómo prevenirlas, y el 41% obtuvo esa información de la televisión. El 76% de los estudiantes obtuvo la información sobre anticoncepción de la televisión. Por otra parte, el total de los hombres y el 90% de las mujeres ha usado el condón en alguna relación sexual, y aproximadamente el 70% lo usa para prevenir embarazos. El 94% de los jóvenes tiene una relación de noviazgo o de pareja. El 84% no utilizó condón en su primera relación sexual por falta de acceso al método. Por último, el 70% dice haber utilizado condón en su última relación sexual.

La segunda investigación y la más reciente, fue llevada a cabo en junio de 2013, la profesora investigadora de la UACM María Alicia Hernández junto con sus estudiantes de quinto semestre de la materia de Epidemiología II, realizaron un Diagnóstico comunitario de SSyR a 493 estudiantes (241 hombres, 252 mujeres) del Plantel San Lorenzo Tezonco, donde buscaron priorizar las necesidades y problemáticas de los estudiantes en materia de SSyR, así como indagar las causas que producen los principales problemas. Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes:

Comportamiento: 78% son sexualmente activos, 80% ha tenido de 1 a 4 parejas sexuales, el 19% se ha embarazado o a embarazado a alguien, 10% ha recurrido al aborto, 91% considera importante la educación sexual.

Sobre ITS se encontró que el 4% ha padecido alguna ITS, 7% cree que las todas las ITS se manifiestan físicamente, 17% contestó que el condón no ayuda a prevenir ITS.

En materia de anticoncepción, el 65% usa métodos anticonceptivos, con mayor frecuencia el condón, 59% usa siempre condón, 41% no lo usa siempre, 5% cree que el método del ritmo es un método eficaz para los jóvenes, 11% cree que si se traga un óvulo espermaticida se evita un embarazo y el 28% no sabe si tragar un óvulo evitará un embarazo, 37%

cree que el condón debe colocarse antes de la eyaculación, 24% cree que en la mujer recae la responsabilidad del embarazo.

Factores de riesgo y violencia sexual: 5% ha tenido relaciones sexuales sin su consentimiento, 21% ha sufrido violencia en sus relaciones afectivas, 69% son adictos al alcohol, 44% son adictos al tabaco y 19% son adictos a la marihuana.

Opinión: 29% opina que el condón reduce el goce sexual, al 20% le parecen caros los condones, 70% respondió que la falta de información contribuye al embarazo, 74% está de acuerdo en que hombre y mujer tienen el mismo derecho a tener relaciones sexuales antes del matrimonio, 47% cree que las relaciones sexuales son sólo por placer.

Con este diagnóstico se pretendía diseñar en el mediano plazo una intervención desde la promoción de la salud, a través de la acción participativa que respondiera a las necesidades reales, que produjera un impacto en la SSyR de la población más vulnerable, pero hasta la fecha el proyecto no se ha realizado.

Algunas de las acciones que se han realizado en la institución educativa, con la finalidad de fomentar una cultura de SSyR, son las siguientes:

- En la Universidad Autónoma de la Ciudad de México se celebra cada año la Feria de la Salud Sexual y Reproductiva, cuyo objetivo principal es contribuir a la educación sexual en los jóvenes estudiantes. En esta feria se busca impulsar en los jóvenes una conducta sexual responsable, así como resolver cualquier inquietud y dudas que tengan con respecto a la sexualidad. Las ferias cuentan con la participación de profesores e investigadores especialistas en el tema. También participan CENSIDA y MEXFAM.

- Con el objetivo de capacitar a activistas jóvenes con experiencia de trabajo en áreas como la diversidad sexual y el VIH/sida, la UACM, por medio del Programa de Estudios en Disidencia Sexual, realizó el Diplomado Teoría y Práctica de las Organizaciones Civiles con Trabajo en Disidencia Sexual y VIH SIDA en México.
- Del 10 al 12 de noviembre de 2014, se realizó el Coloquio de Literatura y Sexualidad que organizó el Grupo Interdisciplinario de Investigación en Género y Sexualidad de la UACM, Plantel Cuauhtémoc. En el evento se incluyeron seis mesas de discusión entre las que se encontró la denominada “La literatura como herramienta para el estudio de la promoción de la salud sexual y reproductiva”; un collage cinematográfico, así como talleres literarios y de expresión plástica; además se contó con la presencia de poetas y un pintor.
- El Programa de Servicio Social: Orientación en Salud Reproductiva para la comunidad Estudiantil de la UACM, con clave de registro: UACM/SS/13-13/064/INT se creó con el objetivo de diseñar y aplicar un programa permanente de orientación en Salud Reproductiva para la comunidad estudiantil de la UACM en el plantel SLT. Es en este programa donde se realiza esta investigación, como un primer acercamiento a la población del plantel, y cuyo primer objetivo es detectar las necesidades inmediatas en materia de salud sexual y reproductiva.

A pesar de los esfuerzos de la Universidad por responder a los principales problemas de SSyR en sus estudiantes, los resultados no han sido los esperados, puesto que la problemática continúa. Esto se debe principalmente a que no existe un plan institucional, los eventos antes mencionados se realizan de manera aislada, en planteles específicos, no se hacen en cada uno de ellos. Para que se genere un cambio y se llegue a la

meta, es necesario documentar las transformaciones de las situaciones de los estudiantes, su entorno y perspectivas, ya que se trata de una población, en general, poco atendida (Romo, 2008).

La forma tradicional de abordar los problemas en SSyR, así como las políticas y las acciones llevadas a cabo parten de una visión muy estrecha, donde no se toman en cuenta los factores culturales y sociales que influyen de manera determinante en la forma en que los jóvenes ejercen su sexualidad. La “Feria de la Salud Sexual y Reproductiva” que se realiza en la UACM, es sólo una vez al año y su duración es de máximo dos días; no existen actividades que proporcionen a los estudiantes educación e información de calidad, ya que la mayoría de los stands se dedican a repartir condones y pulseras con el logotipo de las instituciones invitadas. Situaciones semejantes ocurren con los coloquios y diplomados, que no se realizan en todos los planteles, lo cual dificulta el acceso a los estudiantes, que en muchas ocasiones no saben de la existencia de éstos. Es necesario generar condiciones saludables desde una perspectiva más amplia que, desde nuestro punto de vista, incluyan la interacción con los jóvenes, que les brinden información de calidad, evitando las contradicciones y tensiones; que incluya aspectos emocionales, de género, sociales, éticos y biológicos, así como referirse a la existencia de diversas orientaciones e identidades de sexo y género. El ámbito universitario tiene una influencia importante para reforzar o modificar las concepciones de los jóvenes respecto a los modelos de sexualidad, reproducción y ética del cuidado para que puedan tomar decisiones informadas y responsables respecto al pleno ejercicio de su sexualidad.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

IV.1 Paradigma de la investigación

La presente investigación se desarrolla desde el paradigma cuantitativo, el cual se caracteriza por ser objetivo, sistemático, ordenado y probatorio. Tiene la particularidad de medir fenómenos de manera controlada, permite realizar réplicas y utiliza la estadística para el análisis de los datos, lo cual le da un amplio margen de precisión. En este paradigma la teoría es un elemento fundamental, ya que aporta origen, marco y fin a la investigación. También permite probar hipótesis, así como la interpretación de resultados (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). En esta investigación, el orden que se siguió fue plantear un problema de estudio delimitado y concreto – necesidades en Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) en estudiantes de la UACM, plantel San Lorenzo Tezonco-. Se hizo una revisión de la literatura, se construyó el marco teórico (el cual está formado por los tres primeros capítulos de esta tesis), también se establecieron varias hipótesis que serán sometidas aceptadas o rechazadas con base en los resultados obtenidos de la aplicación de un cuestionario. La recolección de datos se fundamenta en la medición, debido a que los datos se presentan mediante números analizados a través de métodos estadísticos.

IV.2 Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo, debido a que la finalidad es especificar las características, propiedades y perfiles de la muestra, es decir, recolectar, medir y evaluar datos para describir lo que se investiga.

El diseño del estudio es diagnóstico transversal, dado que se toma una muestra de encuestados de la población objetivo y se obtiene información de

esta muestra una sola vez (Ligia y Moya, 2002). Tomando como base los resultados obtenidos acerca de las necesidades en SSyR de la población, se realiza una vinculación con los datos anteriormente mencionados en el marco de referencia para desarrollar una propuesta de intervención desde la perspectiva de la Promoción de la Salud.

IV.3 Planteamiento del problema

En México, al igual que en el resto del mundo, el embarazo no planeado y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), constituyen un importante problema de salud biopsicosocial, ya que se asocian con el uso de anticonceptivos poco efectivos o al no uso de ellos, y al consumo de alcohol o marihuana durante la actividad sexual. La educación sexual formal e informal (es decir, la educación recibida en la familia, entre pares, en la escuela, de las instituciones de salud y la religiosa) ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos; también se ha mostrado que existe una carencia de información basada en evidencia científica relevante y actualizada (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, 2010).

Parrini y Hernández 2008, mencionan que a partir de los años setenta, los estudios sobre sexualidad en México se han vinculado de manera muy estrecha a los estudios de género y a la investigación sobre SSyR, los cuales mantienen vínculos teóricos, analíticos y empíricos entre ellos. Afirman también que la sexualidad se ha transformado en un campo de interés a nivel mundial, fortaleciéndose con la realización de las antes mencionadas Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994,

y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en 1995, los cuales colocaron a la sexualidad en el centro del debate internacional sobre equidad de género, políticas públicas y derechos humanos. En México se comenzaron a realizar estudios etnográficos que permitieron pensar el vínculo de la sexualidad con instituciones como la familia, el Estado y la Iglesia, y relacionarla con el sexo-género, las distintas formas de moralidad, la diversidad cultural y las relaciones de poder entre sujetos, grupos, comunidades e instituciones.

En fechas más recientes, en el Distrito Federal podemos observar que de acuerdo al *Informe de Rendición de cuentas 2006 – 2012*, de enero a julio del 2013, la red de hospitales del D.F., ha atendido 19 mil 646 partos en mujeres entre 10 y 19 años; de enero a julio de este año tienen el reporte de 1,928 casos de nuevas infecciones de jóvenes entre 10 y 19 años. Frente al crecimiento de embarazos no planeados y de la incidencia de ITS entre los jóvenes de 15 a 25 años de edad, en el D.F., se han multiplicado las investigaciones científicas para entender mejor los contextos y mecanismos sociales de transmisión de ITS. Así, ahora son mejor entendidos los factores ligados al no uso del condón, los cuales no se limitan a la falta de recursos económicos o informativos, sino que también tienen que ver con la construcción social de la sexualidad y del riesgo entre jóvenes, quienes se caracterizan por la búsqueda de peligro y aventura, por la falta de planeación, su constante espontaneidad, y, por ver los problemas (en específico el embarazo no planeado y las ITS) como situaciones lejanas que a ellos nunca les sucederá (Papalia, Wendkos, Duskin, 2010).

Carrillo, 2002 (citado por Parrini y Hernández, 2008) menciona que la investigación encuentra que el cambio cultural en México respecto a la sexualidad es selectivo, tiene lugar en unos temas pero no en todos, y los ritmos del cambio son unas veces acelerados y otras veces lentos. Además, los nuevos valores e ideas están en interacción con los que se tenían

anteriormente, lo cual puede confundir a los jóvenes y generar contradicciones al momento de tomar decisiones que afecten el ejercicio de su vida sexual. Para entender mejor esto, nos explican que la cultura sexual local implica el conjunto de normas, valores e ideas sobre el sexo y la sexualidad que prevalecen en México, así como las identidades, deseos, ideologías y comportamientos sexuales individuales en hombres y mujeres de diferentes orientaciones sexuales. Se hace énfasis en los cambios históricos de la sexualidad mexicana, vinculados a la modernización y la globalización, pero también las diferentes resistencias a los cambios, así como la defensa de las tradiciones locales, es decir, los factores culturales inciden en el ejercicio de la vida sexual de los jóvenes en forma de factores de riesgo.

En este contexto, en el Distrito Federal se necesita multiplicar los estudios que analicen las modalidades, la diversidad de identidades, representaciones, significaciones y prácticas alrededor del ejercicio de la sexualidad en jóvenes. Ya que se ha considerado la difusión de la información científica como un elemento central para contrarrestar el crecimiento de la transmisión de ITS y de los embarazos no deseados, sin embargo, hoy se sabe que la información es una condición necesaria, pero no suficiente, para modificar hábitos de conducta humana.

Debido a la importancia que se le ha dado a la SSyR como un determinante importante para alcanzar los niveles adecuados de salud y en general de desarrollo humano, esta investigación se centra en obtener información acerca de las necesidades sexuales y reproductivas existentes en una muestra de estudiantes de la UACM. La manera de obtener los datos es mediante la elaboración, aplicación y análisis de resultados de un diagnóstico, que pretende medir las necesidades que los estudiantes tienen sobre SSyR, los rubros que se exploran en él son: identificación de ITS, tipo de prácticas sexuales, consumo de alcohol durante las prácticas sexuales,

consumo de marihuana durante las prácticas sexuales, uso de métodos anticonceptivos, embarazo y aborto. Tal conocimiento nos dará las evidencias para proponer los mecanismos de respuesta desde la promoción de la salud, utilizando estrategias que permitan mejorar la SSyR, para que las personas puedan aumentar el control sobre la misma.

IV.4 Justificación

Todos los días, casi un millón de personas contraen una ITS, se calcula que todos los años se producen más de 340 millones de casos nuevos curables (principalmente de VIH, herpes, papiloma y hepatitis B) entre hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años alrededor del mundo; la mayor parte se observa en Asia, seguida por África, América Latina y el Caribe (OMS, 2007). A escala mundial, todas estas infecciones suponen una inmensa carga sanitaria y económica, especialmente para los países en desarrollo (Villagómez, Mendoza y Valencia, 2011).

Esas infecciones dan lugar a síntomas agudos, infecciones crónicas y, graves consecuencias como: infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino, defunciones prematuras de lactantes y adultos.

Las acciones de planificación familiar y salud sexual son instrumentos indispensables para garantizar el derecho a la salud y el cumplimiento del principio general plasmado en el artículo cuarto de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)*, en el cual se establece que “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos” (Artículo 4, 1917). Dichas acciones están supeditadas al propósito fundamental de elevar la calidad de vida de los ciudadanos, tal como lo señalan la *Ley General de Población* y la *Ley General de Salud* en sus respectivos reglamentos (*Programa Nacional de Población*, 1995-2000). Es importante mencionar que el principio

plasmado en la CPEUM está centrado únicamente en la planificación familiar, es decir, se enfoca en la salud reproductiva y se omite por completo la salud sexual.

De acuerdo con el documento *Perfiles de Salud Reproductiva Distrito Federal*, en 2010, la población del Distrito Federal alcanzó 8.85 millones de habitantes, de los cuales poco más de la mitad eran mujeres (52.2%). De acuerdo a este documento un aspecto de suma relevancia para el análisis de la SSyR es el comportamiento demográfico de la población femenina, en particular de aquellas en edades fértiles, convencionalmente consideradas entre los 15 y 49 años. Así, en 2010, en el Distrito Federal hay poco menos de 2.56 millones de mujeres en edad fértil, que representan al 55.3% de la población femenina total. Poco más del 30% de la población femenina en edad fértil tiene entre 20 y 29 años, edades críticas para la reproducción en la medida que en éstas se concentran las tasas más altas de fecundidad en nuestro país.

La exposición al embarazo está determinada por condiciones de vida sexual, patrones reproductivos, prácticas anticonceptivas, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, la falta de servicios de salud de calidad, la falta de información, la existencia de mitos sobre el uso de métodos anticonceptivos y la falsa creencia de que a ellas no les va a pasar. En este sentido, el embarazo no planeado se puede traducir en una menor capacidad de aportar bienestar a su familia y de tener un papel activo en el desarrollo social.

La *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* muestra que, en el Distrito Federal, el 25% del total de las Mujeres en Edad Fértil (MEF) entre 25 y 34 años ya había tenido su primera relación sexual a los 16.6 años; el 50% lo hizo a los 18.2 años; y el 75% la tuvieron a los 20.9 años (*Perfiles de Salud Reproductiva, 2011*).

El 55.4% de las MEF se clasifica como sexualmente activas, 26% como sexualmente inactivas y 18.7% aún no tiene su primera relación sexual. Sólo el 34.4% de las MEF se protegió de un embarazo en su primer encuentro sexual, lo cual quiere decir que más de la mitad de las mujeres que han iniciado su vida sexual (65.6%) no se protegieron de un embarazo y tampoco de ITS. Lo cual remarca las características culturales que predominan en las mujeres de esta entidad federativa, donde predomina la sumisión de las mujeres, los mitos sobre métodos anticonceptivos, que las prácticas sexuales no son planeadas, la sumisión ante la decisión del hombre o la poca influencia para poder negociar o exigir el uso de métodos anticonceptivos, entre otros. Estos resultados son sin duda muy importantes de tomar en cuenta, son componentes críticos del cambio demográfico, guardan una estrecha relación con elementos sociales, económicos y culturales, además, con estas cifras se justifica la creación de nuevas estrategias que permiten el goce placentero de la sexualidad y controlan el proceso reproductivo (2011).

Según la ENADID (2009), el 56.7% de las MEF que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta se clasifica en la categoría de embarazo planeado, 27% como embarazo no planeado y 16% como embarazo no deseado. El porcentaje más alto de embarazo no planeado se ubica en las adolescentes, con 47.6 %. En tanto, el mayor índice de embarazo no deseado se localiza en el grupo de 25 a 29 años, con 23.7% (2011).

Según la última encuesta, más del 90% de las MEF del Distrito Federal reconoce las pastillas, el DIU, inyecciones, la oclusión tubaria bilateral (OTB), vasectomía y el condón masculino como métodos contraceptivos. La cuarta parte de las MEF adoptó el primer método anticonceptivo a los 23.4 años. El 52% de las usuarias de métodos anticonceptivos se provee en el sector público y el resto, 48% acude al sector privado (2011).

Debido a la gran población de mujeres existente en el Distrito Federal, a los datos revisados sobre las prácticas sexuales ejercidas por las mismas y a lo

observado de manera más particular dentro de la Universidad, con esto nos referimos a la situación que se vive cotidianamente dentro del Plantel San Lorenzo Tezonco: los estudiantes empiezan a introducir y consumir bebidas alcohólicas desde muy temprano, tienen prácticas sexuales en los salones, baños, estacionamientos y áreas verdes; no actúan con plena conciencia de que un embarazo a edad temprana o las ITS les impedirá tener una vida plena. Por el contrario, esos comportamientos generan que tengan que abandonar sus estudios, ponerse a trabajar e irse a vivir con sus parejas, en vez de tener una preparación académica, aspirar a un mayor sueldo, a un mejor estilo de vida. Aunado a esto, los resultados obtenidos del estudio realizado por la profesora Alicia Hernández (mencionados de forma amplia en el apartado III.3 (“La salud sexual y reproductiva en la UACM”) justifican la realización de un estudio que permita observar las principales necesidades en materia de SSyR en esa población.

IV.5 Preguntas de investigación

¿Cuáles son las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM?

¿Los y las estudiantes saben qué son las ITS y pueden identificarlas?

¿Qué comportamientos presentan en el ejercicio de la Salud Sexual y Reproductiva los y las estudiantes de la UACM Plantel San Lorenzo Tezonco?

¿Existe acceso a información sobre Salud Sexual y Reproductiva, y a métodos anticonceptivos, dentro de la universidad?

IV.6 Objetivos

General:

Identificar las necesidades sexuales y reproductivas de los estudiantes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), Plantel San Lorenzo Tezonco, a través del diseño, validación y aplicación de un cuestionario que mida los conocimientos y los comportamientos en torno a la Salud Sexual y Reproductiva en una muestra de la comunidad estudiantil, para brindar una estrategia de acuerdo a sus necesidades desde la Promoción de la Salud.

Específicos:

- Diseñar un instrumento que mida los conocimientos que los estudiantes tienen sobre: ITS, aborto, métodos anticonceptivos; sus comportamientos respecto a: tipos de prácticas sexuales, consumo de alcohol, consumo de marihuana, reproducción, uso de métodos anticonceptivos y aborto.
- Identificar las deficiencias en torno a los conocimientos sobre ITS y métodos anticonceptivos, para el ejercicio de la Salud Sexual y Reproductiva en la muestra estudiada.
- Evidenciar los comportamientos que influyen en la Salud Sexual y Reproductiva en los estudiantes de la UACM Plantel San Lorenzo Tezonco.
- Identificar la relación que existe entre el acceso a los métodos anticonceptivos y su uso por parte de la muestra estudiada.
- Elaborar una propuesta desde la Promoción de la Salud que permita generar y preservar la Salud Sexual y Reproductiva en los estudiantes del Plantel.

IV.7 Hipótesis

H1 Las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva de los estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM son: el acceso a información científica y oportuna en relación a la Salud Sexual y Reproductiva y a las ITS; el acceso a métodos de protección contra ITS; el conocimiento sobre su actual estado de salud sexual; tener espacios dentro de la institución donde se puedan proporcionar métodos anticonceptivos; la orientación sobre Salud Sexual y Reproductiva; y los medios de difusión donde los estudiantes encuentren información sobre SSyR.

H2 Los estudiantes no cuentan con información científica, clara, comprobable, directa, completa, novedosa, y plural sobre ITS y métodos anticonceptivos, para el ejercicio de su Salud Sexual y Reproductiva.

H3 Los comportamientos como el consumo de alcohol y marihuana predominan durante el ejercicio de la sexualidad de los estudiantes de la UACM Plantel San Lorenzo Tezonco.

H4 No hay una relación directamente proporcional entre el acceso a métodos anticonceptivos y el uso de los mismos en los estudiantes encuestados.

IV.8 Recolección de datos

IV.8.1 Muestreo

La población universo son 7013 estudiantes (53% mujeres, 47% hombres, fuente: espacio estudiantil Plantel SLT, 2013) del Plantel San Lorenzo Tezonco de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, inscritos en el

semestre 2013-II, pertenecientes a las licenciaturas de: Arte y Patrimonio Cultural, Ciencia Política y Administración Urbana, Ciencias Ambientales y Cambio Climático, Ciencias Sociales, Comunicación y Cultura, Creación Literaria, Derecho, Filosofía e Historia de las Ideas, Historia y Sociedad Contemporánea, Ingeniería en Software, Ingeniería en Sistemas de Transporte Urbano, Ingeniería en Sistemas Electrónicos Industriales, Ingeniería de Sistemas Electrónicos y de Telecomunicaciones, Ingeniería en Sistemas Energéticos, Modelación Matemática, Nutrición y Salud, Promoción de la Salud, y Protección Civil y Gestión de Riesgos, de ambos turnos, inscritos en diferentes semestres.

La muestra se obtuvo mediante un procedimiento no probabilístico causal, porque se seleccionan sujetos por tener mayor accesibilidad a ellos (Cardona, 2002, en González, Calleja, López, Padrino y Puebla, 2009).

Siguiendo a Cardona, para que en un estudio la muestra sea válida debe tener el tamaño suficiente para garantizar la representatividad, el número mínimo dependerá del número de sujetos que comprende la población; sugiere que en una población con un tamaño mayor a 5000, con una muestra de 400 es suficiente. En este sentido y de acuerdo al autor citado, se decidió que, siendo la población de 7013 estudiantes, se encuestaran a 700. Cabe mencionar que al inicio del estudio se encuestaron a 700 estudiantes, pero debido a que 66 de los encuestados no respondieron a la indicación de señalar el sexo al que pertenecen, se decidió anular sus encuestas. Finalmente, la muestra se conformó por 311 hombres y 323 mujeres, es decir, un total de 634 estudiantes. Los estudiantes aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria, una vez que fueron informados de los objetivos de éste, considerando la naturaleza de la temática, se les informó sobre el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.

IV.8.2 Instrumento

- Para el diseño del instrumento, se procedió a la lectura y análisis de diversos artículos científicos, relacionados con los temas a tratar en la presente investigación.
- Se determinaron las variables a estudiar asociadas a la salud sexual y reproducción de jóvenes universitarios: ITS, aborto, métodos anticonceptivos, tipos de prácticas sexuales, reproducción, consumo de alcohol y drogas.
- Con los indicadores propuestos se redactó un conjunto de preguntas que fueron ordenadas de acuerdo a diferentes rubros, conformándose así un cuestionario formado por 19 preguntas cerradas y una abierta. Estas preguntas se agrupan en tres categorías:
 - a) Preguntas de índole demográfico.
 - b) Conocimiento: ITS, aborto y métodos anticonceptivos.
 - c) Comportamiento: Tipos de prácticas sexuales, consumo de alcohol, consumo de marihuana
 - d) Reproducción: uso de métodos anticonceptivos, uso de métodos de protección contra ITS y aborto.
 - e) La disponibilidad de información sobre los aspectos medidos que proporciona la UACM.
- Se estableció contacto con dos profesores - investigadores de la universidad, a los que se les entregó una propuesta del cuestionario, ellos lo revisaron e hicieron observaciones y lo regresaron para hacer los cambios que consideraron necesarios.

- Una vez realizadas las correcciones aconsejadas por los profesores - investigadores, quedó terminada la versión preliminar del cuestionario (Ver Anexo 1).
- Se aplicó una prueba piloto. Como sugiere Hernández Sampieri (2006), se aplicó el instrumento a una pequeña muestra de 39 estudiantes para probar su pertinencia, las condiciones de la aplicación y los procedimientos involucrados. Los estudiantes fueron elegidos de manera aleatoria.
- Se elaboró una base de datos con los resultados de la encuesta y se procedió a la descripción de los datos y a la revisión de los resultados.
- Se realizaron las modificaciones necesarias al cuestionario, considerando las observaciones que se detectaron en la prueba piloto, y se construyó la versión final.
- El cuestionario fue revisado nuevamente por los expertos, quedando así el cuestionario definitivo que se aplicó a los 700 estudiantes (Ver anexo 2).

IV.8.3 Procedimiento para el análisis de los resultados.

- Se hizo el vaciado de cada cuestionario en una base de datos en el programa Excel.

- Se eliminaron las encuestas de los estudiantes que no respondieron el sexo al que pertenecen.
- Los datos se separaron por sexo para hacer un contraste entre las respuestas y analizar de mejor manera las preguntas que así lo requieran.
- Se elaboró un análisis de frecuencia para cada variable explorada en el diagnóstico: variables demográficas, ejercicio de la sexualidad, uso de métodos anticonceptivos, ITS, embarazo y aborto, riesgos sexuales y disponibilidad de información en la UACM, y se realizarán gráficas para cada una de ellas.
- Se elaboraron tablas que muestren los porcentajes de las respuestas de los estudiantes.
- Se realizaron gráficas para cada una de las tablas.
- Se hizo un análisis de los resultados para responder a los objetivos de la investigación.
- Se realizó un cruce de datos, para estudiar la relación que existe entre las respuestas obtenidas en las diferentes preguntas del cuestionario.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario. Como primer paso, se realizó un análisis de frecuencias para conocer los porcentajes de cada reactivo. Se realizaron tablas, una para cada indicador, así como gráficas. La información se presenta de la siguiente manera, una tabla para cada variable: variable demográfica –aporta la edad y el estado civil de los estudiantes-; ejercicio de la sexualidad – muestra los resultados de las conductas relacionadas al ejercicio de la vida sexual y al uso de métodos anticonceptivos-; Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) – presenta el conocimiento que tienen sobre ITS y el número de infecciones entre los estudiantes-; embarazo y aborto –muestra la cantidad de embarazos y abortos que han tenido las estudiantes-; riesgos sexuales – muestra la prevalencia de factores de riesgos en el ejercicio de la vida sexual asociados al consumo de alcohol y marihuana-; disponibilidad de información en SSyR dentro de la UACM –muestra la disponibilidad de información acerca de salud sexual y reproductiva, así como el acceso a métodos anticonceptivos dentro del plantel .

De acuerdo con los objetivos planteados en ésta investigación, se encontró lo siguiente:

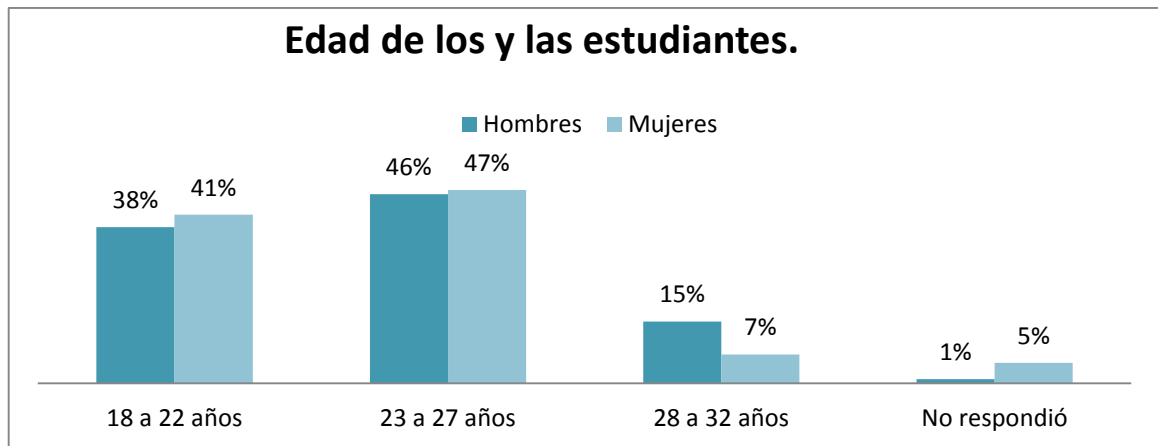
V.1. Resultados

V.1.1. Variables demográficas.

Tabla 1. Edad

<i>Rango de edad</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
18 a 22 años	38%	41%
23 a 27 años	46%	47%
28 a 32 años	15%	7%
No respondió	1%	5%

Tabla 1. Muestra la edad de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.



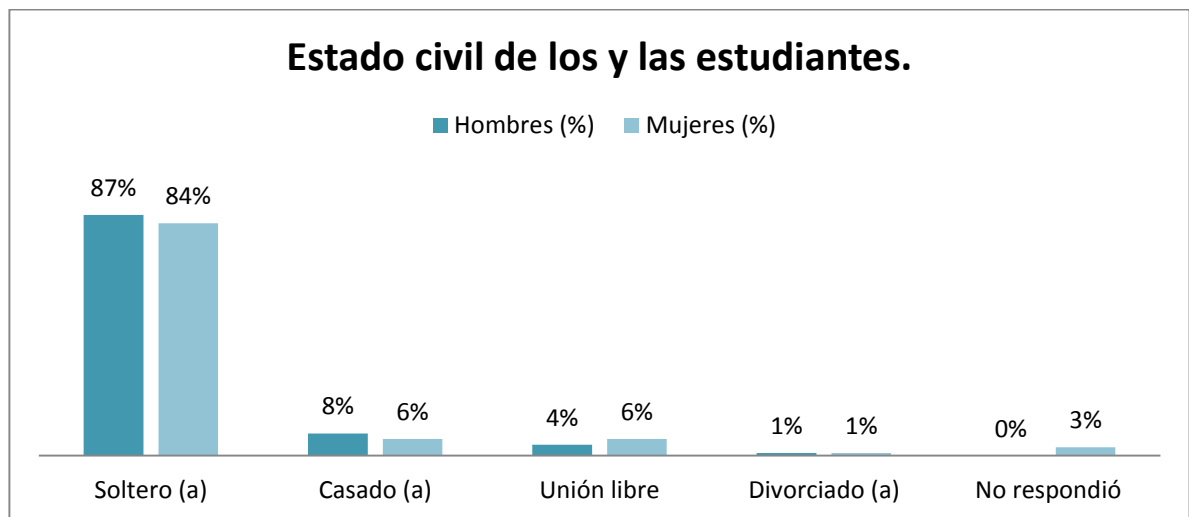
Gráfica 1. Muestra la edad de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se puede ver que la mayor parte de la población encuestada se encuentra en el rango de edad de 18 a 27 años, lo cual indica que el plantel está conformado por una población joven.

Tabla 2. Estado civil

Estado civil	Hombres (%)	Mujeres (%)
Soltero (a)	87%	84%
Casado (a)	8%	6%
Unión libre	4%	6%
Divorciado (a)	1%	1%
No respondió	0%	3%

Tabla 2. Muestra el estado civil de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.



Gráfica 2. Muestra el estado civil de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II.

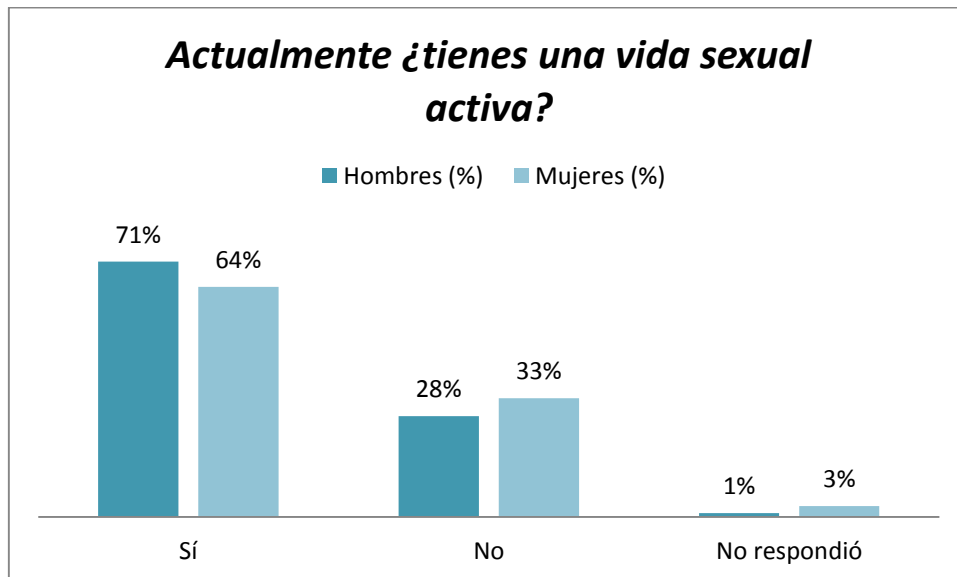
En promedio el 85% de las y los estudiantes son solteros, una proporción mucho menor (7%) son casados, 5% viven en unión libre y sólo el 1% son divorciados.

V.1.2. Ejercicio de la sexualidad.

Tabla 3. Ejercicio de la vida sexual.

Actualmente ¿tienes una vida sexual activa?	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sí	71%	64%
No	28%	33%
No respondió	1%	3%

Tabla 3. Muestra el ejercicio de la vida sexual de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.



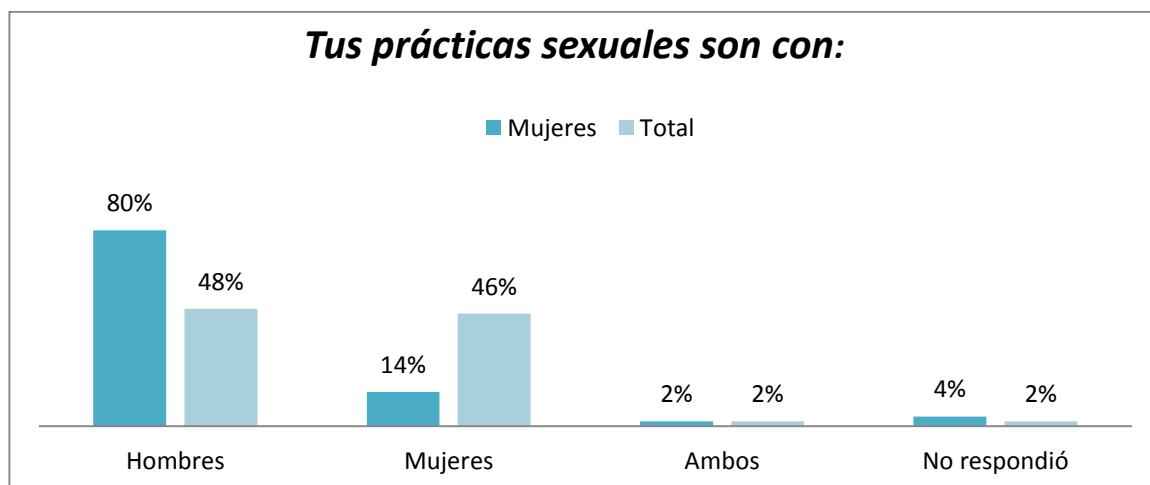
Gráfica 3. Muestra el ejercicio de la vida sexual de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.

El 64% de las estudiantes encuestadas tienen una vida sexual activa; en mayor porcentaje, se encuentran los estudiantes con 71% de su población sexualmente activa.

Tabla 4. Tipo de prácticas sexuales.

<i>Tus prácticas sexuales son con:</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Hombres	17%	80%
Mujeres	79%	14%
Ambos	2%	2%
No respondió	2%	4%

Tabla 4. Muestra con quién tienen prácticas sexuales los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.



Gráfica 4. Muestra con quién tienen prácticas sexuales los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.

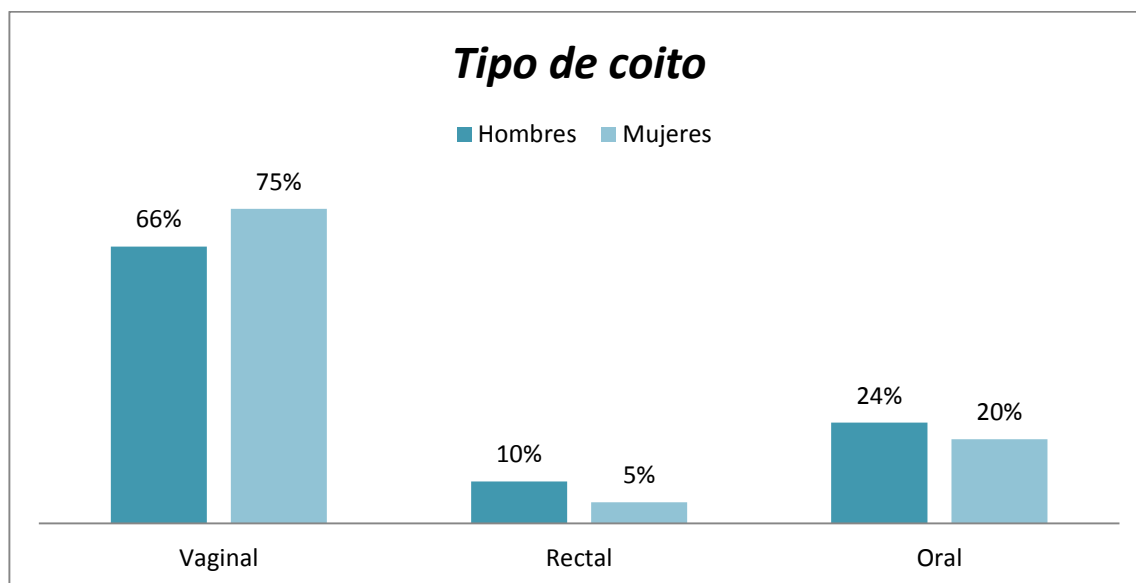
En relación a las prácticas sexuales, encontramos que: 79% de las mujeres dice tener prácticas sexuales heterosexuales; 14% las tiene con personas del mismo sexo; y 2% dice ser bisexual.

En el caso de los hombres, el 80% tiene prácticas sexuales heterosexuales, 17% las tiene con personas del mismo sexo; y de la misma forma que en el caso de las mujeres, 2% tiene prácticas sexuales con personas de ambos sexos.

Tabla 5. Tipo de coito

<i>Tipo de coito</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Vaginal	66%	75%
Rectal	10%	5%
Oral	24%	20%

Tabla 5. Muestra el tipo de coito que tienen los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.



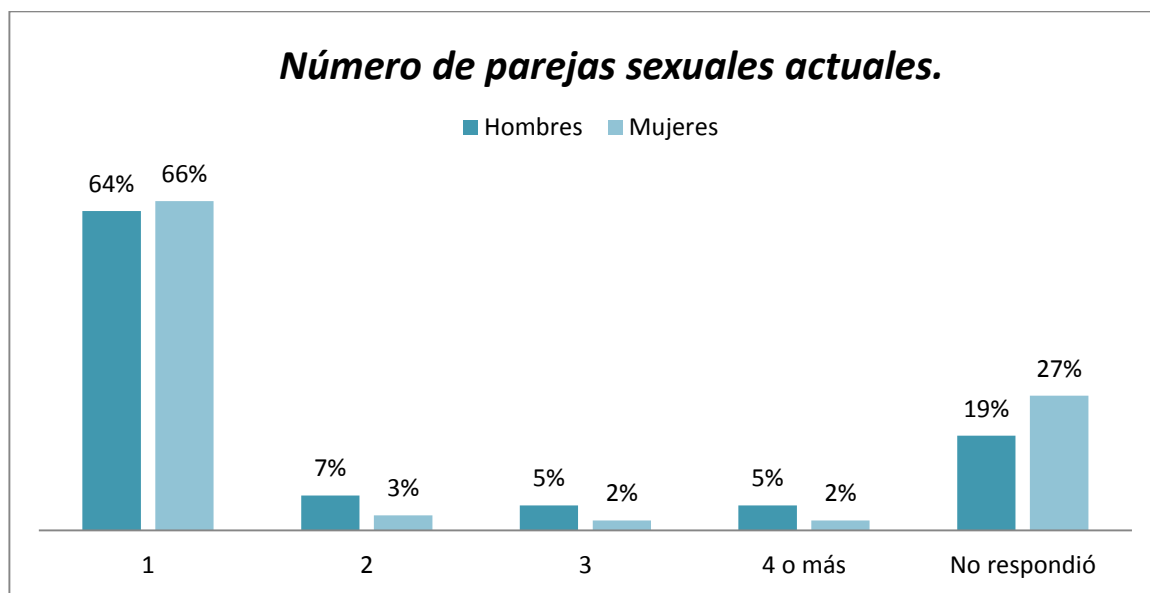
Gráfica 5. Muestra el tipo de coito que tienen los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.

El tipo de coito que más se practica entre los y las estudiantes encuestados es el vaginal, los hombres lo practican un 66% y las mujeres 75%. El segundo tipo de coito más común es el oral, 20% de las mujeres lo realizan y en el caso de los hombres el 24%. Y por último, el menos frecuente es el de tipo oral, con frecuencia de 10% en hombres y 5% en mujeres.

Tabla 6. Número de parejas sexuales

Número de parejas sexuales actuales	Hombres (%)	Mujeres (%)
1	64%	66%
2	7%	3%
3	5%	2%
4 o más	5%	2%
No respondió	19%	27%

Tabla 6. Muestra el número de parejas sexuales que tienen los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.



Gráfica 6. Muestra el número de parejas sexuales que tienen los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.

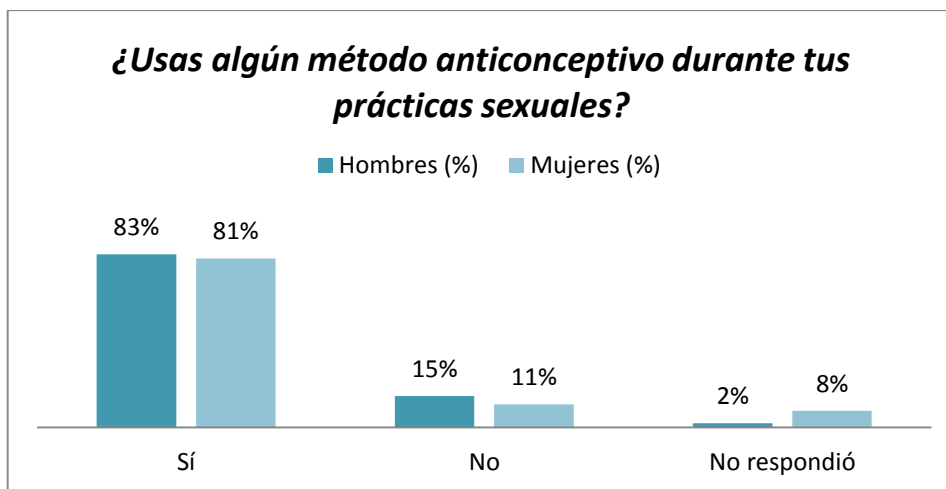
Los estudiantes hombres que tienen sólo 1 pareja son el 64%, los que tienen dos parejas son el 7%, y más de tres parejas el 10%.

En el caso de las mujeres, 66% dice tener sólo 1 pareja, 3% dos parejas, y 4% más de 3 parejas sexuales actualmente.

Tabla 7. Uso de métodos anticonceptivos.

<i>¿Usas algún método anticonceptivo durante tus prácticas sexuales?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sí	83%	81%
No	15%	11%
No respondió	2%	8%

Tabla 7. Muestra el uso de métodos anticonceptivos de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.



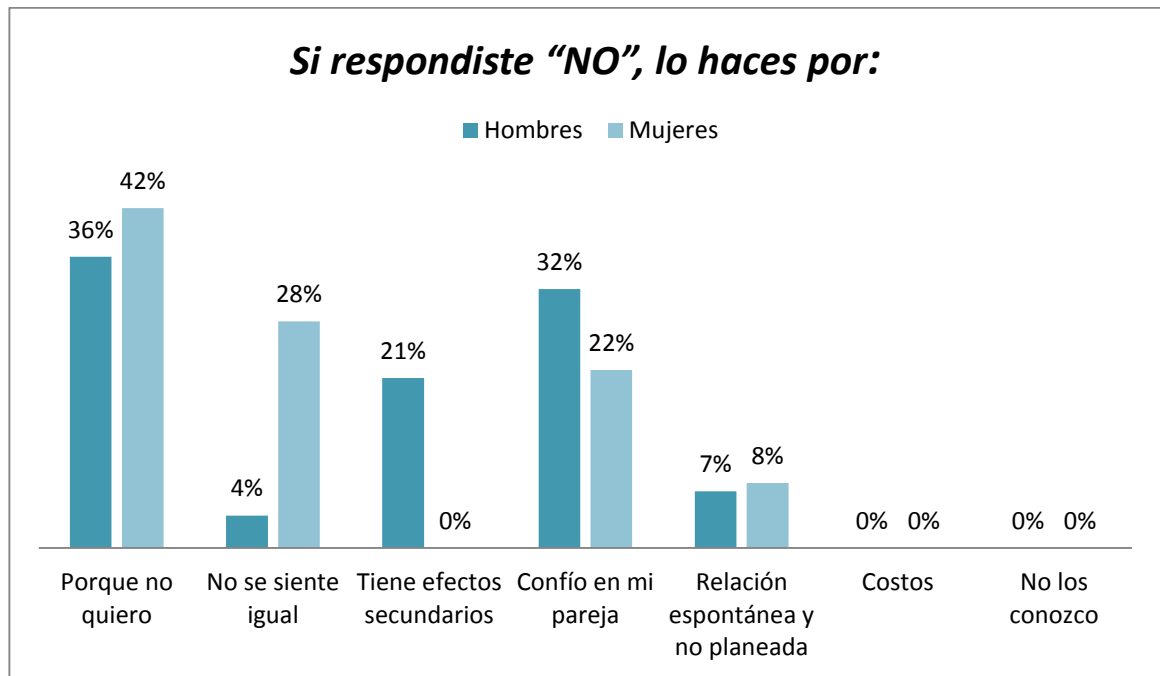
Gráfica 7. Muestra el uso de métodos anticonceptivos de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos durante las prácticas sexuales, 83% de los hombres y 81% de las mujeres dicen usarlos, y el 15% de los hombres y 11% de las mujeres respondió que no los usan.

Tabla 8. Motivos por los cuales los y las estudiantes no usan métodos anticonceptivos

<i>Si respondiste "NO", lo haces por:</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Porque no quiero	36%	42%
No se siente igual	4%	28%
Tiene efectos secundarios	21%	0%
Confío en mi pareja	32%	22%
Relación espontánea y no planeada	7%	8%
Costos	0%	0%
No los conozco	0%	0%

Tabla 8. Muestra los motivos por los cuales los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II no usan métodos anticonceptivos.



Gráfica 8. Muestra los motivos por los cuales los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II no usan métodos anticonceptivos.

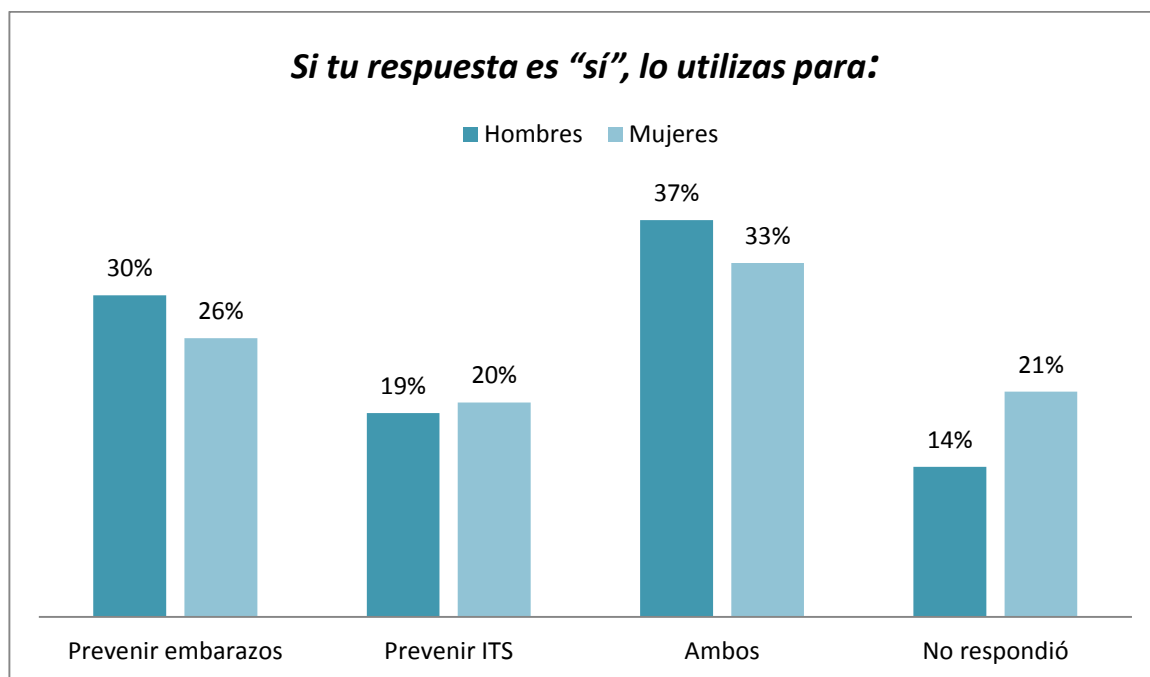
El motivo principal del no uso de métodos anticonceptivos en mujeres es porque no quieren con un 42%, seguido por un 28% que respondió que no se siente igual, 22% dice no usar métodos anticonceptivos porque confían en su pareja. Por último, 8% de ellas no los usa porque tiene relaciones espontáneas y no planeadas.

En el caso de los hombres, 36% no los usa porque no quiere, 32% porque confía en su pareja, 21% porque tiene efectos secundarios, 7% porque tiene relaciones espontáneas y no planeadas y sólo el 4% porque no se siente igual.

Tabla 9. Motivos del uso de métodos anticonceptivos.

<i>Si tu respuesta es "Sí", lo utilizas para:</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Prevenir embarazos	30%	26%
Prevenir ITS	19%	20%
Ambos	37%	33%
No respondió	14%	21%

Tabla 9. Muestra los motivos del uso de métodos anticonceptivos en los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.



Gráfica 9. Muestra los motivos del uso de métodos anticonceptivos en los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013 – II.

El porcentaje de hombres que usa métodos anticonceptivos para prevenir embarazos es del 30%, para prevenir ITS 19% y para ambos el 37%.

33% de las mujeres usa métodos anticonceptivos para prevenir ITS y embarazos, 26% los usa sólo para prevenir embarazos y 20% para prevenir ITS.

Tabla 10. Uso actual de métodos anticonceptivos

<i>¿Cuáles métodos usas con tu(s) pareja(s)?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Condón	57%	58%
Parche anticonceptivo	6%	3%
Salpingoclasia	0%	1%
Pastillas anticonceptivas	15%	16%
DIU	2%	3%
Implante subcutáneo	0%	1%
Vasectomía	4%	3%
Espermicidas	1%	0%
Ritmo	4%	5%
Inyecciones	2%	2%
Abstinencia	1%	2%
Coito interrumpido	7%	6%
No respondió	1%	0%

Tabla 10. Muestra los métodos anticonceptivos que los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II usan con su(s) pareja(s).

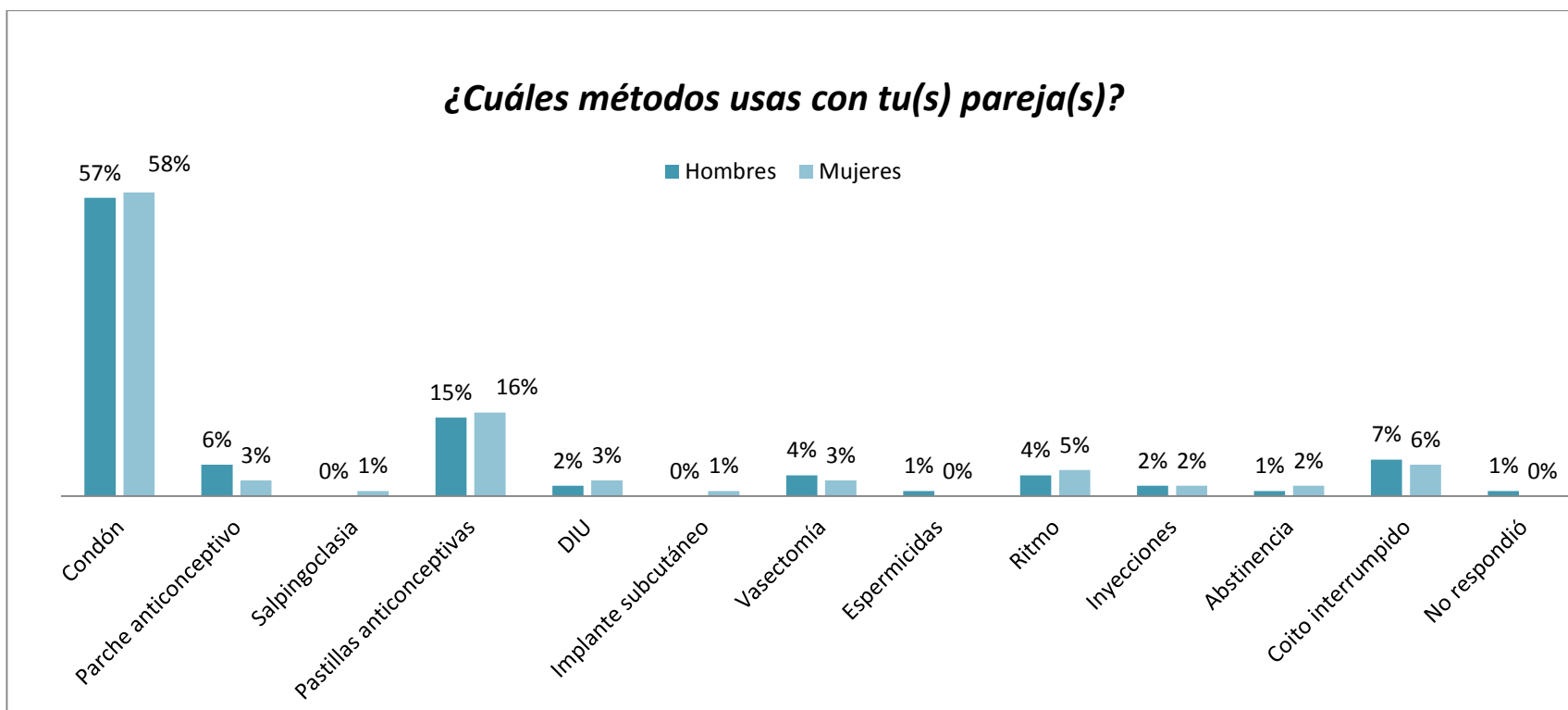


Tabla 10. Muestra los métodos anticonceptivos que los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II usan con su(s) pareja(s).

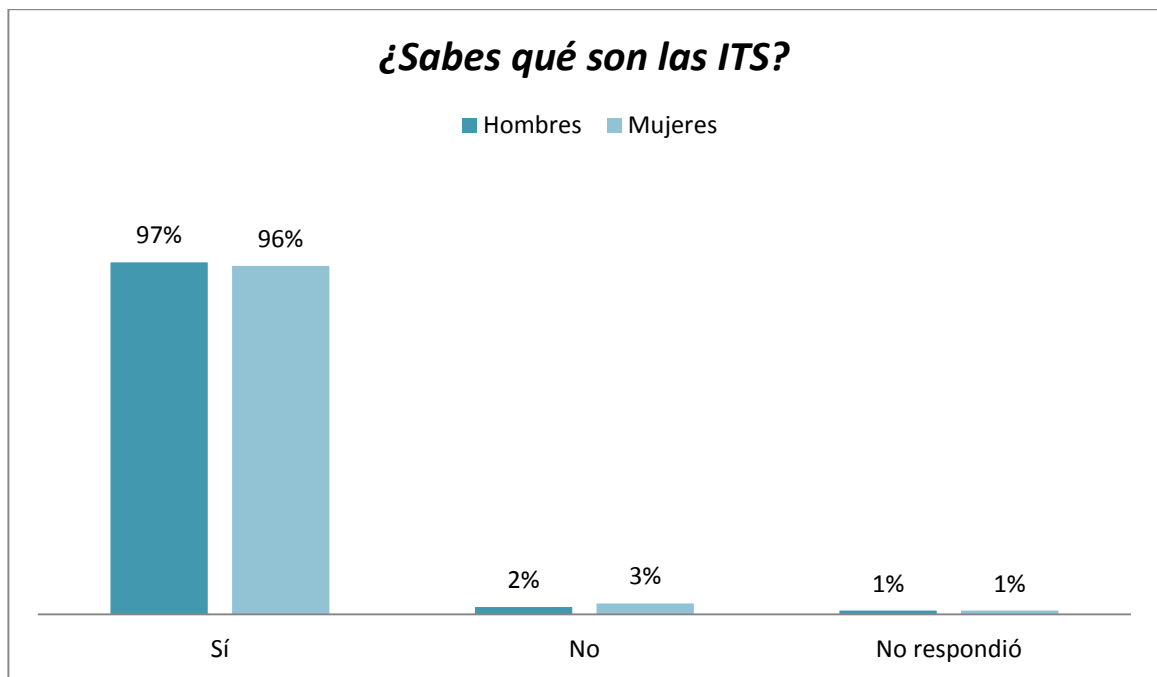
El método anticonceptivo más usado por los y las estudiantes es el condón con un 57%, le sigue las pastillas anticonceptivas con 15% y el coito interrumpido con el 6%.

V.1.3. Infecciones de Transmisión Sexual.

Tabla 11. Conocimiento sobre ITS.

<i>¿Sabes qué son las ITS?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sí	97%	96%
No	2%	3%
No respondió	1%	1%

Tabla 11. Muestra si los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II saben qué son las ITS.



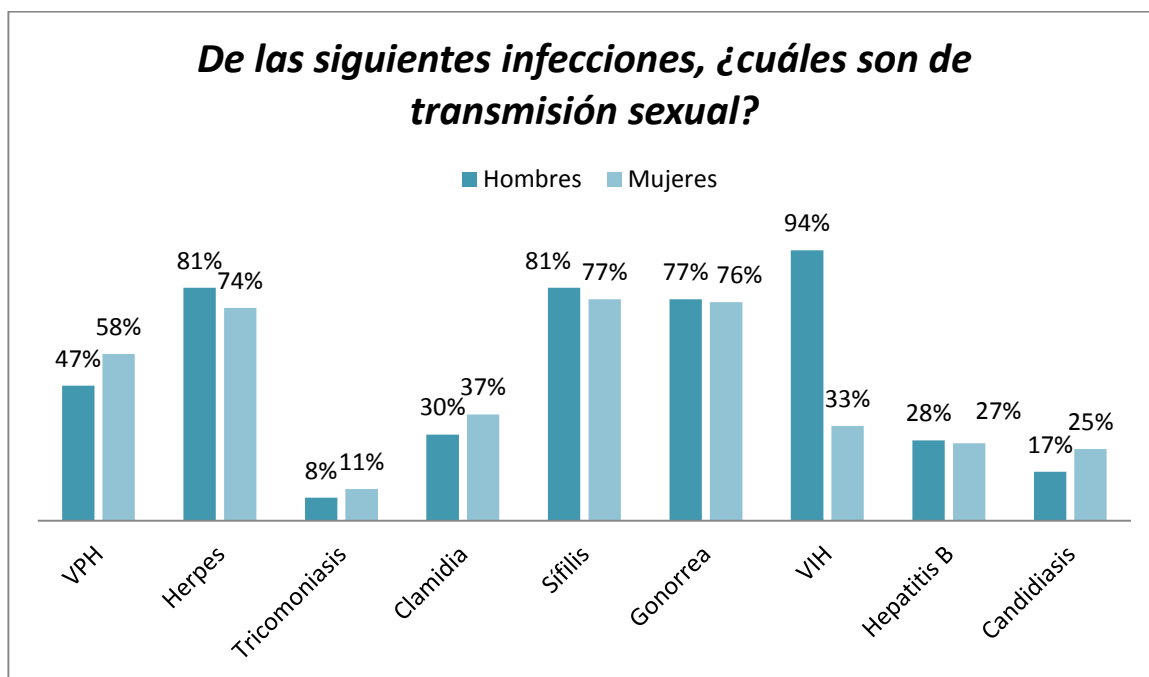
Gráfica 11. Muestra si los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II saben qué son las ITS.

El 96% de los y las estudiantes dice saber qué son las ITS, y sólo el 2% dice no saber qué son.

Tabla 12. Reconocimiento de ITS.

<i>De las siguientes infecciones, ¿cuáles son de transmisión sexual?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
VPH	47%	58%
Herpes	81%	74%
Tricomoniasis	8%	11%
Clamidia	30%	37%
Sífilis	81%	77%
Gonorrea	77%	76%
VIH	94%	33%
Hepatitis B	28%	27%
Candidiasis	17%	25%

Tabla 12. Muestra las infecciones que los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II reconocen como transmisibles por vía sexual.



Gráfica 12. Muestra las infecciones que los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II reconocen como transmisibles por vía sexual.

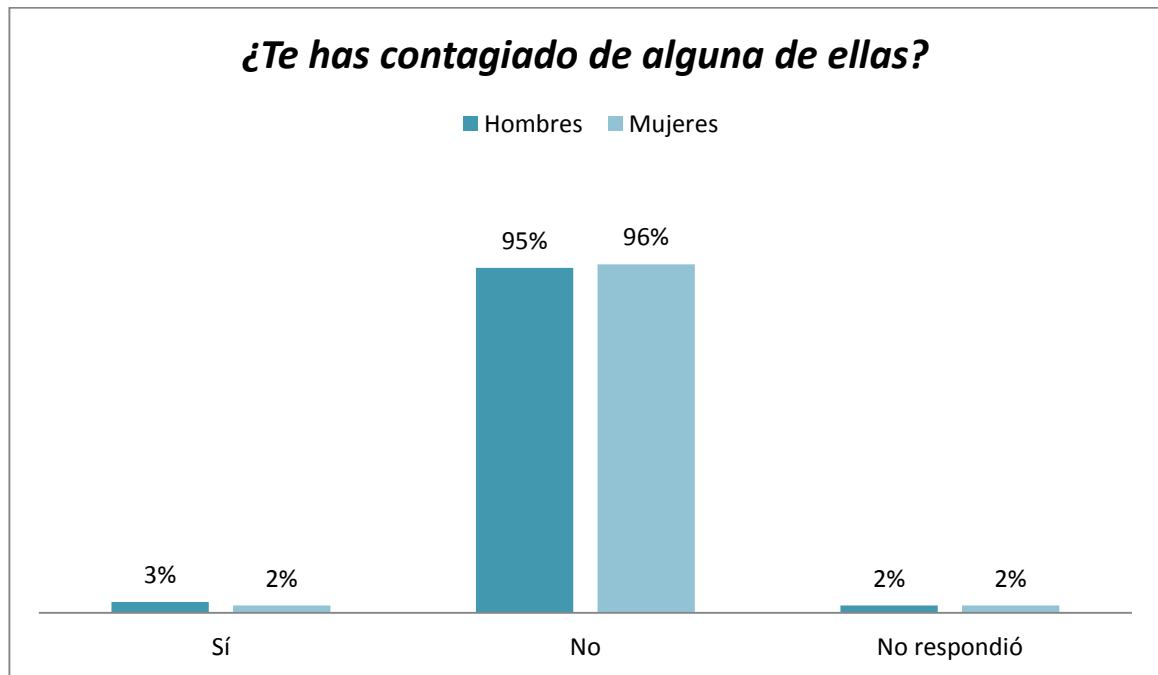
Los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los hombres demuestra las ITS que identifican con mayor facilidad, en orden de frecuencia son: VIH 94%, Sífilis y herpes 81%, gonorrea 77%, VPH 47%. Y en menor proporción clamidia 30%, candidiasis 17% y tricomoniasis 8%.

Por otro lado, las mujeres reconocen como ITS en mayor frecuencia a la sífilis 77%, gonorrea 76%, herpes 74% y VPH 58%. Las ITS que no se identifican con facilidad son: VIH, hepatitis B, clamidia, candidiasis y tricomoniasis con porcentajes inferiores al 30%.

Tabla 13. Contagio de ITS

<i>¿Te has contagiado de alguna de ellas?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sí	3%	2%
No	95%	96%
No respondió	2%	2%

Tabla 13. Muestra el porcentaje de contagio de ITS en los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II.



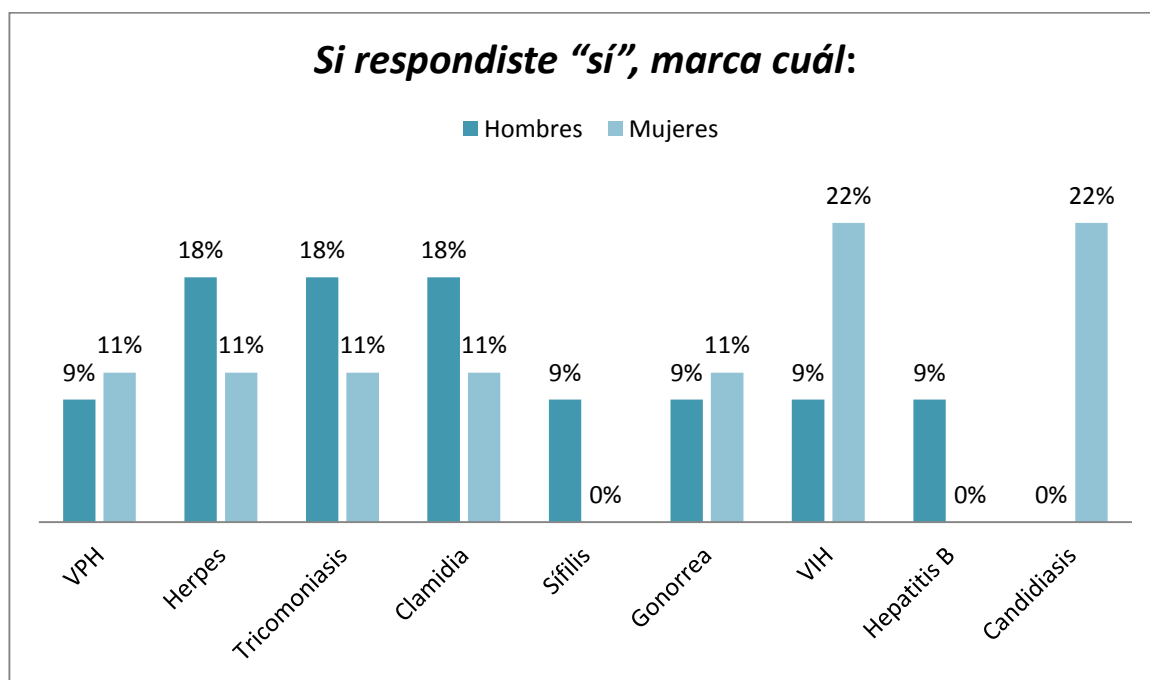
Gráfica 13. Muestra el porcentaje de contagio de ITS en los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II.

El 5% de los y las estudiantes sí se ha contagiado de una ITS, siendo los hombres quienes tienen mayor caso de contagios. Hay que mencionar que en el diagnóstico realizado por Alicia Hernández (2013) el 4% había padecido ITS, en esta investigación ha aumentado 1%.

Tabla 14. Nombre de la ITS en la población contagiada.

<i>Si respondiste "sí", marca cuál:</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
VPH	9%	11%
Herpes	18%	11%
Tricomoniasis	18%	11%
Clamidia	18%	11%
Sífilis	9%	0%
Gonorrea	9%	11%
VIH	9%	22%
Hepatitis B	9%	0%
Candidiasis	0%	22%

Tabla 14. Muestra los nombres de las ITS con las que se han contagiado los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II.



Gráfica 14. Muestra los nombres de las ITS con las que se han contagiado los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II.

De los estudiantes que respondieron haberse contagiado de una ITS, 18 % lo ha hecho de herpes, tricomoniasis y clamidia, todos con el mismo porcentaje. También existen casos de VPH, sífilis, gonorrea, VIH y hepatitis con un 9%, respectivamente.

En el caso de las mujeres infectadas, el mayor porcentaje se encuentra en VIH y candidiasis con 22% para cada una de ellas. También están presentes VPH, herpes, tricomoniasis, clamidia y gonorrea con una prevalencia de 11% en cada una.

Tabla 15. Conocimiento sobre el actual estado de salud sexual.

<i>¿Te has realizado una prueba para la detección de ITS recientemente?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sí	5%	6%
No	32%	68%
No respondió	63%	26%

Tabla 15. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II, que se ha realizado recientemente una prueba para la detección de ITS.

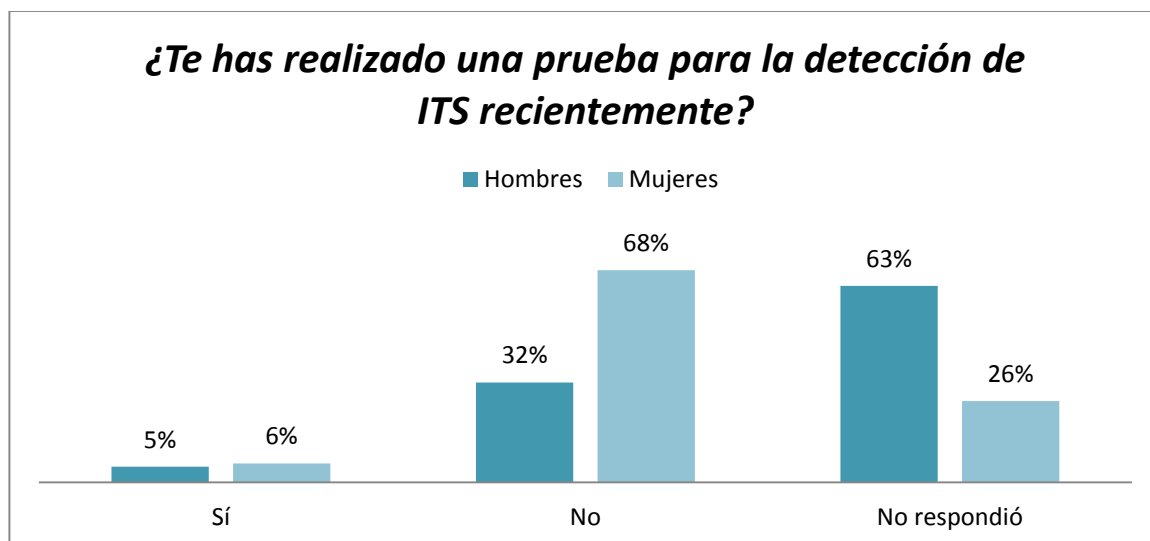


Tabla 15. Muestra el porcentaje de estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II, que se ha realizado recientemente una prueba para la detección de ITS.

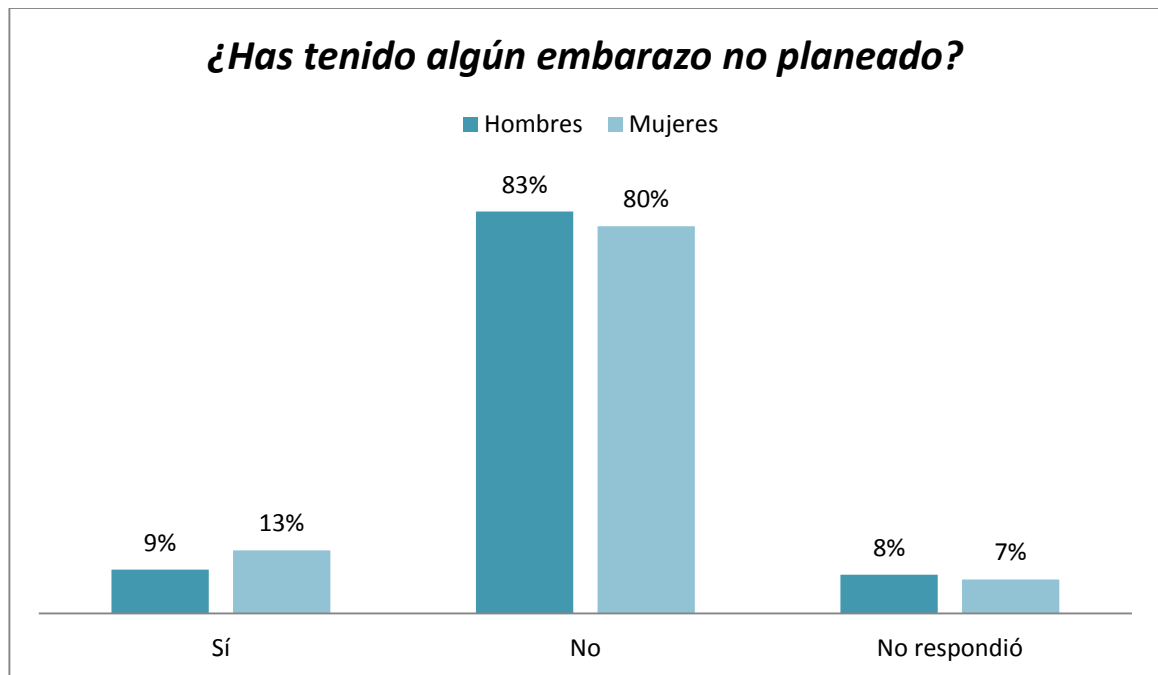
Del total de la población estudiada, sólo el 5% de hombres y 6% de las mujeres se ha realizado pruebas para la detección de ITS, 32% de los hombres y 68% de las mujeres respondió que no se han realizado alguna prueba. En esta pregunta un alto porcentaje de estudiantes decidió no responder.

V.1.4. Embarazo y aborto

Tabla 16. Embarazo no planeado

<i>¿Has tenido algún embarazo no planeado?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sí	9%	13%
No	83%	80%
No respondió	8%	7%

Tabla 16. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II que han tenido algún embarazo no planeado.



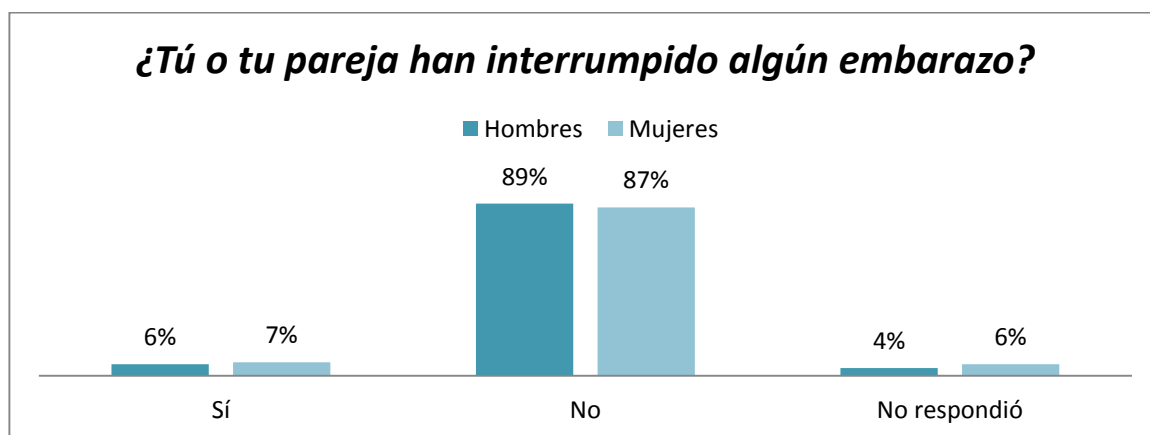
Gráfica 16. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II que han tenido algún embarazo no planeado.

El total de la población estudiantil que ha tenido un embarazo no planeado es del 22%, presentándose con mayor frecuencia en las mujeres.

Tabla 17. Interrupción del embarazo

<i>¿Tú o tu pareja han interrumpido algún embarazo?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sí	6%	7%
No	89%	87%
No respondió	4%	6%

Tabla 17. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II que han interrumpido algún embarazo.



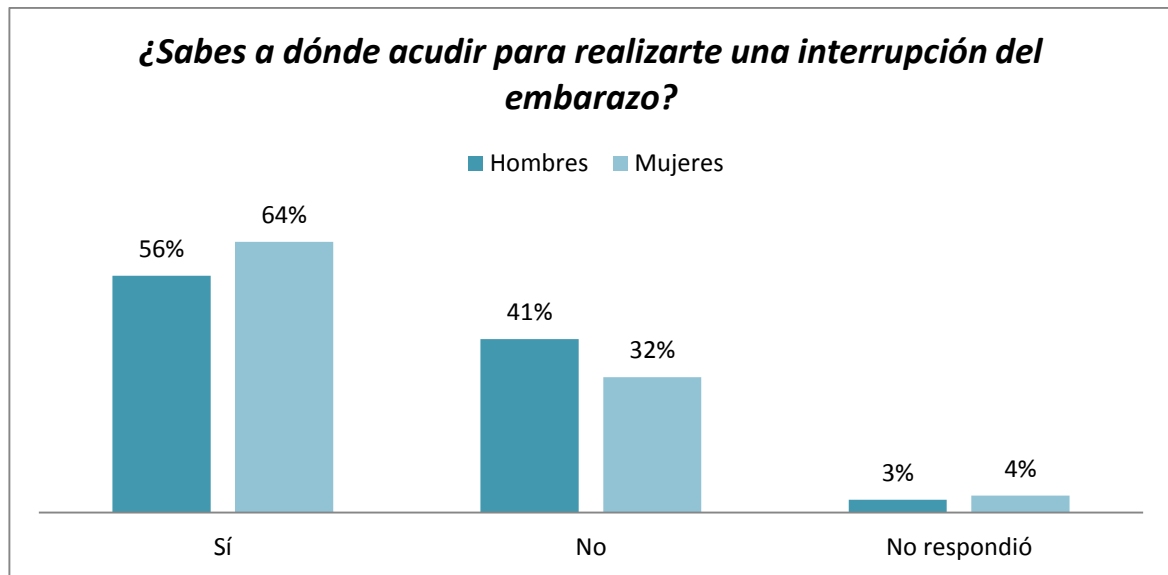
Gráfica 17. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II que han interrumpido algún embarazo.

El dato que se presenta en esta tabla fue analizado realizando un cruce de datos con la pregunta planteada en la tabla 16. Los datos que aparecen en la tabla 17 muestran la cantidad de estudiantes que han tenido embarazos no planeados y los han interrumpido.

Tabla 18. Conocimiento sobre las instituciones donde se practica la interrupción del embarazo.

¿Sabes a dónde acudir para realizarte una interrupción del embarazo?	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sí	56%	64%
No	41%	32%
No respondió	3%	4%

Tabla 18. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II que saben a dónde acudir para interrumpir un embarazo.



Gráfica 18. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II que saben a dónde acudir para interrumpir un embarazo.

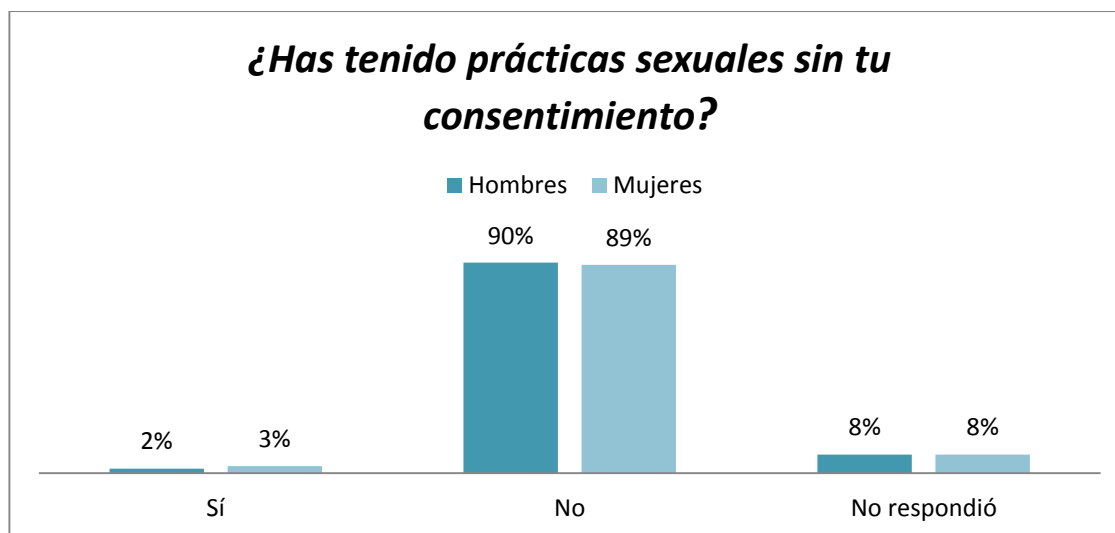
Sólo el 60% sabe a dónde acudir para realizar una interrupción, lo cual significa que casi la mitad de la población estudiantil no sabe a dónde acudir en caso de querer interrumpir un embarazo a pesar de que los y las estudiantes viven en el Distrito Federal, el cual es una de las entidades federativas donde a partir de abril de 2007, la interrupción del embarazo es legal.

V.1.5. Riesgos sexuales

Tabla 19. Prácticas sexuales sin consentimiento.

<i>¿Has tenido prácticas sexuales sin tu consentimiento?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sí	2%	3%
No	90%	89%
No respondió	8%	8%

Tabla 19. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II que han tenido prácticas sexuales sin su consentimiento.



Gráfica 19. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II que han tenido prácticas sexuales sin su consentimiento.

La mayor parte de los y las estudiantes no ha tenido prácticas sexuales sin su consentimiento, sólo un pequeño porcentaje, 2% hombres y 3% mujeres ha experimentado esta situación.

Tabla 20. Consumo de alcohol durante las prácticas sexuales.

<i>Cuando tienes prácticas sexuales ¿consumes alcohol?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Nunca	37%	52%
A veces	55%	35%
Siempre	6%	9%
No respondió	2%	4%

Tabla 20. Muestra la frecuencia con la que los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II consumen alcohol durante sus prácticas sexuales.



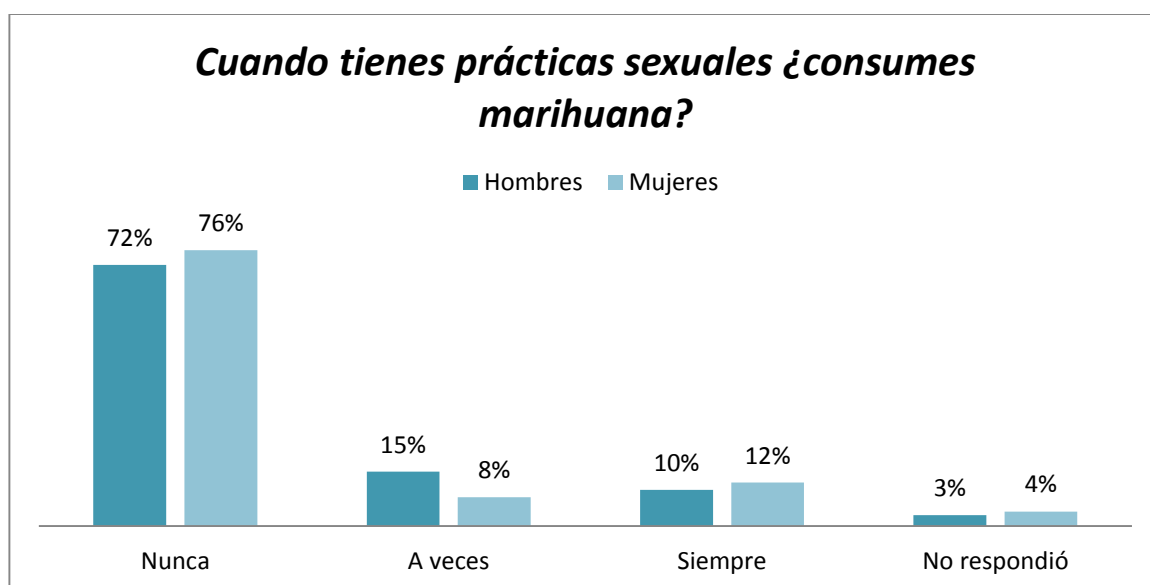
Gráfica 20. Muestra la frecuencia con la que los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II consumen alcohol durante sus prácticas sexuales.

La frecuencia con la que los hombres consumen alcohol es: 55% lo hace a veces, 37% nunca y 6% siempre. En el caso de las mujeres, 52% nunca lo consume, 35% a veces y 9% lo hace siempre.

Tabla 21. Consumo de marihuana durante las prácticas sexuales.

<i>Cuando tienes prácticas sexuales ¿consumes marihuana?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Nunca	72%	76%
A veces	15%	8%
Siempre	10%	12%
No respondió	3%	4%

Tabla 21. Muestra la frecuencia con la que los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II consumen marihuana durante sus prácticas sexuales.



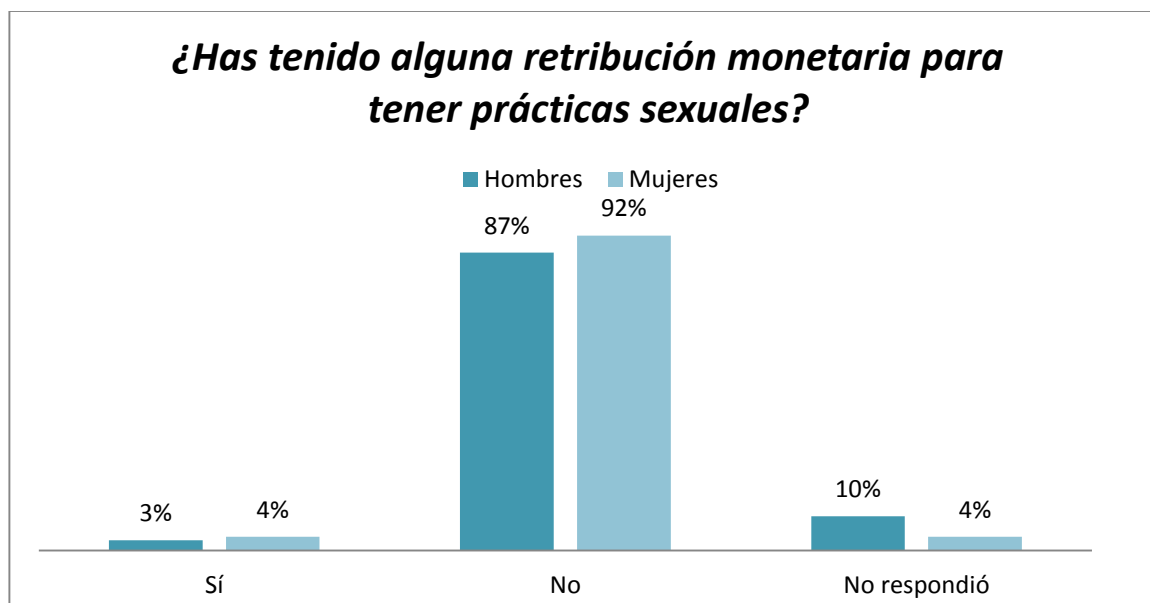
Gráfica 21. Muestra la frecuencia con la que los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II consumen marihuana durante sus prácticas sexuales.

El consumo de marihuana durante las prácticas sexuales en las mujeres es: 76% nunca la consume, 12% lo hace siempre y 8% a veces. 72% de los hombres nunca la consumen, 15% lo hace a veces y 10% siempre.

Tabla 22. Retribuciones económicas para tener prácticas sexuales.

<i>¿Has tenido alguna retribución monetaria para tener prácticas sexuales?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sí	3%	4%
No	87%	92%
No respondió	10%	4%

Tabla 22. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II que han tenido retribuciones monetarias para tener prácticas sexuales.



Gráfica 22. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II que han tenido retribuciones monetarias para tener prácticas sexuales

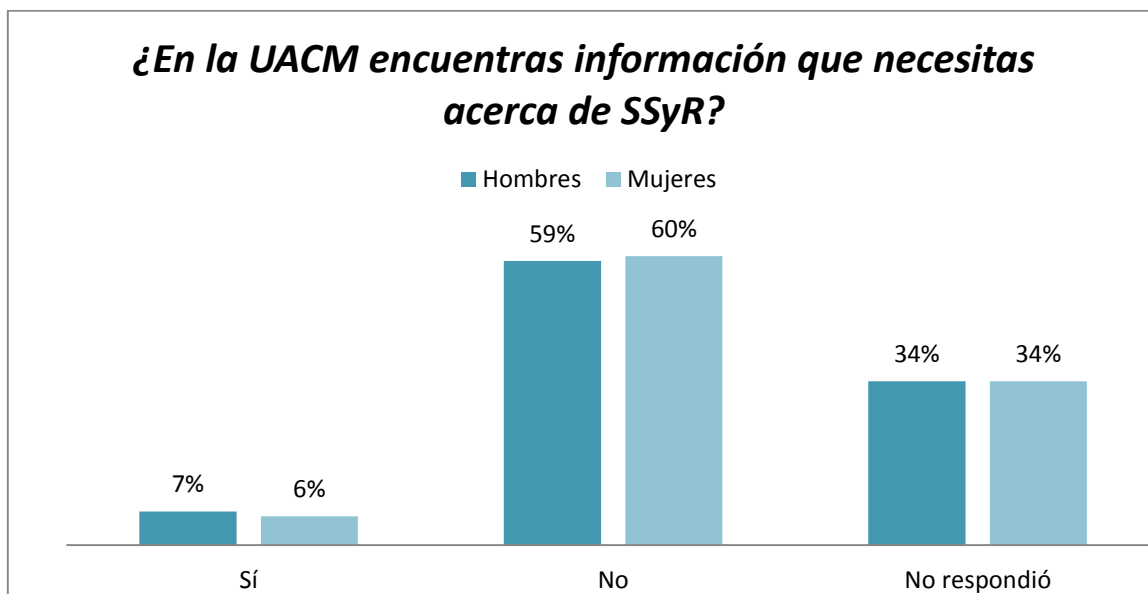
Los resultados obtenidos en esta pregunta nos muestran que el 3% de los hombres y 4% de las mujeres ha tenido alguna retribución monetaria para tener prácticas sexuales.

V.1.6. Disponibilidad de información sobre SSyR en la UACM

Tabla 23. Información sobre SSyR en la UACM

<i>¿En la UACM encuentras la información que necesitas acerca de SSyR?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sí	7%	6%
No	59%	60%
No respondió	34%	34%

Tabla 23. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II que encuentran información sobre SSyR en la Universidad.



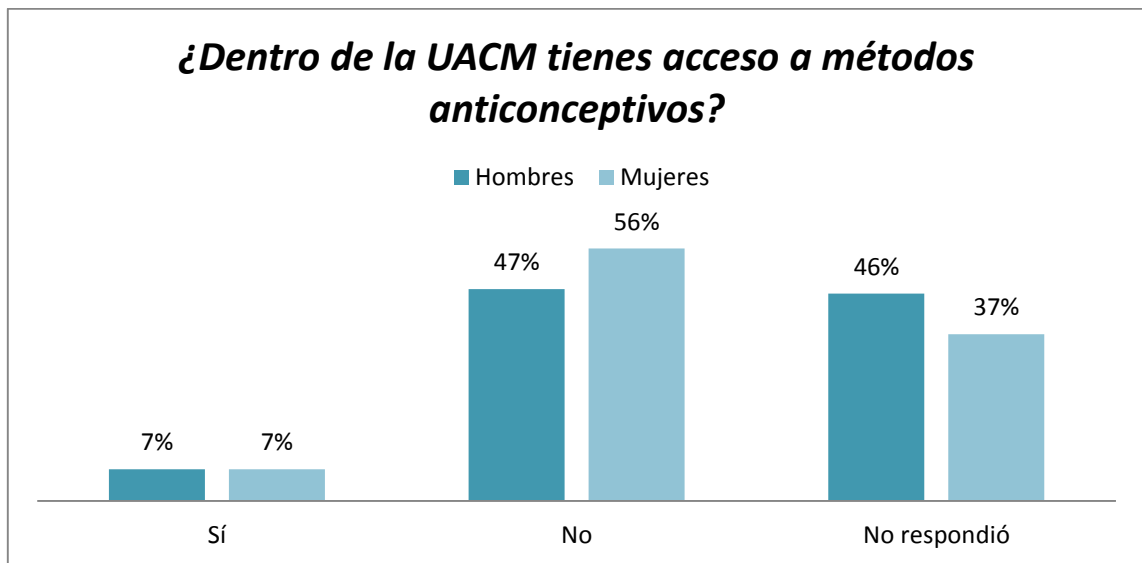
Gráfica 23. Muestra el porcentaje de los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II que encuentran información sobre SSyR en la Universidad.

En cuanto a la población encuestada que encuentra información dentro del Plantel sobre SSyR encontramos que el 59% de los hombres y 60% de las mujeres dice no encontrarla, y sólo el 7% de los hombres y 6% de las mujeres la ubica.

Tabla 24. Acceso a métodos anticonceptivos en la UACM.

<i>¿Dentro de la UACM tienes acceso a métodos anticonceptivos?</i>	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sí	7%	7%
No	47%	56%
No respondió	46%	37%

Tabla 24. Muestra el acceso a métodos anticonceptivos dentro de la Universidad que tienen los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II.



Gráfica 24. Muestra el acceso a métodos anticonceptivos dentro de la Universidad que tienen los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II.

Un pequeño porcentaje de estudiantes dice tener acceso a métodos anticonceptivos dentro de la universidad, 7% de hombres y mujeres. Por otra parte, 47% de hombres y 56% de mujeres dicen no tener acceso.

Tabla 25. Tipo de métodos a los que se tiene acceso en la UACM.

<i>¿A cuáles?</i>	Hombres	Mujeres	Total
	(%)	(%)	(%)
Condón	26%	32%	29%

Tabla 25. Muestra el tipo de métodos anticonceptivos a los que tienen acceso los y las estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, encuestados en el semestre 2013-II.

En esta tabla se muestra que los y las estudiantes que dicen tener acceso a métodos anticonceptivos dentro de la universidad, se refieren en su totalidad al condón.

V.2. Análisis de resultados y discusión.

Los y las estudiantes encuestados del Plantel San Lorenzo Tezonco son en su mayoría una población joven. Las personas menores de 25 años de edad constituyen el 43% de la población mundial (Saeteros, Pérez y Sanabria, 2013). De acuerdo con García y Gática (2007), en materia de SSyR, los jóvenes han sido calificados como seres con inmadurez biológica e inestabilidad psicológica, como sujetos inmaduros, sin deseos propios, que no saben lo que quieren, propensos a crisis e incapaces de ejercer una sexualidad responsable. Sólo se vuelven visibles cuando se les nombra como problema social. En general, se ha construido una definición universal y ahistórica de los jóvenes, clasificándolos como si fueran todos iguales; sin embargo, la juventud no constituye una categoría homogénea, en la actualidad no siguen los mismos patrones de vida y ni las mismas costumbres que se tenían anteriormente.

Actualmente, ser joven tiene implicaciones de orden social que pueden hacerlos vulnerables a ciertos factores de riesgo. De acuerdo con la UNESCO (2014), los jóvenes tienen una mayor actividad sexual; el sexo casual aumenta debido a que se dan la oportunidad de experimentar más en el plano sexual, están más disponibles, tienen más oportunidades de salir, divertirse, conocer a una mayor cantidad de personas, y así, probar diversas experiencias sexuales que les puedan producir satisfacción y placer. El problema se presenta cuando el ejercicio de su vida sexual se realiza sin las condiciones adecuadas, donde la falta de conocimiento genera que tengan relaciones desprotegidas, sin el uso de métodos anticonceptivos o sin probabilidades de negociar el uso de los mismos con sus parejas. Esto provoca que sus derechos sexuales y reproductivos sean vulnerados, además de perder oportunidades para maximizar el desarrollo y el éxito personal, profesional y económico futuros. El impacto social se traduce en abandono escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación

de pareja e ingresos inferiores, lo que contribuye a perpetuar el ciclo de pobreza.

Por otra parte, los resultados muestran que la mayoría de esa población es soltera. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud del año 2000, la gran mayoría de las y los jóvenes que se encuentran en situación de soltería, cerca de 52% sostiene una vida sexual activa, 48% no utiliza métodos anticonceptivos y 6% se asumen madres y padres sin acceder al matrimonio o unión, lo cual, aunado al hecho de que este grupo se encuentra excluido de las campañas nacionales de planificación familiar, permite catalogarlo como un específico grupo de riesgo (Tuñón y Nazar, 2004).

En este aspecto demográfico también se genera una idea estereotipada, se percibe a los solteros como inmaduros, socialmente egoístas, poco atractivos o no atractivos, asociales, desagradables y frecuentemente, con baja autoestima.

La soltería ha jugado un papel importante dentro de la sexualidad, al posponerse el matrimonio, se ejerce la vida sexual de manera más común y variada. La frecuencia de encuentros sexuales es mayor que en otros estados civiles, así como la cantidad de parejas sexuales (García, García y Guzmán, 2012). Esto implica que los jóvenes solteros tengan mayores probabilidades de tener problemas que afecten su salud sexual si es que no la ejercen de manera responsable, informada y consiente.

También se encontró que en promedio el 67% de la población universitaria tiene vida sexual activa. Existe relación con lo encontrado por Robles, Piña y Moreno (2006), donde el 71% de sus encuestadas eran sexualmente activas. Este dato respalda las aseveraciones realizadas en párrafos anteriores, la juventud y la soltería tienen como característica la apertura a la actividad sexual. Es importante incidir en ésta etapa porque es cuando se consolidan las actitudes, los valores y las creencias que van a influir en la adopción de conductas saludables o de riesgo.

Un dato importante del diagnóstico es el porcentaje de estudiantes homosexuales y bisexuales que conforman la población estudiantil de la UACM, en el caso de los hombres es el 17% y en el de las mujeres 14%. Los gays y las lesbianas representan un sector de nuestra sociedad que es rechazado y enfrenta sanciones morales, religiosas y, en muchos casos legales, por tener preferencias diferentes a la mayoría. Actualmente, muchas personas están generando actitudes liberales hacia los roles sexuales, y ofrecen una mayor aceptación a la diversidad (Toro y Varas, 2004). Esto nos habla de un avance en materia de una apertura a la diversidad de identidad de género, y a la cada vez mayor aceptación y respeto a la variedad de preferencias sexuales.

Por otro lado, el indicador relacionado al número de parejas sexuales muestra que la población estudiantil en su mayoría es monógama. De acuerdo con Parrini y Hernández (2008), el valor de la fidelidad en la sociedad puede generar una limitación relevante en la medida en que la negociación del sexo protegido podría implicar el reconocimiento de una vida sexual fuera de la relación, una infidelidad. Esto genera que los jóvenes no exijan el uso del condón en todas sus relaciones sexuales, para no producir sospechas, lo cual puede llegar a generar el contagio de ITS o embarazos no planificados.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, tenemos que 83% de los hombres y el 81% de las mujeres usan algún método anticonceptivo, el método que se usa con mayor frecuencia es el condón con un 57%. Es importante hacer la observación de que la mitad de la población está en riesgo de contraer una ITS, ya que el condón es el único método de protección existente para evitarlas, los demás métodos se enfocan únicamente a evitar un embarazo.

Por otra parte, 15% de la población encuestada no usa ningún método anticonceptivo durante sus prácticas sexuales, los motivos para no usarlos,

en orden de frecuencia, son: porque no quieren, porque confían en su pareja y porque no se siente igual; el porcentaje es menor comparado con los resultados obtenidos por otros autores, esta diferencia se puede deber a la presión que llegan a sentir los encuestados por responder y tienden a mentir para evitar juicios hacia su persona y sus comportamientos. En los resultados de Robles y col. (2006), el 45.4% no utilizó condón en su última relación sexual y el 40% del total de las encuestadas cree que el condón disminuye la satisfacción sexual. En el estudio de Sánchez y Solís (2008) más del 30% no emplea siempre el condón y el mismo porcentaje considera que, conociendo bien a la persona, se previenen las ITS, además que en el mismo estudio el 18% emplea la píldora anticonceptiva de emergencia como un método regular, un 14% recurre al método del ritmo y otro tanto al coito interrumpido. Comparando los resultados obtenidos en esta investigación con los del diagnóstico realizado por la profesora Alicia Hernández. (2013), encontramos similitud en el sentido de que el condón reduce el goce sexual, en el porcentaje de estudiantes que usa métodos anticonceptivos, y en el método anticonceptivo que se usa con mayor frecuencia.

En este indicador también es importante mencionar que sólo el 39% de los y las estudiantes usa métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados e ITS. Resultados semejantes obtuvieron Padilla y Díaz (2011), donde el 33.7% de los y las estudiantes nunca usa condón, 16.8% lo usaba algunas veces, 5.8% casi nunca lo usaba y sólo el 10.6% reportó usar el condón en general. En el estudio de Cabrera (2013) alrededor del 50% plantea que usa siempre condón, 38% a veces y 12% nunca lo usan.

En las prácticas tradicionales los hombres no usan el condón de forma sistemática, entre las razones está el valor de lo masculino, asociado al valor de asumir riesgos y no desperdiciar oportunidades en materia sexual. Los hombres tienen una percepción del peligro situada en otros y no en sus propias conductas, además, hacen separación entre los tipos de mujeres:

formal/ocasional, conocida/desconocida, lo cual distorsiona su percepción del peligro. Las parejas formales y/o conocidas estaban asociadas a la limpieza, la no promiscuidad y la salud. Otra de las razones del no uso de condón es la vinculación que tienen del placer con lo natural, es decir, con la espontaneidad y la falta de planeación (Arias y Rodríguez, 1998; citados por Parrini y Hernández, 2008).

Hay que resaltar que en el presente estudio son las mujeres quienes usan métodos anticonceptivos con menos frecuencia que los hombres. Otro dato destacable es que ningún participante respondió que no usa métodos anticonceptivos por desconocimiento o por los costos.

En cuanto a las ITS, se puede observar que la información que tienen sobre el tema es limitada y parcializada, los jóvenes solo reconocen las infecciones a las que más publicidad se ha hecho, de las que más se habla en los medios de comunicación, –VPH, sífilis, gonorrea-, pero hay otras que también ponen en riesgo su salud y que no conocen, no las ubican. También hay que mencionar que son los hombres quienes las identifican con mayor facilidad en comparación con las mujeres. Los resultados en esta investigación son semejantes a los que obtuvo Cabrera (2013), en los que el nivel de conocimiento fue insuficiente, con menos del 60% de respuestas correctas, y sólo el 60% conocía las vías de transmisión del VIH/SIDA. De igual forma, hay que mencionar un dato importante, el incremento del 1% en ITS comparado con los resultados encontrados en el estudio de la profesora Alicia Hernández (2013), a pesar del corto tiempo de distancia entre cada estudio (un semestre).

Siguiendo con los datos obtenidos en materia de ITS tenemos que 95% de los y las estudiantes respondió que no se ha contagiado de alguna ITS, pero si hacemos un cruce de datos con otras de las preguntas relacionadas al tema surgen algunas dudas, ¿cómo saben si están contagiados de alguna de ellas, si el 95% no las identifica?, además, hay que tomar en cuenta que muchas de las ITS son asintomáticas, entonces; ¿cómo saber si en este

momento tienen una ITS, si sólo el 5% se ha realizado una prueba para su detección recientemente?.

Esta situación puede ser generada porque no se cuenta con el acceso a las pruebas, por temor, por desconocimiento, o porque las infecciones se ven como casos aislados y lejanos. En algunas ocasiones se realizan pruebas para la detección de VIH en la feria de Promoción de la Salud que se lleva a cabo en la UACM, pero vemos que no es suficiente, ya que se realiza una vez al año y dura sólo un día. Muchas de las ITS suelen ser asintomáticas al inicio del contagio, por lo que es muy recomendable que si se tienen relaciones sexuales de riesgo, es decir sin usar condón, se deben realizar pruebas para la detección de éstas periódicamente. El Centro para la Prevención y Control de las Enfermedades de los Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) recomienda que la detección del VIH sea parte de la atención clínica de rutina para todos los pacientes entre los 13 y los 64 años de edad. Instituciones mexicanas como: la Cruz Roja Mexicana y el Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida coinciden con el CDC, en que hay que realizarse por lo menos una prueba anualmente, en caso de riesgo, es decir, cuando se comparten jeringas o se tienen relaciones sexuales sin el uso del condón, aconsejan realizar las pruebas cada 3 o 6 meses.

Con estos datos, también se puede inferir que las pruebas para la detección de ITS no son preventivas, sino diagnósticas. Es decir, que los y las estudiantes se realizan pruebas porque ya tienen una serie de signos - síntomas que les alarman y se realizan la prueba para saber qué patología tienen, no por una cultura de cuidado y prevención.

Muchos hombres y mujeres niegan estar infectados debido a la estigmatización social que se produce al hacer pública su situación de salud sexual, muchas persona ocultan su estado de salud para evitar su muerte social y sexual, lo cual aumenta las probabilidades de transmisión porque no siempre usan condón para evitar sospechas sobre su estado. El ocultamiento

propicia el incremento de la infección. Las ITS presentan una estrecha relación con los estilos de vida; la escasez económica, la baja escolaridad, los trabajos mal remunerados, el inicio temprano de actividades laborales, la ausencia de hábitos de protección de la salud e información insuficiente sobre VIH/sida; junto al gusto por la diversión y el sexo acompañado de alcohol y sin protección, son determinantes en la adquisición de ITS (Lara y Mateos, 2006; citados por Parrini y Hernández, 2008).

También hay que destacar que las percepciones de riesgo frente a las ITS se construyen de manera diferente para hombres y mujeres, los primeros se relacionan con el riesgo de la vida laboral y pública (violencia, demostraciones de hombría, consumo de alcohol), mientras que en las mujeres se vinculan al ámbito doméstico y de sumisión. En este sentido, aunque las mujeres conozcan el riesgo de adquisición de ITS derivado de la no utilización del condón, a menudo prefieren asumir las consecuencias antes que provocar dudas sobre su virginidad al hombre exigiendo el uso del preservativo (Castañeda et al., 1997; citados por Parrini y Hernández, 2008).

En cuanto al embarazo no deseado, el porcentaje de estudiantes que los ha presentado es pequeño, el dato realmente importante es que casi la mitad de los encuestados no saben a dónde acudir a interrumpir un embarazo, a pesar de que, como se ha mencionado a lo largo de la investigación, el D.F. es una entidad donde se realiza de forma legal. Esto demuestra que hay factores que inciden en la estigmatización o falta de interés por el tema. En el cual las normas de género juegan un papel central, ya que establecen el momento y la forma deseable y adecuada en que las mujeres deben convertirse en madres como condición de cumplir con su mandato social básico y fundamental (Tuñón y Nazar, 2004). Este dato es importante porque demuestra que a pesar de que el derecho a la libre decisión de las mujeres sobre su cuerpo y sobre la maternidad ha sido incluido como política pública, la interrupción del embarazo sigue teniendo una gran oposición social. El

aborto se sigue identificando con el asesinato y se presta a interpretaciones opuestas a la sexualidad femenina entendida como posibilidad de placer.

Pasando al siguiente indicador, los trastornos más prevalentes en la categoría de abuso y dependencia de sustancias son los relacionados con el alcohol. La dependencia al alcohol, es una enfermedad crónica que se caracteriza por el consumo compulsivo de bebidas alcohólicas que la persona no puede controlar (Grant et al., 2004). Esta enfermedad está asociada al sexo casual, a los ataques sexuales a las mujeres y vulnera el ejercicio sano de la vida sexual (Samhsa, 2007). Los resultados de este estudio muestran que el 52% de la población estudiada lo consume durante sus prácticas sexuales; además, 22% también consume marihuana.

El consumo de sustancias que afectan el estado de alerta de los y las estudiantes, es un factor de riesgo que existe al momento de tener prácticas sexuales, porque puede disminuir la capacidad para la toma de decisiones, la conciencia y podría provocar en algunos casos violencia o abuso sexual.

Los riesgos sexuales en ocasiones pueden ser provocados por la ingesta de sustancias que alteran el estado de conciencia de las personas, los resultados que se obtuvieron en esta variable son los siguientes: el 2% de la población ha tenido prácticas sexuales sin su consentimiento; un alto porcentaje de los y las estudiantes, 52%, consume alcohol durante sus prácticas sexuales; y el 22% consume marihuana durante sus prácticas sexuales.

Tener prácticas sexuales bajo los efectos de la marihuana y/o bebidas alcohólicas implica que los jóvenes puedan tener comportamientos sexuales peligrosos, en primera instancia su consumo puede aumentar el riesgo de sufrir agresiones sexuales o violaciones, pero también puede ser incitador de quien genera la violencia, ya que estas sustancias perjudican áreas del

cerebro que tienen que ver con las habilidades de atención, concentración y excitación (OMS, 2012).

El alcohol supone para muchos jóvenes la ayuda para acercarse e interactuar con posibles parejas sexuales. Del mismo modo que la marihuana, el alcohol posee propiedades de desinhibición y amnésicas que potencian la probabilidad de realizar conductas sexuales de riesgo (Traee y Kvaem, 1996; citado por Antón 2009). Los datos obtenidos en ésta investigación son semejantes a los obtenidos en el Diagnóstico de 2013 realizado por Alicia Hernández, donde encontró que el 69% de los estudiantes son adictos al alcohol y 19% son adictos a la marihuana.

La violencia sexual es esencialmente una cuestión de género. Los hombres, tradicionalmente son contruidos como seres violentos. Llegan a serlo mediante la apelación a su supuesta naturaleza, pero también a través de la identificación, el aprendizaje y el seguimiento de patrones violentos. No obstante, si bien la dominación patriarcal se ejercía sobre hombres y mujeres, ésta era, por su frecuencia e intensidad mayor contra los grupos subordinados, en particular contra las mujeres. Algunos significados aluden a la víctima como propiciadora de violencia. Por otra parte, las condiciones reales o simbólicas de debilidad, inferioridad, dependencia, obediencia, ignorancia e inconsciencia, son contempladas socialmente como parte de la naturaleza femenina y en gran medida son asumidas por las mujeres, lo que las convierte en un blanco de violencia sexual (Villaseñor y Castañeda (2003); citado por Parrini y Hernández, 2008).

En el instrumento se cuestiona la retribución monetaria para tener prácticas sexuales, donde el 3% respondió positivamente. Este dato nos permite reconocer que la actividad sexual no siempre es por placer, sino que también puede ser por alguna necesidad de dinero o en especie. Théodore et al., 2004 (citado por Parrini y Hernández, 2008) estudia las prácticas de intercambio de favores sexuales por beneficios sociales o materiales. Como

argumento sostiene que este tipo de sexo acentúa la dificultad para negociar sexo protegido, de modo que en estos casos la exposición a ITS aumenta. Las formas de vulnerabilidad pueden ser por diferencias de ingreso, de género, de poder o de edad. El noviazgo es el marco principal dentro del cual los jóvenes pueden tener sexo recompensado sin convertirse en objetos de rechazo social y estigmatización. Entre los factores explicativos aparece la construcción social de las relaciones entre hombres y mujeres dentro del noviazgo, donde se asigna a la mujer un papel de sumisión que hace imposible cuestionar la salud o conducta sexual de su pareja masculina. Podemos decir que el sexo recompensado es una práctica riesgosa porque dificulta la negociación del sexo protegido.

Los resultados del último apartado del instrumento, muestran que un elevado porcentaje de estudiantes, 59%, no cuenta con la información necesaria sobre salud sexual y reproductiva dentro de la universidad. Ni tampoco cuentan con el acceso a métodos anticonceptivos dentro de la institución, esto complica que se generen cambios de conducta, ya que no se les están brindando las herramientas necesarias para generar los cambios que se esperan.

Además de los escasos o nulos espacios con los que cuentan los universitarios para acceder a información científica sobre SSyR, y a métodos anticonceptivos dentro de la universidad, los resultados muestran que menos del 10% encuentra información y acceso a métodos anticonceptivos dentro del plantel.

CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Como pudimos revisar en los Capítulos III y IV de esta tesis, en nuestro país y en nuestra Universidad, existe un serio problema social de salud asociado a la carencia de educación de la sexualidad¹¹. Hasta el momento, los numerosos intentos de grupos, instituciones y personas por mejorar la salud sexual y reproductiva (SSyR) no han sido tan fructíferos como se hubiera deseado. En particular, los jóvenes adultos sufren las consecuencias de una deficiente educación de la sexualidad, falta de calidad en las instituciones de salud y numerosos factores sociales y culturales que influyen de forma negativa o limitante al momento de poner en práctica su SSyR. Cuando hablamos de prevención de padecimientos así como de enfermedades y promoción de estilos de vida saludables, el instrumento primordial es: la educación.

Para hacer una propuesta desde la Promoción de la Salud, es necesario que se establezca una nueva relación entre el conocimiento científico y las habilidades que les permitan a los jóvenes construir cambios saludables en los estilos de vida.

Es importante explicar las diferencias existentes entre el concepto de promoción y prevención, ya que se pueden confundir fácilmente al realizar la propuesta de intervención: “la prevención en la salud exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad a fin de hacer improbable la expansión posterior de la misma enfermedad” (Leavell y Clark, 1976, en Czeresnia, 2006: Cap. II). Es decir, son

¹¹ Álvarez Gayou (2011) prefiere el término educación de la sexualidad, porque comprende lo biológico, lo psicológico y lo social, es decir, se aborda de manera integral y no parcial como lo hace la educación sexual, la cual se refiere únicamente al aspecto biológico. La educación de la sexualidad existe en dos niveles: el informal, que todos y todas impartimos y recibimos en la cotidianeidad, en el seno de la familia, por la influencia de los medios de información, etc. Y la formal, que es aquel proceso de enseñanza aprendizaje con estructura, programa, propósitos y contenidos, en la que existe una relación entre el docente y el educando.

intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominio en las poblaciones.

Por otro lado, promover da impulso a fomentar, originar, generar (Ferreira, 1986, en Czeresnia, 2006: Cap.II). “Se define de manera más amplia que la prevención, pues no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales” (Leavell y Clark, 1976, en Czeresnia, 2006: Cap. II). Las estrategias de promoción de la salud enfatizan la transformación de las condiciones de vida que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial (Terris, 1990, en Czeresnia, 2006: Cap.II). Uno de los ejes básicos de la promoción de la salud es fortalecer la idea de autonomía de los sujetos y de los grupos sociales, promover la SSyR implica un mayor alcance en la salud de los y las estudiantes, ya que debe incorporar la mejora de elementos físicos, psicológicos y sociales.

De acuerdo con esta definición de promoción, y usando como estrategia la educación para la salud, esta propuesta incorpora las dimensiones culturales, sociales, biológicas, psicológicas, morales y afectivas para la generación de salud sexual y reproductiva en los y las jóvenes.

Para plantear de manera clara la propuesta, me parece pertinente retomar el concepto de sexualidad, el cual definimos en esta investigación como la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, socioeconómicos, culturales y éticos. Lo cual implica una relación de comunicación, afectividad, erotismo, placer y, ocasionalmente y de manera optativa de reproducción.

La sexualidad se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. Reflejándose en experiencias sexuales libres, responsables, que conducen a la armonía personal y al bienestar social, hacia la posibilidad de obtener placer, experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

Por otro lado, la salud reproductiva, es parte fundamental de la salud sexual. Ésta incluye la autodeterminación y la capacidad de los individuos para decidir sobre su vida reproductiva; embarazos y partos saludables; reproducirse con la libertad de decidir si lo hacen, cuándo y con qué frecuencia. La sexualidad no está destinada únicamente a la reproducción.

Para que los jóvenes sean capaces de experimentar una vida sexual satisfactoria y segura, deben de tener la posibilidad de practicar su actividad sexual equilibrando una ética personal y social, ejerciéndola sin factores biológicos o sociales que interfieran con las relaciones sexuales.

Para el desempeño de una actividad sexual y reproductiva libre de alteraciones que la entorpezcan es necesaria la educación, pero ésta debe ser objetiva y científica (completa, laica, gratuita, oportuna, sin prejuicios, objetiva, descriptiva, libre de prejuicios y de calidad), no únicamente identificada con la reproducción, sino también con el placer. Para promover educación de la sexualidad, ésta debe ser comprensible y accesible, además debe fomentar la investigación y la difusión del conocimiento (Torices, 2012).

La educación para la salud, como estrategia de la Promoción de la Salud, se caracteriza por mantener los contenidos de la higiene, la prevención, la atención oportuna y la rehabilitación de enfermedades. Algunas instituciones utilizan los cambios en la tecnología educativa para lograr cambios de hábitos, estilos de vida saludables, vidas más sanas y otras definiciones que ponen en el centro de atención, interés y cuidado al cuerpo físico y de éste, a la enfermedad (Chapela, 2007).

Aprender significa adquirir información, comprender y llevar a la práctica. Cuando percibimos nueva información, la comparamos con la ya existente en nuestra memoria y la agrupamos o clasificamos junto con otras ya adquiridas; así vamos construyendo y enriqueciendo nuestra experiencia personal. Cada vez que debemos tomar una decisión nos acogemos a esa experiencia, lo que nos permite reaccionar rápidamente y mejorar el

desempeño de nuestras habilidades. El aprendizaje es, en definitiva, este proceso de completar o romper con las imágenes ya memorizadas y reemplazarlas por nuevas (Sescovich).

Las conductas saludables –entre las que se puede incluir el uso correcto del condón en las relaciones sexuales de cualquier tipo- tienen una relación directa con las percepciones positivas que las personas tienen sobre la salud. Pender (citado por Uribe, 2012), explica que la probabilidad de adoptar conductas que promuevan la salud depende tanto de la acción de las personas como factores cognitivos - perceptivos, lo que indica que una conducta saludable o no, puede ser explicada en función de la información recibida del exterior, pero además, por las características de cada persona y de su particular forma de interactuar en su medio ambiente o contexto sociocultural. Así, desde esta perspectiva, el ejercicio de la vida sexual de los jóvenes tiene relación con los factores de carácter modificante, como con sus percepciones, incluidas sus creencias y conocimientos respecto al ejercicio de la sexualidad.

La propuesta que se presenta desde la Promoción de la Salud es la educación de la sexualidad, con la que se pretende hacer énfasis en la adquisición de información científica y oportuna en materia de: derechos sexuales y reproductivos, autoestima, embarazo, aborto, métodos anticonceptivos, ITS, violencia sexual y disfunción sexual¹². Con el objetivo de cumplir con las metas establecidas en el programa y para que exista un verdadero impacto, se propone también la utilización de nuevas herramientas, como redes sociales, estrategias de comunicación impresas, la impartición de talleres y la canalización a instituciones especializadas en la temática. La propuesta ha sido elaborada a partir de los resultados obtenidos en la investigación presentada en el capítulo anterior, la cual pretendía, en su

¹² Algunos de los elementos mencionados en la propuesta no están presentes en los resultados obtenidos, sin embargo son aspectos importantes a considerar al momento de realizar la intervención. Estos elementos son propuestos por Gabriela Rodríguez en *Conceptos y métodos en la educación de la Sexualidad* (1994) para poder realizar una verdadera y completa educación de la sexualidad.

primera fase, la elaboración de un diagnóstico que revelara las necesidades en SSyR de la población universitaria de uno de los planteles de la UACM. Ahora bien, de acuerdo con los objetivos de esta tesis, y siguiendo la estrategia que se propone desde la Promoción de la Salud, el planteamiento es el siguiente:

VI.1. Justificación de la propuesta

Esta investigación se realizó para conocer las necesidades en SSyR de la población estudiantil del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM. Para identificarlas, se realizó un estudio diagnóstico, que midió de manera general los conocimientos en SSyR con los que cuentan los y las estudiantes, así como las conductas que determinan el ejercicio de su sexualidad para poder así diseñar una estrategia desde la Promoción de la Salud, que les permita tener una vida sexual y reproductiva saludable.

Las necesidades identificadas que justifican la realización de una propuesta de intervención son el resultado de una escasa educación de la sexualidad, si se atienden, no sólo se van a prevenir las problemáticas antes planteadas, sino que se va a favorecer el ejercicio de una sexualidad y reproducción saludables.

Los problemas que se presentan en la Universidad están asociados al no uso de métodos anticonceptivos, desconocimiento de las instituciones para interrumpir embarazos, consumo de alcohol y marihuana, falta de información dentro de la universidad y poca identificación de ITS, lo que genera relaciones sexuales riesgosas en las que se participa sin plena conciencia, y teniendo como consecuencias negativas embarazos no planeados ni deseados, ITS, y agresión física entre otros.

Una de las claves para vivir una sexualidad sana y placentera, y obtener la máxima satisfacción en el ejercicio de la sexualidad, es poseer una adecuada educación de la sexualidad. En la actualidad, son muy pocas las personas jóvenes que reciben una adecuada preparación para la vida sexual, hecho que los hace potencialmente vulnerables frente a la coerción, el abuso, la explotación, el embarazo no deseado y las ITS.

Sin duda, los y las estudiantes universitarios transitan por una etapa crucial del desarrollo (la juventud), enfrentan situaciones de vida importantes y es necesaria una educación de la sexualidad que les permita conocer su cuerpo y expresar su sexualidad de manera informada y responsable.

Las instituciones de educación superior desempeñan un papel protagónico, orientado al desarrollo del conocimiento; la universidad es un escenario de formación integral: técnica, profesional y humanística de los miembros de la comunidad, además de satisfacer el reto de formar profesionales, líderes y ciudadanos capaces de constituir sociedades sólidas y de progreso.

La universidad tiene un nuevo reto que enfrentar: ser un contexto de vida que propicie comportamientos saludables y que repercuta en la calidad de vida, no sólo de los que estudian en la universidad, sino de toda la sociedad en general. Es decir, la universidad puede convertirse en promotora de la salud, entendida como aquella que incorpora este aspecto a su proyecto educativo con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian, y a la vez formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros ámbitos laborales y en la sociedad en general.

VI.2. Objetivos

Objetivo general

Crear un espacio de atención permanente en SSyR dentro del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, que brinde información oportuna y científica sobre Salud Sexual y Reproductiva, con acceso a métodos anticonceptivos, así como la elaboración, diseño y difusión de materiales informativos, con el fin de mejorar la SSyR de los y las estudiantes, todo en un ambiente de respeto, aceptación, inclusión y equidad propicio para el aprendizaje y desarrollo de habilidades en torno al tema de SSyR.

Objetivos específicos

- Evaluar las acciones ofrecidas anteriormente por la universidad para saber por qué no han funcionado y ofrecer nuevas estrategias.
- Generar un espacio dentro del Plantel San Lorenzo Tezonco que sea una fuente de acopio de información científica en temas de SSyR.
- Desarrollar la habilidad del uso de información en los y las estudiantes del plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM en materia de SSyR, para ejercer su vida sexual de manera saludable.
- Utilizar herramientas tecnológicas como el internet y las páginas en las redes sociales más populares, en este caso Facebook, como un medio para compartir información sobre SSyR.
- Elaborar el material impreso necesario en forma de cartel, tríptico y folleto para transmitir información de manera clara, con perspectiva de género y cubriendo las necesidades de conocimiento específicas de la población del Plantel.

- Ofrecer métodos anticonceptivos, en particular el condón –masculino y femenino-, a la comunidad estudiantil, para mejorar la SSyR de los y las estudiantes.
- Contribuir a la vinculación Interinstitucional, para que la población estudiantil tenga acceso y reciba servicios de SSyR, en las instituciones de salud externas a la universidad.
- Integrar elementos formativos para el desarrollo de habilidades en los jóvenes, para la promoción de conductas saludables en razón de su SSyR en forma de talleres, con temas en materia de: derechos sexuales y reproductivos, autoestima, embarazo, aborto, métodos anticonceptivos, ITS, violencia sexual, disfunción sexual y efectos del consumo de alcohol y marihuana en la SSyR.

VI.3. Estrategias

Promover actividades informativas y educativas que fomenten la adopción de conductas saludables en SSyR, para disminuir los riesgos que tienen los y las estudiantes al tener prácticas sexuales sin protección, además de difundir el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

ESTRATEGIA 1. Elaborar y difundir materiales informativos y educativos elaborados en el programa propuesto, en temas de: métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos, violencia sexual, disfunciones sexuales, autoestima, comunicación asertiva, embarazo, aborto e ITS y efectos del consumo de alcohol y marihuana en la SSyR:

Trípticos, carteles y folletos.

Líneas de acción:

- a) Que los y las estudiantes puedan acceder a los materiales impresos.

- a.1 La información debe ser fácil de leer, específica, breve y completa.
- a.2 La información que contiene los materiales impresos debe ser información que ellos mismos puedan aplicar.
- b) Promover el uso de vías electrónicas en la página de redes sociales Facebook.
 - b.1 Se desarrollará una cuenta en Facebook, donde se compartirá información actualizada y de interés.
 - b.2 La información compartida puede ser en forma de imágenes, artículos científicos, textos periodísticos, actualizaciones en materia legislativa, de organismos internacionales, o bien, ser obtenida de blogs personales y de opiniones de otros usuarios de la red, con el fin de conocer las actualizaciones en materia de leyes e investigación formal y la forma de pensar o las dudas en común con otras personas.
- c) Contar con el apoyo y orientación de personal especializado en temas de sexualidad.
- d) Impartir talleres con las temáticas de: autoestima, comunicación asertiva, toma de decisiones, derechos sexuales, órganos sexuales, embarazo, aborto, ITS, estimulación erótica, violencia sexual, disfunciones sexuales, preferencias sexuales y efectos del consumo de alcohol y marihuana en la SSyR, entre otros.

ESTRATEGIA 2: Mejorar la accesibilidad y disponibilidad de métodos anticonceptivos dentro de la universidad.

Líneas de acción:

- a) Contar con preservativos para brindar a los y las estudiantes cuando los requieran.
- b) Fortalecer la información relacionada con métodos anticonceptivos.

ESTRATEGIA 3. Elaborar una estrategia de canalización a instituciones especializadas en temas de salud sexual y reproductiva para los y las estudiantes que lo requieran.

Líneas de acción

- a) Elaborar un directorio constituido por instituciones públicas, privadas y asociaciones civiles que puedan brindar apoyo en materia de violencia sexual, embarazo y aborto.
- b) Generar vínculos con instituciones de salud que brinden atención en relación a pruebas para la detección de ITS, acceso a métodos anticonceptivos femeninos.

VI.4. Herramientas para el aprendizaje

- Trípticos, carteles y folletos

Son recursos que se utilizan para facilitar la comunicación con los lectores, facilitan el aprendizaje de forma individual, se adaptan a las circunstancias de espacio y tiempo del lector, permiten la relectura y la lectura selectiva.

Se caracterizan por codificar la información mediante la utilización del lenguaje textual, sobre los que el texto se presenta en hileras. Este material no es extenso, pero se vierte contenido de tipo científico para poder producir aprendizaje. Lo que en ellos se plasma es de forma clara para que le permita al lector la decodificación, comprensión, almacenamiento y recuperación de la información.

Las ventajas de estos medios impresos son que comprimen la información, y así la capacidad de retención del lector es mayor. Además, cuentan con

imágenes que atraen por la combinación de estímulos, lo que repercute en la retención de los contenidos (Bravo, 1998).

- Páginas en redes sociales, Facebook.

La educación universitaria se enfrenta a estudiantes nativos digitales que demandan un nuevo tipo de enseñanza. Los y las universitarios han crecido bajo la influencia del audiovisual y de la red. Las nuevas herramientas tecnológicas les han dado el poder de compartir, crear, informar y comunicarse, han creado un espacio idóneo para intercambiar información y conocimiento de una forma rápida, sencilla y cómoda, convirtiéndose en un elemento esencial en sus vidas. Las redes sociales¹³ suponen la participación activa de los usuarios, convirtiéndose a la vez en productores y destinatarios (Gómez, 2012); además, se han universalizado, los jóvenes las han incorporado plenamente en sus vidas. Desde la promoción de la salud se puede aprovechar esa situación y la predisposición a usar las redes para incorporar la educación de la sexualidad, y así permitir, favorecer, publicar y compartir información sobre SSyR, el autoaprendizaje, el trabajo en equipo, la comunicación, la retroalimentación, el acceso a otras fuentes de información que apoyen e incluso faciliten el contacto con expertos. En conjunto, esta propuesta puede hacer que el aprendizaje sea más interactivo, significativo y, sobre todo, que se desarrolle en un ambiente más dinámico (Imbernón, 2011 citado por Gómez, 2012: 132).

¹³ Una red social es una estructura social formada por individuos u organizaciones que están vinculados por uno o más tipos de interdependencia, tales como valores, puntos de vista, ideas, intercambio financiero, amistad, parentesco, aversión, conflicto, comercio, enlaces web, relaciones sexuales, etc. Las redes sociales educativas crean una nueva dimensión de socialización, posibilitan la visualización de contenidos desde la pluralidad y pueden crear comunidad. Las redes sociales dan al anónimo, popularidad; al discriminado, integración; al diferente, igualdad; y a todos educación. Para ello se necesita diversidad, autonomía, interactividad y apertura (Santamaría, 2009, sn).

- Talleres

En esta propuesta llamaremos taller a la metodología participativa en la que se enseña y se aprende a través de una tarea conjunta, la cual promueve el desarrollo cognitivo, operacional, relacional, por lo cual se transforma en un método de aprendizaje muy relevante para el desarrollo de competencias, ya que se basa en la experiencia de los participantes (Careaga, Sica, Cirillo y Da luz, 2006).

Para apoyar el proceso de cambio, es necesario utilizar herramientas que permitan a los y las participantes incorporarse en la dinámica y adquirir experiencias personales. Es necesario realizar propuestas académicas atractivas para que adquieran el aprendizaje y queden satisfechos por la convivencia (Valiente, 2008). La participación debe ser activa, crítica, organizada, creativa, equitativa, precisa y legitimadora. Algunos estudios han demostrado que nos quedamos con el 100% de lo que practicamos repetidamente, 90% de lo que hacemos, 70% de lo que decimos, 65% de lo que escribimos, 50% de lo que vemos y oímos, 30% de lo que vemos, 20% de lo que oímos y 10% de lo que leemos. Por eso es tan importante que se proporcionen ejercicios en los que se ponga en práctica lo aprendido y en los que participen todas las personas que asisten al taller, es decir, que los participantes sean parte del proceso, pues es así como fortalecen efectivamente sus capacidades, sus habilidades y mejoran el desempeño personal. Lo esencial no es adquirir una serie de datos de memoria, sino desarrollar de forma progresiva sus capacidades. Así pues, la función del taller es favorecer la educación integral, donde se atiendan las necesidades de conocimiento y actitudinales (Sescovich: sn).

El taller se convierte, por lo tanto, en un instrumento, que nos permite incrementar las capacidades de los participantes, haciéndoles disfrutar del proceso mediante el cual aprenden (Valiente, 2008: 4).

- Directorio institucional

La realización de un directorio que contenga las instituciones públicas, privadas y ONG's, de salud en el Distrito Federal, que atiendan temáticas relacionadas con la SSyR, como: planificación familiar, interrupción legal del embarazo, realización de pruebas de ITS, etc.

El objetivo de la realización de un directorio es porque dentro de la universidad el único método anticonceptivo que se le puede brindar a los y las estudiantes es el condón, ya que se necesita de conocimientos médicos para poder prescribir pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, la colocación de DIU o implante subdérmico y, en general, los demás métodos anticonceptivos.

VI.5. Resultados esperados.

Con la creación del espacio de atención permanente en SSyR dentro del Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, se espera que los y las estudiantes adquieran una formación integral en materia de SSyR que les permita desarrollar la habilidad del uso de información, contar con un espacio que propicie el aprendizaje y desarrollo de habilidades, tener acceso a información científica y oportuna, además de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, acceso a los servicios en SSyR en las instituciones de salud externas a la universidad, así como adoptar conductas saludables que los beneficien en el ejercicio de su vida sexual y reproductiva.

Estos resultados también influyen directamente en acciones preventivas, que harán posible que disminuyan los riesgos de: embarazos no deseados o no planeados, la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos e información dentro del plantel y la prevalencia de ITS.

VI.6. Propuesta de evaluación.

Se propone una evaluación periódica de los logros obtenidos en el programa, que permita garantizar que las estrategias funcionen de la manera esperada, es decir, contribuyendo a mejorar la SSyR de los y las jóvenes universitarios.

Para el monitoreo y seguimiento se tendrán que diseñar instrumentos que nos permitan evaluar el impacto de cada línea de acción, determinando indicadores básicos para la evaluación y seguimiento de cada una de ellas:

- Corregir o ajustar los materiales informativos si es que no tienen el impacto deseado, evaluar el acceso a estos materiales, la comprensión por parte de los estudiantes, es decir, comprobar que la información es clara, así como el impacto generado.
- Monitorear las visitas, comentarios, “Me gusta”, alcance de la publicación, participación, veces que se compartió y clics en publicaciones de la página en redes sociales Facebook.
- Hacer evaluaciones al inicio y final de los talleres, para conocer la opinión, el impacto y el aprendizaje de los participantes.
- Registrar la cantidad de condones distribuidos entre los y las estudiantes para cubrir la demanda.
- Asegurar el acceso a las instituciones que se encuentran en el directorio, actualizarlo constantemente y complementarlo de ser necesario.

A partir de los resultados obtenidos, se hará especial énfasis en los temas que sigan presentando dificultades o que obstaculicen la formación de los y las jóvenes.

También se tendrá que actualizar la información con la que se trabaja, para cubrir de forma correcta y completa las necesidades identificadas, para hacerlo de manera científica, de acuerdo con los avances en las investigaciones en materia de SSyR.

CONCLUSIONES

El presente estudio evidencia las necesidades que existen en torno a la Salud Sexual y Reproductiva en los y las estudiantes de la UACM del Plantel San Lorenzo Tezonco. Es importante mencionar que la realización del diagnóstico y la elaboración de la propuesta son la respuesta a un primer acercamiento a la problemática identificada en la universidad desde el Programa de servicio social mencionado al inicio de la investigación.

Algunos de los resultados obtenidos en el estudio coinciden con los citados en el marco teórico de esta investigación, ejemplo de ello son las investigaciones de Robles (2006), Sánchez (2008), Padilla (2011) y Cabrera (2013) empleadas en el marco bibliográfico de este trabajo; todas ellas coinciden en que los y las jóvenes no usan el condón en todas sus relaciones sexuales, los motivos por los cuáles no lo hacen, el consumo de alcohol y marihuana durante el ejercicio de su vida sexual y el poco conocimiento que tienen sobre su estado de SSyR actual.

El ejercicio desinformado y desprotegido de la actividad sexual en los y las jóvenes universitarios de la UACM no sólo provoca embarazos no deseados e ITS (de acuerdo con los resultados obtenidos se encuentra en mayor porcentaje el VIH en mujeres), también podría generar un alto riesgo de sufrir violencia si el consumo de alcohol y marihuana durante sus prácticas sexuales es elevado¹⁴, además de que también puede llegar a impedir que los y las jóvenes ejerzan su sexualidad de manera responsable y saludable.

Lo anteriormente expuesto nos lleva a comprender que existe un problema no sólo dentro de la Universidad, sino que este puede ser considerado como

¹⁴ En septiembre del 2010, en el Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, una estudiante de 18 años de edad fue golpeada y violada en el plantel por tres de sus compañeros con quienes consumía cerveza, alcohol con refresco y marihuana. Es importante mencionar que el consumo de drogas y alcohol no es el único factor que puede llegar a provocar la violencia sexual, existen numerosos factores sociales, culturales y de educación que la generan.

un problema de salud pública, que se debe atender con estrategias que nos permitan tener un mayor impacto, es decir, beneficiar a una mayor población y brindar una atención de mejor calidad.

En este sentido, este trabajo hace una propuesta desde la Promoción de la Salud, con una visión de estilos de vida saludables y usando como estrategia la educación para la sexualidad, con la meta de atender las necesidades de información, psicológicas, sociales y biológicas encontradas en la población. Con ello se adopta una visión integral de la sexualidad y la reproducción promoviendo así el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, -los cuales se encuentran plenamente reconocidos, además de protegidos, por acuerdos nacionales e internacionales-.

Ofreciendo también, la oportunidad de prevenir y modificar conductas de riesgo, y generar procesos y actitudes que les permitan a los jóvenes ejercer su sexualidad de manera saludable, plena y activa. Es decir, un enfoque que no nos lleve únicamente a la prevención específica de los padecimientos, sino a una verdadera promoción de la salud sexual.

Por otra parte, es importante que se continúe investigando sobre las diferentes necesidades en materia de sexualidad y reproducción que persisten en especial en el grupo poblacional de los y las jóvenes, por ser un grupo al que no se le ha prestado la atención que requiere. Los actuales programas de sexualidad se enfocan en los adolescentes e intervienen principalmente de forma preventiva. Por otra parte, los programas destinados a la reproducción se dirigen especialmente a la población casada o con pareja enfocándose en la planificación familiar. Hay que poner énfasis en promover la salud y no sólo prevenir ITS y embarazos no deseados, e insistir en la importancia de hacerlo en este grupo poblacional, el cual no sólo busca la reproducción, sino también el placer.

A partir de esto, las líneas que se pueden seguir más a profundidad en el proceso de investigación sobre SSyR en jóvenes universitarios son:

En materia de información.

- Investigar cuál es la forma en la que los jóvenes adquieren información en temas de SSyR.
- El tipo de información a la que acceden.
- La forma en que se brinda la información.
- Quién les brinda esa información.
- Los temas que les parecen más atractivos.
- Por qué hay tanta falta de información.
- La forma en que procesan la información.

En términos socioculturales.

- Por qué los jóvenes no tienen una formación más saludable y responsable en materia de sexualidad y reproducción.
- Qué pasa con la educación sexual en México, que no está generando conductas sexuales saludables para la población joven.
- Saber la forma en que los prejuicios afectan el ejercicio de la vida sexual en los jóvenes.
- Averiguar la influencia de la religión en la SSyR de los jóvenes.

En el uso de métodos anticonceptivos.

- Conocer los motivos por los cuales los jóvenes no usan métodos anticonceptivos.
- Saber si los jóvenes que no usan métodos anticonceptivos están conscientes del riesgo de ITS.

- Investigar por qué se le da más importancia a la anticoncepción que a la prevención de ITS.

En cuanto al consumo de alcohol y marihuana.

- Qué les gustaría conocer a los jóvenes acerca de las adicciones.
- Sus motivaciones para consumir drogas y enervantes.
- Las motivaciones para dejar de consumirlos

En relación al papel de la universidad.

- Contar con la voluntad, y brindar los recursos necesarios para llevar a cabo propuestas como la que aquí se presentó, así como evaluarlas y modificarlas constantemente para que cubran las necesidades detectadas y se cumpla con las metas propuestas.

En este trabajo se reconoce la riqueza y la importancia de la investigación cuantitativa, la cual nos brinda la oportunidad de medir, comprobar hipótesis, analizar la realidad objetiva y tener un mayor control sobre los fenómenos. Pero al mismo tiempo se reconoce que tiene limitaciones, más tratándose de los temas de sexualidad y reproducción, los cuales están llenos de opiniones, mitos, creencias y una serie de subjetividades, influidos por cuestiones sociales y culturales que se pueden y deben evaluar, para su mayor conocimiento.

Es decir, en este documento se conocieron las necesidades de los estudiantes, se espera que con el seguimiento de la temática se entienda porqué existen esas necesidades; por eso mismo se recomienda seguir las líneas de investigación desde una perspectiva cualitativa, la cual nos

permitirá comprender y profundizar los temas señalados, explorándolos desde la perspectiva de los propios participantes, comprendiendo los fenómenos que los rodean, profundizando en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, entender la forma en que perciben subjetivamente su realidad, conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestadas en su lenguaje (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

REFERENCIAS

Ahumada, C., y Kowalski-Morton, S. (2006). *Derechos sexuales y reproductivos. Guía para activistas jóvenes*. Canadá. The Youth Coalition.

Álvarez-Gayou, J. (1986). *Sexoterapia Integral*. México: El Manual Moderno.

Álvarez-Gayou, J. (2011). *Sexoterapia Integral*. México: El Manual Moderno. Segunda Edición.

_____ (1996). *Sexualidad en la pareja*. México: El Manual Moderno.

Álvarez, L. (2012). “Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto”. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol. 30, Núm. 1, Colombia. pp. 95 – 101.

Ania, J. (2007). *Guía para el diseño y la mejora de proyectos pedagógicos de educación y promoción de la salud*. Ministerio de Educación y Ciencia, Centro de Investigación y Documentación Educativa, Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública. Madrid.

Recuperado en abril de 2015, de:

<http://www.mepsyd.es/espanol/publicaciones/materiales/salud/inn2007gdmpp eps/inn2007gdmpppepspc.pdf>

Cordero, X., y Rodríguez, X. (2008). "Reflexiones sobre educación sexual desde una perspectiva holística". *Revista Iberoamericana de Educación*. Vol.1, Núm. 45, Venezuela. pp. 1 -10.

Antón, F., y Espada, J. (2009). "Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios". *Anales de psicología*. España: Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia. Vol. 25, Núm. 2, pp. 344 – 350.

Arcilla, A. (2002). *Educación para la Salud Sexual*. Facultad de Ciencias para la Salud. Manizales: Universidad de Caldas.

Arillo, I. (2008). *El inicio de la vida sexual en adolescentes mexicanas: una aproximación teórica y un análisis de datos de la ENSAR, 2003*. Tesis de Maestría en Estudios de Población y Desarrollo Regional, del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Nacional Autónoma de México. Cuernavaca, Morelos.

Bautista, A., (2008). "Conocimientos, actitudes y opiniones de las y los universitarios Oaxaqueños respecto a su sexualidad y la importancia de la educación sexual en el nivel de educación superior". *Asociación Oaxaqueña de psicología*. México: Centro Regional de Investigación en Psicología. Vol.2, Núm. 1, pp. 71-84.

Bravo, J. (1998). *Los medios didácticos en la enseñanza universitaria. Materiales para la enseñanza universitaria*. Madrid, Badajoz: ICE de la Universidad de Extremadura.

Cabrera, A., Sanabria, G., Contreras, M., y Perdomo, B. (2013). “Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios”. *Revista Cubana de Salud Pública*. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas. Vol.39, Núm. 1, pp. 161 – 174.

Camacho, E. y Pabón, Y. (2014). “Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la Costa del Caribe colombiana.” *Hacia la promoción de la salud*. Colombia. Vol. 19, Núm. 1, pp. 54-67.

Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B., y Villalobos, A. (2010). “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas”. *Gaceta Médica de México*. Cuernavaca, Morelos. Núm. 149 pp. 299 – 307.

Carmona, L., Rozo, C., y Mogollón, A. (2005). “La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social”. *Revista Ciencias de la Salud Bogotá*. Vol. 3. Núm. 1, pp. 62 – 77.

Careaga, A., Sica, R., Cirillo, A., y Da Luz, S. (2006). *Aportes para diseñar e implementar un taller. 8vo Seminario-Taller en Desarrollo Profesional Médico Continuo. 2das Jornadas de Experiencias educativas en DPMC*. Recuperado en febrero de 2015, de:

http://www.smu.org.uy/dpmc/pracmed/ix_dpmc/fundamentaciontalleres.pdf

Castañeda, M., Bonifacio, N., Ojeda, N., Sullón, P., Rodríguez, J., Castro, J., Cárdenas, S., y Heredia, M. (2009). *Módulo de capacitación. Manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. Manual informativo*. Perú: R&F Publicaciones.

Cerrutti, S. (1993). "Salud y sexualidad desde una perspectiva de género", en *Género, mujer y salud en las Américas*, OPS/OMS. Núm. 541, pp.124-129.

Consejo Nacional de Población, la situación demográfica de México 2010. Recuperado en agosto de 2014, en:

<http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=comcontent&view=article&idItem=418>

Czeresnia, D., y Machado, C. (2006). *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Argentina: Editorial Lugar.

Chapela, M., (2007). "Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria". En Jarillo, E. C. y Guinsberg, E. (editores) *Temas y desafíos en salud colectiva*. Argentina.

De la Sierra, S., y Ortiz, J. (2011). *El derecho y la economía ante las mujeres y la igualdad de género*. España: Lex Nova.

De Robertis, C. (2003). *Fundamentos del trabajo social: ética y metodología*. Valencia: NAU Llibres, Universidad de Valencia.

Díaz, S., Arrieta, K., y González, F. (2014) “Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de Cartagena, Colombia, 2012”. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Bogotá, Vol. 65, Núm. 1, pp. 22 – 31.

Dictionnaire Petit Robert (2000). París. Larousse.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Metodología y tabulados básicos. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Consejo Nacional de Población.

Enríquez, C., García, A., Guevara, E., Latorre, C., Nieto, J., y Pacheco, C. (2007). *El carnaval de los desencuentros. La construcción de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos en adolescentes*. Facultad de Medicina. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.

Font, A., e Imbernón, F. (2002). *Análisis de necesidades de formación. Analizar y detectar necesidades para una coherente planificación*. En Fernández, C., Salinero, M. (2004). *Un enfoque pedagógico para el diseño de programas de formación en contextos organizativos*. Universidad Complutense de Madrid: Ediciones Universidad de Salamanca. pp. 109-144.

Galeana, P. (Ed). (2008). *La migración México – Estados Unidos y su feminización*. México. Centro de Investigaciones Sobre América del Norte. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Cuadernos de América del Norte. Recuperado en marzo de 2015, de: <http://www.dgbiblio.unam.mx/>

García, A., Plácido, E., Cervantes, E., Sánchez, M., Rodríguez, B., Schiavon, R., Díaz, D., Meneses, S., Freyermuth, G., Meléndez, D., Berrio, L., Reyes, N., Antzetik, K., Romero, A., Santos, L., Delgado, E., Barcklow, E., y Romero, M. (2008). *Coalición por la salud de las mujeres. Retos legislativos*. México: Coalición por la salud de las mujeres.

García, A. y Gática, A. (2007). *Jóvenes y sexualidad. Una mirada sociocultural. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Argentina: Secretaría de programas sanitarios. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.

García, M., García, A., y Guzmán, R. (2012). “Actitudes hacia la transformación de la vida en pareja: soltería, matrimonio y unión libre”. *Psicología Iberoamericana*. Vol. 20, Núm. 2, México, pp. 16-25.

García, D. (2013). *Promoción de la salud y autonomía. Propuestas metodológicas para la recuperación del control del cuerpo-territorio*. Recuperado en septiembre de 2015, de: <http://www.manantialdenubes.org/promocion-de-la-salud-y-autonomia-propuestas-metodologicas-para-la-recuperacion-del-control-del-cuerpo-territorio/#more-3256>

García, V. (1990). *Educación de la sexualidad*. Documentos del Instituto de ciencias para la Familia Publicaciones. Universidad de Navarra. España: Ediciones Rialp.

Giménez, V., y Tejada, J., (2006). *Formación de formadores. Escenario Institucional*. Tomo 1. Escenario Aula. Thomson, España: Grupo Cifo.

Giraldo, A., Toro, A., Macías, A., Valencia, C., y Palacio, S. (2010). “La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la Promoción de la Salud”. Vol. 15, Núm. 1, pp. 128 – 143.

Gómez, I., Oizerovich, S., y Jefferson, L. (2010). *Propuesta de contenidos en Salud Sexual y Reproductiva para incorporar en currículos de pre y posgrado*. Perú: Federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología, Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

González, A., Calleja, V., López, L., Padrino, P., y Puebla, P. (2009). *Los estudios de encuesta. Métodos de Investigación en Educación Especial*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Gómez, M., Roses, S., y Farias, P. (2012). “El uso académico de las redes sociales en universitarios”. *Revista comunicar: Alfabetización mediática en contextos múltiples*. Vol. 19, Núm. 38, pp. 131-138.

González, F. (2004). “Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del departamento de Cundinamarca”. *Revista de Acta Colombiana de Psicología*. Universidad Católica de Colombia, Colombia., Vol. 4, Núm. 12, pp. 59 – 68.

Gurpegui, V. (2001). *Educación sexual. Colección Cuadernos Monográficos cine y Salud*. España: XX Gobierno de Aragón Vol. 4.

Hernández, M. (2013). *Diagnóstico comunitario de salud sexual y reproductiva de los estudiantes del Plantel San Lorenzo Tezonco, UACM*. México.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Sampieri. México: McGraw – Hill.

Informe de Rendición de Cuentas del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006 – 2012. Primera etapa. Periodo del 1 de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011.

Instituto de la UNESCO para la educación, (1999). *Promoción y educación para la salud*. Hamburgo: CONFINTEA V.

Juárez, F., y Gayet, C., (2005). “Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas.” *Red de Revistas Científicas de América Latina y el*

Caribe, España y Portugal. UAEM redalyc.org. Papeles de Población. Universidad Autónoma del Estado de México. El Colegio de México. México. Vol.11 Núm. 45. pp. 177-219.

Juárez, F., Palma, J., Shingh, S., y Bankole, A. (2010). *Las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: retos y oportunidades.* México: Colegio de México.

Krauskopf, D. (2006). "Participación social y desarrollo en la adolescencia". Costa Rica: Fondo de Poblaciones Unidas.

Lalonde, M. (1981) *A new perspective on the health of Canadians. A working document.* Canadá: Government of Canada, Minister of National Health and Welfare.

Lema, L., Salazar, I., Varela, M., Tamayo, J., Rubio, A., y Botero, A. (2009). "Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida". *Pensamiento Psicológico.* Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Vol. 5, Núm. 12, pp. 71-88.

Ligia, M., y Moya, M. (2002) *Introducción a la estadística de la salud.* Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

López, O, y Blanco, J. (2001). “La polarización de la política de salud en México”. Río de Janeiro: *Cuadernos de Saúde Pública*. Vol. 17, Núm. 1, pp. 43 – 54.

Márquez, J. (2014). “Perfiles educativos.” *Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 36, Núm. 144, pp. 70 – 82.

Mayén, B. (1994). “¿Por qué estamos a favor de una educación de la sexualidad en México?” AFLUENTES S.C. pp. 45 – 48.

Mazarrasa, L., y Gil, S. (2006). *Programa de formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. Módulo 12: Salud Sexual y Reproductiva*. Gobierno de España. España: Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España.

Morales, M. (2010). *Jóvenes, sexualidad y políticas. Salud sexual y reproductiva en Colombia (1992-2005)*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Morlachetti, A. (2007). *Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos*. Publicaciones Notas de población, Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Vol. 3, Núm. 85, pp. 1 – 180.

Organización Mundial de la Salud. (1975). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*. Serie de Informes Técnicos No. 572. Ginebra.

Organización de las Naciones Unidas. (2005). *Documento Final de la Cumbre Mundial de 2005*. La Cumbre Mundial de 2005. Asamblea General. 8va Sesión Plenaria. Publicado por el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer*. Beijing.

Organización Mundial de la Salud, y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma – Ata*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud, Asociación Canadiense de Salud Pública, y Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá. (1986). *Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*. Ottawa, Canadá.

Organización Mundial de la Salud. (1986). “La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad”. *Informe de un grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la salud para todos en el año 2000*. Ginebra. Serie de Informes Técnicos 731.

Organización de las Naciones Unidas (1995). “Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo”. *La salud Sexual y la Salud Reproductiva desde la perspectiva de género*. Ginebra. Recuperado en septiembre de 2014, de: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>

Organización Mundial de la Salud, y Organización Panamericana de la Salud. (1996). *Promoción de la Salud: Una Antología*. Washington, DC: Publicación científica. Núm. 557, pp. 3 – 5.

Organización Mundial de la Salud, y Ministerio de Sanidad y Consumo. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, y Secretaría de Salud de México. (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Hacia una mayor equidad, Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud, De las ideas a la acción*. México.

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, y Asociación Mundial de Sexología. (2000). *Actas de la reunión de Promoción de la salud sexual y recomendaciones para la acción*. Guatemala.

Organización Mundial de la Salud. (2006). “Promoción de la salud: seguimiento de la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud”. *Consejo Ejecutivo. EB117/11*. Recuperado en agosto de 2015, en: http://apps.who.int/gb/s/s_eb117.html

Organización Mundial de la Salud. (2007). "Global prevalence and incidence of curable STIs". Geneva (WHO/CDS/EDC/2001.10). En *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015*.

Organización Mundial de la Salud, y Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Prevención de la violencia: la evidencia*. El Paso, Texas.

Organización de las Naciones Unidas. (2005). *Cumbre Mundial de 2005*. Nueva York.

Padilla, N., y Díaz, R. (2011). "Funcionamiento familiar, locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios." *Enseñanza e investigación en Psicología*. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. México: Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología. Vol. 16, Núm. 2, pp. 309-322.

Palma, Y. (1994). "De la planificación familiar a la salud reproductiva: retos y obstáculos". *Papeles de Población*. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México. Núm. 4 – 5, pp. 68 – 72.

Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.

Parrini, R., y Hernández, A. (2008). *La información de un campo de estudios. Estado del Arte sobre sexualidad en México 1996 – 2008*. Centro

Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos, Río de Janeiro: Instituto de Medicina Social.

Pérez, M. (2010). *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*. México: Fundar, Centro de Análisis de Investigación.

Pérez, L., Santos, M., y Paz, Y. (2014). “Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes”. *Acta Médica del Centro. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milán Castro”*. Cuba. Vol. 8, Núm. 3.

Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Población 1995 – 2000*, México.

Ponte, C. (2008). “Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente”. *Salud y ciudadanía. Teoría y práctica de la innovación*. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Asturias. Colección de Materiales de apoyo al Profesorado de la Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias.

Puig, M., Sabater, P., y Rodríguez, N. (2012). “Necesidades humanas: evolución del concepto según la perspectiva social”. *Revista de Ciencias Sociales*. No. 54. Universidad de Barcelona: Aposta. Recuperado en julio de 2014, de: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeriteca/monpuigllob.pdf>

Ramos, M. (2006). "La Salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Lima. Vol. 23, Núm. 3, pp. 201-220.

Redondo, P. (2004). "Introducción a la Educación para la Salud". *Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención*. Costa Rica: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.

Restrepo, H., y Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: como construir vida saludable*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.

Robles, S., Piña, J., y Moreno, D. (2006). "Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal". *Angles do psicologia*. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información científica. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, España. Vol. 22, Núm. 2, pp. 200-204.

Rodríguez, G. (2009) *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. México: El Colegio de México, A.C. y AFLUENTES S.C.

Rodríguez, G. (1994). "Conceptos y métodos en la educación de la sexualidad". *Antología de la sexualidad humana*. México: Consejo Nacional de Población. Vol. 3, pp. 33 - 709.

Rodríguez, L. (1993). "Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos." *Fondo de Población de Naciones Unidas*

Romo, J. (2008). "Estudiantes universitarios y sus relaciones en pareja. De sus experiencias y proyectos de vida". *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. México. Vol. 13, Núm. 38, pp. 801-823.

Rubio, E. (2008). "Sobre la sexualidad humana: los cuatro holones sexuales", en Rodríguez, G. *Guía de actividades, módulo III. Género Salud y Sexualidad. Diplomado Formación Cívica y Ética*. México: Dirección General de Formación Continua de Maestros en Servicio, SEP, Nexos.

Saeteros, R., Pérez, J., y Sanabria, G. (2013). "Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios". *Revista Cubana de Salud Pública*. Ciudad de La Habana. Vol. 39 Núm. 1, pp. 915 – 928.

Salguero, M., y Marco, M., (2014). "Reflexiones sobre sexualidad, reproducción y paternidad en estudiantes universitarios en México". *Gazeta de Antropología*. Vol. 30, Núm. 3. Artículo 03.

Sánchez, A., y Solís, M., (2008). “Estudiantes Universitarios: percepción y vivencias de la sexualidad. La investigación Identidades Estudiantiles, Sexualidad y Salud sexual y Reproductiva”. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. México. FES Acatlán, UNAM, Consejo Mexicano de Investigación Educativa. pp. 1 -10.

Sánchez, M. (2005). *Manual de trabajo social*. Universidad Nacional Autónoma de México. México. Escuela Nacional de Trabajo Social. Plaza y Valdés.

Sánchez, N., (2012). *Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva en los y las estudiantes del plantel Centro Histórico de la UACM*. (Tesis de licenciatura en Promoción de la Salud). UACM, México.

Santamaría, F. (2008). Posibilidades pedagógicas. Redes sociales y comunidades educativas. Cuadernos de comunicación e Innovación. Núm. 76. DOSSIER TELOS. Recuperado en diciembre de 2014, de:

<http://telos.fundaciontelefonica.com/telos/articulocuaderno.asp?idarticulo=7&rev=76.htm>

Sapag, J, y Kawachi, I. (2007). “Capital social y promoción de la salud en América Latina”. *Revista Salud Pública*. Vol. 41, Núm.1, pp. 49-139.

Secretaría de Salud. *Manual de organización específico de la subsecretaría de prevención y promoción de la salud* (2011). México.

Secretaría de Salud. (2012). Dirección General de Promoción de la Salud, México. Recuperado en noviembre de 2014, en:
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/acerca_dgps.html

Secretaría de Salud. (2014). *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*. México: Dirección General de Promoción de la Salud. Recuperado en enero de 2015, de: <http://cnegrs.salud.gob.mx/>

Secretaría de Salud. (2014). Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. México: Dirección General de Promoción de la Salud. Recuperado en enero de 2015, de: <http://www.censida.salud.gob.mx/>

Sescovich, S. “El proceso de enseñanza-aprendizaje: el taller como modalidad técnico-pedagógica”. *Conducta humana*. Chile. Recuperado en febrero de 2015, en:

<http://www.conductahumana.com/articulos/gestion-de-recursos-humanos/el-proceso-de-ensenanza-aprendizaje-el-taller-como-modalidad-tecnico-pedagogica/>

Soriano, A., González, A., y Soriano, M. (2014). “Educación para la salud sexual. Del enamoramiento al aborto.” *Perfiles Educativos*. IISUE-UNAM. Vol. 36, Núm. 144, pp. 105 – 119.

Tobón, O. (2003). “El autocuidado una habilidad para vivir”. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. Recuperado en agosto de 2014, de:

[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208 5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208%205.pdf)

Torices, I., y Avila, G. (2012). *Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad*. México: Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa (DGSEI). Gobierno Federal, SEP en el DF.

Toro, A., y Varas, N. (2004). “Los otros: prejuicio y distancia social hacia hombres gay y lesbianas en una muestra de estudiantes de nivel universitario”. *International Journal of Clinic and Health Psychology*. Puerto Rico. Vol. 4, Núm. 3, pp. 537 – 551.

Tunón, E., y Nazar, A. (2004). “Género, escolaridad y sexualidad en adolescentes solteros del sureste de México”. *Papeles de Población*. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México. Vol. 10, Núm. 39, pp. 159-175.

UNESCO. (1997). *Educación para la salud. Promoción y educación para la salud*. Hamburgo, Alemania. Instituto de la UNESCO para la educación.

UNESCO. (2014). *Educación integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la ciencia y la Cultura. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

Uribe, J., Amador, G., Zacarías, X., y Villareal, L. (2012). "Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 10, Núm. 1, pp. 481-494.

Valiente, E., y Tort, I. (2008). "El aprendizaje basado en talleres: una experiencia docente". *ETS Gestión en la Edificación*. Departamento de Construcciones Arquitectónicas. Universidad Politécnica de Valencia. Asociación Iberoamericana de Didáctica Universitaria. Instituto de Ciencias de la Educación.

Vargas, R. (2007). Proyecto integrado *La salud sexual y la salud reproductiva de la población estudiantil de la Universidad Nacional*. Heredia, Costa Rica: IDESPO, Universidad Nacional. Documento de trabajo.

Vargas, M. (2014). Datos sobre la desigualdad entre hombres y mujeres en México. CNN México. Edición internacional. Recuperado en julio de 2015, de: <http://mexico.cnn.com/nacional/2014/07/07/7-datos-sobre-la-desigualdad-entre-hombres-y-mujeres-en-mexico>

Villagómez, P., Mendoza, D., y Valencia, A. (2011). *Perfiles de Salud Reproductiva. Distrito Federal*. México: Consejo Nacional de Población.

Zárate, L., Delgado, E. (2008). "La urgencia de mejorar la salud sexual de adolescentes en México". *Coalición por la salud de las mujeres. Retos*

Legislativos. México: Fundación Mexicana para la Planeación Familiar MEXFAM.

Zúñiga E., Zubieta B., Araya C., y Delgado D. (2000). *Cuadernos de salud reproductiva*. México, Distrito Federal: Consejo Nacional de Población.

Zúñiga, H. (1994). "De la planificación familiar a la salud reproductiva: retos y obstáculos". *Papeles de Población*. Toluca, México. Núm. 4 -5, pp. 91 – 95.

ANEXOS

Anexo1. Primera versión del cuestionario (prueba piloto).

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas, puedes responder más de una opción por pregunta. La información que proporcionas será totalmente confidencial.

Sexo: Hombre () Mujer () Edad: _____ Estado civil: _____

¿Cuál es tu preferencia sexual? Hombre—Hombre () Mujer—Mujer ()
Hombre—Mujer () Otro () ¿Cuál? _____

1. ¿Eres sexualmente activo? Sí () No () Número de parejas sexuales:

Conocimiento de métodos anticonceptivos o de prevención de ETS.

2. ¿Usas algún método anticonceptivo durante tus relaciones sexuales?
Sí () No () ¿Por qué? _____

3. ¿Cuáles utilizas? Condón () Pastillas () DIU () Inyecciones () Parche
() Implante subcutáneo () Espermicidas () Abstinencia () Vasectomía
() Salpingoclasia () Coito Interrumpido () Ritmo () Otro () ¿Cuál?

4. ¿Sabes qué son las Enfermedades de Transmisión Sexual? Sí () No ()

5. Marca con una X la enfermedad que se transmite sexualmente:

Virus del Papiloma Humano () Herpes ()

Clamidia () Sífilis ()

Gonorrea () VIH ()

6. ¿Te has contagiado de alguna de ellas? Sí () No ()
¿Cuál? _____

7. ¿Has tenido algún embarazo no deseado? Sí () No ()

8. ¿Te has practicado un aborto? Sí () No ()

9. ¿Sabes a dónde acudir para realizarte un aborto? Sí () No ()

10. ¿Estás a favor del aborto? Sí () No () ¿Por qué? _____

11. ¿Has tenido relaciones sexuales sin tu consentimiento? Sí () No ()

12. ¿Has tenido relaciones sexuales bajo el efecto de drogas o alcohol?
Sí () No ()

13. ¿Cuándo fue la última vez que acudiste a una consulta médica referente a tu salud sexual?

- a) De 1 a 2 meses b) De 3 a 4 meses c) De 5 a 6 meses d) Un año
e) Nunca

16. ¿Has tenido alguna retribución monetaria o material para tener prácticas sexuales? Sí () No ()

17. ¿Te has realizado una prueba para la detección de Infecciones de Transmisión Sexual recientemente? Sí () No ()

18. ¿En la universidad (UACM) encuentras información que necesitas acerca de Salud Sexual y Reproductiva? Sí () No ()

19. ¿Dentro de la UACM tienes acceso a métodos anticonceptivos? Sí () No ()

¿A cuáles? _____