

Universidad Nacional
Facultad de Ciencias Sociales
Instituto de Estudios Sociales en Población
IDESPO

**PROYECTO
LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD
REPRODUCTIVA DE LA
POBLACIÓN ESTUDIANTEL
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL**

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Rodrigo Vargas Ruiz

Febrero, 2007



Índice General

I.	INTRODUCCIÓN	8
II.	JUSTIFICACIÓN Y PERTINENCIA.....	9
III.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES Y JÓVENES	10
IV.	DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.....	11
1.	LA SEXUALIDAD	11
2.	EL ENFOQUE PATRIARCAL DE LA SEXUALIDAD	12
3.	EL ENFOQUE INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD	12
4.	SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	13
5.	DESARROLLO HUMANO	14
6.	DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS	15
7.	LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y LOS DERECHOS HUMANOS.....	16
8.	EL ANÁLISIS DE GÉNERO.....	17
9.	LOS CONCEPTOS QUE INVOLUCRA EL ANÁLISIS DE GÉNERO	18
	<i>a. El poder.....</i>	<i>18</i>
	<i>b. La equidad y la igualdad.....</i>	<i>19</i>
	<i>c. La potenciación.....</i>	<i>21</i>
	<i>d. Las necesidades.....</i>	<i>21</i>
	<i>e. La identidad.....</i>	<i>22</i>
	<i>f. La diversidad.....</i>	<i>22</i>
10.	LA SEXUALIDAD Y LA POBLACIÓN JOVEN	22
V.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
VI.	OBJETIVOS	24
1.	GENERAL	24
2.	ESPECÍFICOS	24
VII.	METODOLOGÍA.....	24
1.	CONSIDERACIONES GENERALES	24
2.	CÁLCULOS Y DISTRIBUCIÓN MUESTRAL.....	26
VIII.	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA: PROPUESTA DE UNA ESCALA PSICOMÉTRICA.....	28
1.	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS	29
	<i>a. ¿Qué son las actitudes?.....</i>	<i>29</i>
	<i>b. Relaciones entre el conocimiento, las actitudes y las prácticas.</i>	<i>30</i>
	<i>c. Componente cognoscitivo.....</i>	<i>31</i>
	<i>d. Componente conductual.....</i>	<i>32</i>
	<i>e. El rol del componente afectivo en la determinación de las actitudes.....</i>	<i>32</i>
2.	CONFORMACIÓN DE LAS ESCALAS INICIALES	33
3.	PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS	35
4.	RESULTADOS	36
	<i>a. Análisis de factores.....</i>	<i>37</i>
	<i>b. Análisis de correlación.....</i>	<i>43</i>
	<i>c. Análisis de confiabilidad.....</i>	<i>50</i>
5.	CONFORMACIÓN DE LA ESCALA PARA EL ESTUDIO PROPUESTO	51
	<i>a. Dimensión 1: Salud Sexual.....</i>	<i>51</i>
	<i>b. Dimensión 2: Salud Reproductiva.....</i>	<i>52</i>
	<i>c. Dimensión 3: VIH / SIDA / ITS.....</i>	<i>53</i>
	<i>d. Dimensión 4: Uso del Condón.....</i>	<i>54</i>

IX.	RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS	56
1.	CONSIDERACIONES GENERALES	56
2.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	57
3.	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD Y FACULTAD DE PERTENENCIA	59
4.	RELACIÓN DE PAREJA Y ACTIVIDAD SEXUAL	59
5.	CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL	60
6.	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL	62
	<i>a. Resultados generales por sexo.....</i>	<i>62</i>
	<i>b. Resultados de la puntuación promedio.....</i>	<i>65</i>
7.	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD REPRODUCTIVA	71
	<i>a. Resultados generales por sexo.....</i>	<i>71</i>
	<i>b. Resultados de la puntuación promedio.....</i>	<i>75</i>
8.	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN VIH / SIDA / ITS	78
	<i>a. Resultados generales por sexo.....</i>	<i>78</i>
	<i>b. Resultados de la puntuación promedio.....</i>	<i>81</i>
9.	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN USO DEL CONDÓN	84
	<i>a. Resultados generales por sexo.....</i>	<i>84</i>
	<i>b. Resultados del puntaje promedio</i>	<i>87</i>
X.	CONCLUSIONES.....	93
1.	ACERCA DE LA CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE LAS ESCALAS PSICOMÉTRICAS	93
2.	ACERCA DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS	94
XI.	BIBLIOGRAFÍA	97
XII.	ANEXO 1: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	104
XIII.	ANEXO 2: ESCALAS FINALES	112

Índice de Cuadros

Cuadro 1	
Cantidad de ítems que conforman las categorías y las dimensiones de las escalas, antes y después de la valoración de las personas expertas en la temática.....	34
Cuadro 2	
Dimensión 1: Salud Sexual	
Cargas factoriales de los ítems en las categorías.....	38
Cuadro 3	
Dimensión 2: Salud Reproductiva	
Cargas factoriales de los ítems en las categorías.....	39
Cuadro 4a	
Dimensión 3: VIH / SIDA / ITS	
Cargas factoriales de los ítems en las categorías.....	40
Cuadro 4b	
Dimensión 3: VIH / SIDA / ITS	
Cargas factoriales de los ítems en las categorías.....	41
Cuadro 5	
Dimensión: Uso del Condón	
Cargas factoriales de los ítems en las categorías.....	42
Cuadro 6	
Cantidad de ítems que conforman las categorías y las dimensiones de las escalas, antes y después del análisis de factores	43
Cuadro 7	
Dimensión 1: Salud Sexual	
Coeficientes de correlación de los ítems según categoría de pertenencia.....	44
Cuadro 8	
Dimensión 2: Salud Reproductiva	
Coeficientes de correlación de los ítems según categoría de pertenencia.....	45
Cuadro 9a	
Dimensión 3: VIH / SIDA / ITS	
Coeficientes de correlación de los ítems según categoría de pertenencia.....	46
Cuadro 9b	
Dimensión 3: VIH / SIDA / ITS	
Coeficientes de correlación de los ítems según categoría de pertenencia.....	47
Cuadro 10	
Dimensión 4: Uso del Condón	
Coeficientes de correlación de los ítems según categoría de pertenencia.....	48
Cuadro 11	
Coeficientes de correlación entre categorías y dimensión de pertenencia	49
Cuadro 12	
Coeficientes de correlación entre dimensiones y con la escala total	50

Cuadro 13	
Cantidad de ítemes que conforman las categorías y las dimensiones de las escalas, antes y después del análisis de correlación y de confiabilidad	51
Cuadro 14	
Clasificación de la Puntuación de las Escalas	57
Cuadro 15	
Características sociodemográficas por sexo	58
Cuadro 16	
Condición de actividad y Facultad de pertenencia por sexo	59
Cuadro 17	
Relación de pareja y actividad sexual por sexo	60
Cuadro 18	
Consumo de drogas y alcohol por sexo	61
Cuadro 19	
Conocimientos sobre Salud Sexual por sexo (Porcentajes)	63
Cuadro 20	
Actitudes hacia la Salud Sexual por sexo (Porcentajes)	66
Cuadro 21	
Prácticas relacionadas con la Salud Sexual por sexo (Porcentajes)	68
Cuadro 22	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en la dimensión sobre Salud Sexual por edad según sexo	68
Cuadro 23	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual para algunas características sociodemográficas por sexo	69
Cuadro 24	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual para la Facultad de pertenencia por sexo	70
Cuadro 25	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual para la tenencia de relación de pareja y relaciones sexuales por sexo	70
Cuadro 26	
Conocimientos sobre Salud Reproductiva por sexo (Porcentajes)	72
Cuadro 27	
Actitudes hacia la Salud Reproductiva por sexo (Porcentajes)	73
Cuadro 28	
Prácticas relacionadas con la Salud Reproductiva por sexo (Porcentajes)	74
Cuadro 29	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en la dimensión sobre Salud Reproductiva por edad según sexo	75

Cuadro 30	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Reproductiva para algunas características sociodemográficas por sexo	76
Cuadro 31	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Reproductiva para Facultad de pertenencia por sexo	77
Cuadro 32	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Reproductiva para la tenencia de relación de pareja y relaciones sexuales por sexo	77
Cuadro 33	
Conocimientos sobre VIH / SIDA e infecciones de transmisión sexual por sexo (Porcentajes)	79
Cuadro 34	
Actitudes hacia el VIH /SIDA e infecciones de transmisión sexual por sexo (Porcentajes)	80
Cuadro 35	
Prácticas relacionadas con el VIH / SIDA e infecciones de transmisión sexual por sexo (Porcentajes)	81
Cuadro 36	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en la dimensión sobre VIH / SIDA / ITS por edad según sexo	81
Cuadro 37	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en VIH / SIDA / ITS para algunas características sociodemográficas por sexo	82
Cuadro 38	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en VIH / SIDA / ITS para la Facultad de pertenencia por sexo	83
Cuadro 39	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en VIH / SIDA / ITS para la tenencia de relación de pareja y relaciones sexuales por sexo	84
Cuadro 40	
Conocimientos sobre el Uso del Condón por sexo (Porcentajes)	85
Cuadro 41	
Actitudes hacia el Uso del Condón por sexo (Porcentajes)	88
Cuadro 42	
Prácticas en el Uso del Condón según sexo (Porcentajes)	88
Cuadro 43	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en la dimensión sobre Uso del Condón por edad según sexo	90
Cuadro 44	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en el Uso del Condón para algunas características sociodemográficas por sexo	91
Cuadro 45	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en el Uso del Condón para la Facultad de pertenencia por sexo	92

Cuadro 46	
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en el Uso del Condón para la tenencia de relación de pareja y relaciones sexuales por sexo	92

Índice de Diagramas

Diagrama 1	
Proceso Metodológico Primera fase	25
Diagrama 2	
Proceso Metodológico Segunda Fase	26
Diagrama 3	
Conformación de la Escala Total según dimensiones y categorías analíticas	28
Diagrama 2	
Relaciones entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas	31

I. Introducción

La salud integral, según la Organización Mundial de la Salud, se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1978). Este enfoque incluye la relevancia de los aspectos de 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 del sector salud.

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986) se considera que la buena salud es una dimensión importante de la calidad de la 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 a asegurar la igualdad de oportunidades y recursos que faciliten a toda la población los medios para desarrollar al máximo su salud potencial. Se realza, también, la significación del estilo de vida en la salud, planteando que esta se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana. Del mismo modo, se asigna gran valor a los cuidados que cada persona pueda dispensarse 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 gozar de un buen estado de salud.

Por otro lado, la sexualidad humana se define como una "forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales del sexo" (Cerruti, et al., 1990: 23). Como todo proceso humano, se integra mediante una relación dialéctica en la que intervienen vertientes relacionadas con lo placentero, lo afectivo, lo comunicacional, lo creativo, lo ético y lo procreativo, y 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 (Cerruti, et al., 1990).

Aunado a lo anterior, la salud sexual significa 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). La integralidad de este 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. De esta forma trasciende una concepción patriarcal que ha desvirtuado la sexualidad humana y permeado tradicionalmente las ciencias médicas (Cerruti, 1986).

De estos conceptos surge el doble enlace 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.

Con el desarrollo de esta investigación se procura la integración de los elementos anteriores y el logro de dos resultados: 1) la creación y validación de una escala psicométrica compuesta por cuatro dimensiones (salud sexual, salud reproductiva, VIH / SIDA / ITS y Uso

del Condón) y tres categorías (conocimientos, actitudes y prácticas), y 2) la aplicación de la escala validada a una muestra representativa de estudiantes universitarios.

II. Justificación y pertinencia

El proceso de investigación que se desarrolló tiene como antecedente el proyecto “Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo de prevención del VIH/SIDA entre adolescentes del cantón de Montes de Oca” (Brenes, 2000). Por otro lado, existe como marco de referencia para el trabajo, específicamente en la temática de VIH/SIDA, las recomendaciones para una política de prevención en esta materia en la población estudiantil de la Universidad Nacional.

Cuando se habla del desarrollo integral de las personas, específicamente en la población adolescente y joven que caracteriza a los y las estudiantes de la Universidad Nacional, debe remitirse necesariamente a la sexualidad, como una de las dimensiones que en estos procesos y dinámicas cobra especial interés.

Generalmente cuando esta temática se aborda en actividades de capacitación, información, educación o comunicación, su tratamiento se ha focalizado en aspectos relacionados con la genitalidad y lo reproductivo, asumiendo perspectivas que incorporan básicamente la prevención de los embarazos, las ITS y el VIH/SIDA, siendo usual encontrar una desvinculación entre la genitalidad y el afecto.

Por otro lado, las investigaciones que se han realizado a nivel nacional también han preponderado el estudio de lo anterior. Por ejemplo, las Encuestas Nacionales de Fecundidad, que si bien es cierto brindan datos de gran relevancia en cuanto a la salud reproductiva, son muy poco efectivas para conocer qué sucede con la población costarricense en cuanto a la salud sexual. Es decir, el paradigma imperante en el estudio de la sexualidad ha estado remitido, principalmente, a la salud reproductiva.

Es evidente que esta situación responde a una ideología imperante de control social de la sexualidad. Sin embargo, se hace necesario asumir una posición de revisión crítica permanente de los propios prejuicios, mitos y estereotipos sociales en relación con la sexualidad que permita ubicarse frente a las otras personas, con una visión transparente, natural, amplia e integral, con información veraz y con una actitud de respeto frente a las vivencias y decisiones personales en cuanto a la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva.

En el sentido anterior, en la Universidad Nacional existe un espacio apropiado para el desarrollo de procesos de investigación que permiten conocer cuál es la situación de los y las estudiantes frente a su salud sexual y reproductiva, cuáles son sus conocimientos al respecto, cuáles son sus actitudes frente a la temática y qué tipo de prácticas tienen. Estos procesos de investigación, a su vez, facilitan información de suma relevancia para generar procesos participativos, a través de la docencia, para la población estudiantil, que toman como base sus necesidades de información, reflexión y capacitación.

Finalmente, este proyecto es pertinente por las siguientes razones:

- Contribuye con el logro de los acuerdos y compromisos adquiridos por Costa Rica, como país miembro de las Naciones Unidas, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo y ratificados en Beijing, en cuanto a la creación de acciones y desarrollo de investigaciones para promover la salud sexual y reproductiva de la población costarricense.
- Permite la recopilación de un inventario de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de la población estudiantil sobre salud sexual y reproductiva, información que podrá ser utilizada por las autoridades universitarias para la creación de políticas de atención y promoción de la salud para la población, basadas en sus necesidades.
- Con los resultados del CAP se contará con un marco de referencia para el desarrollo futuro de procesos participativos con los y las estudiantes, buscando impactar y promocionar la adquisición de modos de vida saludable.

III. Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes

Las personas jóvenes inician su vida sexual en edades tempranas, sin protegerse de embarazos no deseados e ITS. Por ejemplo, entre las y los adolescentes sexualmente activos, la edad del inicio que reportaron fue de 13,5 años; 64% dijo no haber utilizado ninguna forma de protección y 13% lo utilizó solo una vez. Solamente 5% dijo haberse protegido más de una vez. El 50% de las mujeres costarricenses tuvo su primera relación sexual entre los 16 y 21 años, siendo la edad promedio de 18.6 años (UNFPA, 2002).

Con respecto a la tasa de natalidad, ésta ha aumentado para las mujeres de 15 y 19 años de un 15,8% en 1990 a un 21,2% en el año 2000, representando el tercer grupo más importante. La cohorte de mujeres menores de 20 años ha crecido de 680883 en 1990 a 827442 en el año 2000. Así, la combinación de la cohorte más numerosa de mujeres adolescentes y la tasa de fecundidad, resulta en un aumento de los nacimientos en mujeres de menos de 20 años, de 12578 en 1990 a 16610 en el 2000. Las mujeres con edades entre los 20 y 24 años presentan la tasa más alta de fecundidad (0.1316), seguidas por el grupo entre los 25 y los 29 años de edad (0.1143). El VII Informe del Estado de la Nación señala la alta proporción de nacimientos en madres adolescentes como un problema urgente en materia de salud de las mujeres en Costa Rica.

En el estudio realizado por Valverde y colaboradores en el 2001, se señala que de un total de 1749 adolescentes hombres (882) y mujeres entrevistadas (867) de todo el país, 76.4% reportó conocer el preservativo como método anticonceptivo, mientras que 13.3% dijo no conocer ninguno. Por otra parte, de esta muestra, 87.5% de la población sexualmente activa reportó conocer el preservativo como método anticonceptivo, pero sólo 60.9% lo utilizaba. El uso del preservativo está principalmente asociado para evitar el embarazo y no las infecciones de transmisión sexual. Otros datos arrojados por la investigación apuntan a que se observan bajos porcentajes en cuanto al conocimiento sobre las diferentes infecciones de transmisión sexual; 95% refiere haber oído hablar sobre el SIDA, sin embargo, solo 80% lo reconoce como una ITS. Únicamente 25.7% reconoce el uso del preservativo como un medio para evitar la infección con el virus del SIDA (Valverde, et al., 2001).

De acuerdo con la investigación realizada en el Programa Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) sobre conductas de riesgo en adolescentes en el año 1999, se encontró que las y los adolescentes que están en el sistema de educación formal tienen mayores posibilidades de recibir información sobre el VIH/SIDA que quienes están fuera.

IV. Delimitación conceptual¹

1. La Sexualidad

No hay una definición fácil para el concepto de sexualidad humana. Esta dificultad surge principalmente de que la definición de un concepto es una abstracción y, como tal, no es ajena a la influencia del contexto y del proceso sociocultural e histórico concreto en el que se construye dicha definición. Otra dificultad que se presenta al intentar definir la sexualidad humana es que a menudo no se establece una diferencia entre sexo y sexualidad (OPS, OMS: 2000).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el sexo es “el conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hembras y machos. El uso del término se limita al plano biológico.” (OMS, OPS, 2000: 6) y la sexualidad “se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todos lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.” (OPS, OMS, 2000: 6).

La sexualidad es una variable compleja y encierra una gama de valores y actitudes. En el colectivo se maneja un concepto de sexualidad como lo biológico y más específicamente como lo genital, lo coital, obviando que la sexualidad es un concepto multifactorial, donde intervienen aspectos sociales, psicológicos y biológicos. Es decir, es un concepto donde convergen niveles de conocimiento, sentimiento y comportamiento² y no sólo cambios o manejos del desarrollo del cuerpo.

Sin embargo, en las últimas décadas se ha pretendido conceptuar dichos términos desde varias aristas y distintas entre sí. Así, se ha venido construyendo un concepto tanto objetivo como subjetivo de la sexualidad. Si la construcción de la sexualidad depende de la forma en la que se ve y de como nos ven las demás personas, así será la asignación social de roles y comportamientos según el género y sexo. Por ello la sexualidad como complejo sociocultural manifiesta creencias, mitos y tabúes y eso definirá la cosmovisión y el concepto de lo que es sexualidad o bien lo que se entienda por ella.

¹ Este apartado fue construido en colaboración con la Licda. Tatiana Fonseca, investigadora del Proyecto en el segundo semestre de 2004.

² Nótese que en el apartado referente a la conceptualización de actitudes estos tres elementos integran el modelo que se utilizó para tratar de medir las actitudes hacia la salud sexual y la salud reproductiva.

Aunque la sexualidad sea vivida corporalmente, los cuerpos y sus prácticas tienen un significado cultural. Es por ello que la sexualidad no es un acto meramente biológico sino que las normatividades de la vida sexual y amorosa se encuentran, de hecho, prescritas y proscritas por diversos espacios, tiempos, modos y ritos (Machado-Pais, 2003).

2. El enfoque patriarcal de la sexualidad

Ha imperado en la cotidianidad, en el hacer y las prácticas sociales, la cosmovisión occidental religiosa, influyendo en la práctica de la sexualidad que, desde una perspectiva sincretista del pensamiento judeocristiano y la doble moral, es vista como fuente de pecado, que se debe dar dentro del matrimonio y solo con fines sólo reproductivos (Campos y Salas, 2002).

Desde este enfoque la sexualidad es estigmatizada como pecado, delito o enfermedad, y lo que se programa en materia de salud sexual está mediatizado por un plan que promueve un punto de vista biológico y reproductivo, cargado de mitos y con una serie de mecanismos represivos que lejos de informar, desinforman sobre como vivir una sexualidad sana en todos sus aspectos.

La sexualidad patriarcal dimensiona una perspectiva donde se la visualiza como una evolución de un acto natural ligado a la procreación y a los ciclos fisiológicos. Esta forma de entender la sexualidad ha sido un determinante histórico e ideológico en la cultura latinoamericana, está regida por instituciones políticas que la controlan, al lado de que existe una noción de la propiedad de los cuerpos.

Campos y Salas (2002) resumen este enfoque como aquel en el que lo masculino predomina en la vida social, en la cultura, en la economía y en la política. Se promueven relaciones desiguales entre hombres y mujeres de modo que los roles sexuales como construcciones sociales y como mecanismos ideológicos determinarán el cómo se concibe la sexualidad desde si se es hombre o mujer.

Como se mencionó anteriormente, se comienza a asociar a la sexualidad con lo biológico, con el aparato reproductor, con enfermedades, con el acto coital y la penetración vaginal. Si bien es cierto lo anterior forma parte de la práctica de la sexualidad no es su única expresión. Lo anterior conlleva a que se de un control por la necesidad de encuadrar y reprimir la sexualidad humana en el marco de las instituciones (familia, matrimonio, salud, educación, etc.) en función de la reproducción humana.

Por otro lado, si otras formas de manifestación de la sexualidad se consideran prohibidas y pecaminosas, quedan sujetas a una continua represión. La represión sexual es la expresión de la ideología de un sistema social opresivo que tiende al inmovilismo y la perpetuación del estatus logrado: es un acto para vivir en el matrimonio, el fin es la reproducción y es de carácter heterosexual (Campos y Salas, 2002).

3. El enfoque integral de la sexualidad

Un planteamiento alternativo que se ha venido tratando de incorporar en diversos procesos de reflexión, educación e investigación es el llamado sexualidad integral. Esta perspectiva

asume como ejes transversales el género, la equidad, la feminidad y la masculinidad, los derechos humanos sexuales y reproductivos, la potenciación, entre otros. Algunos autores mencionan que como la sexualidad es un complejo aspecto sociocultural deben dimensionarse sus partes. Las dimensiones que proponen Campos y Salas (2002) son:

- Dimensión erótica y del placer.
- Dimensión histórica – cultural: es una categoría eminentemente política en la que se reflejan las contradicciones y luchas ideológicas y sociales.
- Dimensión de socialización según el género (construcción de la identidad femenina y masculina)
- Dimensión de derechos humanos.
- Dimensión de respeto a la diversidad.
- Dimensión subjetiva e intersubjetiva en función de la construcción de vínculos afectivos.

El enfoque integral dimensiona a la sexualidad desde aspectos biológicos, socioculturales, psicológicos y político – ideológicos. Concibe a los seres humanos como sujetos sexuados, en donde las diversas dimensiones se entrelazan y crean el marco de referencia para entender la sexualidad en sus aspectos particulares y globales.

Desde este enfoque se entiende a la sexualidad como la forma en que se relacionan las personas, cómo se dan afecto y comparten sentimientos, vivencias y pensamientos presentes en relaciones fraternas, paterno filiales, de amistad y de pareja. Enfatiza en que los seres humanos nacemos con un sexo biológico, pero devenimos psicológica y socialmente sexuados.

La sexualidad 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).

4. Salud sexual y salud reproductiva

Salud sexual y salud reproductiva no son lo mismo. 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. Siguiendo a Avila (2002), la reproducción es producto de la relación sexual, pero la determinación biológica entre sexualidad y reproducción no es biológica sino social. Es por esto que en el campo de la reproducción, la formulación de derechos ha sido el resultado de una forma de pensamiento y de lucha que ha tenido como propósito tratar de extirpar, desde lo moral, la relación obligatoria entre sexualidad y reproducción.

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 (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Programa de Acción, párrafo 7.2).

Se define entonces 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 sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Programa de Acción, párrafo 7.2). Significa tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura; esto es, libre de enfermedad, lesiones, violencia, discapacidad, dolor innecesario o riesgo de muerte.

El ejercicio de la sexualidad orienta acciones, sentimientos y relaciones entre las personas y las lleva a entrar en contacto y construir vínculos sociales e íntimos, de reproducción de la energía vital. El problema es que la sexualidad no siempre se expresa de esa manera y se puede convertir en una experiencia que atenta contra la salud.

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social (OPS, OMS, 2000).

Pensar en la salud sexual y reproductiva implica la inclusión de determinantes genéticos, de desarrollo económico y cultural, de conducta sexual y reproductiva, de conocimientos, ecológicos, de ahí que la salud pública y el desarrollo de procesos educativos son ejes fundamentales para contribuir con el cambio social.

5. Desarrollo humano

El respeto a los derechos humanos se fundamenta en la dignidad de las personas. Por eso todo ser humano, sin importar su edad, etnia, religión, sexo, escolaridad, orientación sexual o condición social, goza de ellos. Los derechos humanos son las facultades, prerrogativas y libertades fundamentales que tiene una persona por el simple hecho de serlo, sin los cuales no se puede vivir como tal, de ahí que integran los procesos de construcción de la salud en general, y de la salud sexual y reproductiva en particular.

Alrededor de los derechos humanos se ha orquestado un movimiento a escala internacional que está demandando el derecho fundamental de todas las personas a vivir sus afectos y a ejercer la sexualidad, libres de coerción, discriminación y violencia.

Es de este modo que el desarrollo humano es un proceso cotidiano que conduce a la ampliación de las opciones de que disponen las personas para construir su bienestar y a la realización del potencial personal. Sin embargo, es claro que este proceso no se puede dar sin tener la posibilidad de acceder a una vida saludable, sin adquirir conocimientos y sin tener acceso a los recursos necesarios para vivir con dignidad.

El desarrollo humano centrado en las personas, llamado desarrollo a escala humana “... se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades fundamentales, en la generación de niveles crecientes de auto dependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la sociedad civil con el Estado. Necesidades humanas, auto dependencia y articulaciones orgánicas son los pilares fundamentales que sustentan el desarrollo a escala humana.” (Max-Neef en Lagarde, 1997:101).

Por otro lado, la salud es un elemento fundamental para garantizar el desarrollo humano, sin embargo no hay que perder de vista que no basta con curar la enfermedad y garantizar algunos años más de vida a las personas. Es necesario reconocer y enfrentar las diversas condiciones de vida que puedan estar interfiriendo con el estado y desarrollo de la salud, por lo tanto, que puedan obstaculizar el desarrollo de las personas.

El derecho humano a vivir con salud (Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25) tiene relación directa con el derecho humano a vivir con dignidad y bienestar. Es por esto que cuando se habla de la construcción de formas de vida más saludables como uno de los elementos fundamentales del bienestar, se necesita pensar en todas las esferas de la vida que se relacionan con la salud y la sexualidad es una de ellas. Por esta razón, se puede decir que para contar con bienestar general se necesita de un bienestar sexual expresado como salud sexual y reproductiva.

De ahí que “(...) abordar la sexualidad y la reproducción desde la perspectiva del Derecho y, por lo tanto, desde el punto de vista de la ciudadanía, el ejercicio de la ciudadanía y el desarrollo integral de la persona humana, (...) pertenece al campo de los derechos humanos.” (Pimentel, 2002: 168-169).

6. Derechos sexuales y derechos reproductivos

En general los derechos sexuales y reproductivos se pueden resumir de la siguiente forma:

- a. El derecho a la realización plena de la vida sexual, que comprende: derecho a la libertad sexual; derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales; derecho a la privacidad sexual, derecho a la equidad sexual, derecho al placer sexual, derecho a la expresión sexual emocional; derecho a la libre opción sexual.
- b. El derecho a la libre opción de la maternidad y la paternidad.
- c. El derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables.
- d. El derecho a la no discriminación por razón del sexo, las preferencias sexuales o por el ejercicio de la opción a la maternidad-paternidad.
- e. El derecho a la información sexual basada en el conocimiento científico.
- f. El derecho a la educación sexual integral.
- g. El derecho a la atención integral de la salud sexual y reproductiva.

Los derechos reproductivos incluyen los derechos de las personas a tomar decisiones libres e informadas sobre su vida reproductiva, incluyendo el número de hijos e hijas, cuándo y con qué frecuencia tenerles. Los derechos sexuales incluyen la toma de decisiones libres e informadas sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad de las personas, ser libres de discriminación, coacción o violencia en sus decisiones y vida sexual; esperar y exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

El poder y el control de los recursos son dos elementos clave de los derechos sexuales y reproductivos. Cuando se habla de poder, se hace en función de la toma de decisiones informadas acerca de la propia fecundidad, crianza de los hijos e hijas, salud ginecológica y del aparato reproductor y sexualidad. En cuanto a los recursos, se enfatiza en la puesta en práctica de las decisiones en condiciones seguras y efectivas.

Este concepto remite también a la legitimación social de la sexualidad desprovista, conscientemente, de fines reproductivos. Incluye poseer y ejercer el derecho al uso de métodos anticonceptivos seguros y eficaces, embarazo y partos seguros, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, infertilidad y cáncer genito – mamario, servicios de salud integrales y de calidad, libertad de elección, de información y decisión en cuestiones sexuales y reproductivas, sin coacción, ni violencia.

7. La perspectiva de género y los derechos humanos

Como ya se mencionó, los derechos humanos son producto de un proceso histórico que tiene implicaciones en la vida diaria y en el cuerpo de cada ser humano. Para Alpízar et al. (2002) estos derechos son cambiantes pues se van construyendo a partir de las necesidades y luchas políticas en un momento dado. Por ello se hace necesario conocer el marco político y ético que define criterios para las relaciones interpersonales y sociales y que tenga estrecha relación con aspectos de la sexualidad.

La incorporación de la perspectiva de género en materia de derechos humanos refiere a prevenir la exterminación, la mutilación y la explotación de los seres humanos. Sin embargo, cabe destacar que la mayoría de los mecanismos que fueron concebidos para la defensa y promoción de los derechos humanos fueron desarrollados a partir de descripciones de la realidad que excluían las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

El género es el resultado de la construcción social de dos identidades y la agrupación de todas las personas en ambos grupos, y alude a las formas históricas y socioculturales en que hombres y mujeres interactúan, dividen sus funciones y las relaciones de poder que implica. Cada sociedad crea un orden, generando unas normas de obligado cumplimiento, unas limitaciones o tabúes y una jerarquía conforme a sus intereses y creencias. Cuando ese orden consigue instalarse durante largo tiempo se naturaliza, deja de parecer un artificio humano para percibirse como parte del orden natural. El modelo de sociedad que conocemos ha construido un orden basado en dos grupos, hombres y mujeres, muy diferenciados entre sí y con destinos asignados y jerarquizados según el sexo.

Estos dos paneles de control, paquetes de valores y de espacios asignados a hombres y mujeres, es lo que se llama construcción social del género. De esta forma, el concepto de

género no hace referencia a las características derivadas de las realidades biológicas o naturales, sino a aquellas que varían de una cultura a otra, según su manera de organizar la acción y la experiencia individual. Distingue entre lo biológico y lo social a partir del reconocimiento de que las diferencias entre hombres y mujeres son tanto biológicas como sociales y, consiguientemente, las diferencias de género estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social.

Según Scott (1990), la definición de género requiere la consideración de dos partes distintas, aunque interrelacionadas, y cuatro elementos principales. Las partes son (1) el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos y también es (2) una forma primaria de relaciones significantes de poder. Los cuatro elementos de análisis son:

- Los símbolos y los mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples.
- Los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos. Estos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman categóricamente y unívocamente el significado de hombre y mujer, de lo masculino y lo femenino.
- Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado laboral segregado por sexos, las instituciones educativas, la política.
- Las identidades subjetivas.

Indudablemente las personas son originales e irrepetibles, sin embargo se pueden observar las regularidades que se producen en el comportamiento según se pertenezca al género femenino o masculino. Señala Ayllón que “todo aquel que interviene en nuestra vida y que no cuestiona los valores de género, los transmite y, a veces, voluntariamente los esgrime como forma de presión o represión para conseguir una respuesta adecuada – de género – de la persona presionada” (Ayllón, 2002: 4). Y es que la lógica de género es de poder y de dominación. Esta lógica es, según Scott (1990), la forma paradigmática de violencia simbólica, definida como aquella violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad o consentimiento.

De esta manera, el enfoque de género en esta investigación plantea el desafío de particularizar y de explorar en las realidades más que en asumirlas como dadas. En este sentido, se contrapone a la idea de un universal de mujer u hombre y a la fijación de su identidad, posición y condición. Precisamente este término, al deconstruir analíticamente las relaciones entre hombres y mujeres, abre la posibilidad de la transformación.

8. El análisis de género

La introducción de la noción de género en los análisis sociales trajo consigo una serie de rupturas epistemológicas y metodológicas en las formas en cómo se había entendido la posición de las mujeres y de los hombres en las distintas sociedades humanas.

En primer lugar supuso la idea de variabilidad, porque al ser la feminidad y la masculinidad una construcción social, sus definiciones variarían de una cultura a otra.

En segundo lugar, configura una idea relacional: el género como construcción social de las diferencias sexuales alude a las distinciones entre femenino y masculino y, por ende, a las relaciones entre ellos. Es por esto que el análisis desde la perspectiva de género propone que es preciso estudiar las relaciones entre mujeres y hombres porque en la mayoría de las sociedades sus diferencias producen desigualdad y porque permite visualizar dentro de un sistema social que las relaciones entre hombres y mujeres están mediadas por el poder, donde lo masculino domina lo femenino.

En tercer lugar, saca a la escena el principio de la multiplicidad de elementos que constituyen la identidad de una persona porque el género será experimentado y definido de modo particular de acuerdo con la pertenencia étnica, de clase, de edad, etc. De este modo, propone comprender a las mujeres y los hombres no solo desde uno de sus perfiles (el sexo) sino desde las categorías que moldean y especifican su ser femenino o masculino.

Por último, emerge la idea de posicionamiento: el análisis desde la perspectiva de género supondrá el estudio del contexto en el que se dan las relaciones de hombres y mujeres, y de la diversidad de posiciones que ocupan. El supuesto que hay detrás de la noción de posicionamiento es que es preciso indagar en los desplazamientos que experimentan las personas al interior de las jerarquías³. Por lo tanto, la perspectiva de género se enfoca en el análisis de las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a sus roles, actividades, necesidades, capacidades, oportunidades y subordinaciones, en un contexto sociocultural e histórico determinado.

El aporte fundamental de este modelo teórico es poner en evidencia que el sexo alude únicamente a los aspectos físicos, biológicos y anatómicos que distinguen lo que es un macho y una hembra, y que no determina características, formas de ser y menos aún una superioridad o inferioridad social según sean las características físicas y biológicas.

A partir de este análisis se llega a concluir que es sobre las diferencias biológicas que se asignan roles y atributos que se identifican como “femeninos o masculinos”, es decir se asigna el género y posteriormente se incidirá en las prácticas sexuales.

9. Los conceptos que involucra el análisis de género

a. El poder

El poder es una relación social. Esta concepción amplía la mirada para entender todas y cada una de las relaciones como relaciones de poder. “El poder, en cuanto realidad, no es un objeto físico que se tiene y se quita, una cosa que asalta y se reparte, sino que es una relación social; o mejor aún, es aquel carácter de las relaciones sociales que permite a unos

³ Por ejemplo, una mujer de algún país latinoamericano, profesional, de clase media, casada, podría atravesar por distintas posiciones en un mismo día: podría estar en una relación de subordinación frente a su esposo, pero de superioridad frente a su empleada doméstica; luego, en el trabajo, podría estar en una posición superior frente a la persona que labora en la mensajería, en igualdad con sus pares y en subordinación frente a su jefatura, etc.

sacar adelante sus intereses e imponérselos a otros.” (Comisión de Poder Local, Desarrollo y Democracia, 1998: 1).

Sin embargo, existen diversas formas de entender el poder. Algunas de ellas lo abordan desde perspectivas dualistas, dicotómicas o binarias, que lo entienden únicamente como enfrentamiento entre opuestos, “... como algo interpersonal o estructural; con un sentido instrumental individual o con un sentido político colectivo; como estático, referido a la falta de poder, o como dinámico, en cuanto al poder de resistir o subvertir; como toma de decisiones en conflictos abiertos u observables o como supresión o negación de intereses no sólo para la toma de decisiones sino en la conciencia.” (León, 1997: 15).

Frente a este tipo de concepciones de poder resulta que su planteo debe hacerse desde una perspectiva multidimensional que incorpora todas las dimensiones anteriores, y no excluyente, que reivindica la importancia de acceder tanto a espacios de poder como de acceder y controlar las fuentes de poder, desde el punto de vista de las relaciones sociales.

El poder se ejerce en las relaciones sociales en todos los niveles y en todos los ámbitos, en cuanto se tiene control sobre los bienes materiales, los recursos intelectuales y la ideología. Entre los bienes materiales sobre los que se puede ejercer control están los físicos, humanos o financieros, tales como la tierra, el agua, los bosques, los cuerpos de las personas, el trabajo, el dinero y el acceso a este.

Entre los recursos intelectuales se encuentran los conocimientos, la información y las ideas. “El control sobre la ideología significa la habilidad para generar, propagar, sostener e institucionalizar conjuntos específicos de creencias, valores, actitudes y comportamientos, determinando virtualmente la forma en que las personas perciben y funcionan en un entorno socioeconómico y político dado.” (León, 1997: 192).

Por lo tanto, el poder se acumula para quienes tienen control o están capacitados para influir en la distribución de los recursos materiales, el conocimiento y la ideología que gobierna las relaciones sociales, tanto en la vida privada como en la pública. En esta línea, la perspectiva de género señala que el basamento principal del poder es la posesión desigual de los recursos aunque, como se abordará más adelante, tiene que ver también con el desarrollo de habilidades y capacidades para el logro de la equidad.

b. La equidad y la igualdad

La equidad desde el análisis de género es el proceso de promover la justicia con las mujeres y los hombres. Para asegurar esa justicia a menudo es necesario disponer de medidas que permitan compensar las desventajas históricas que impiden a las mujeres actuar en igualdad de condiciones con respecto de los hombres.

Desde este análisis es la equidad la que conduce a la igualdad, lo que significa que tanto las mujeres como los hombres gocen de la misma condición para ejercer plenamente sus derechos y para realizar su potencial para contribuir con el desarrollo nacional, político, económico, social y cultural, y beneficiarse de los resultados. Es, por lo tanto, la valoración de parte de la sociedad de las similitudes y las diferencias entre la mujer y el hombre y de los diferentes roles que poseen.

Como se puede observar, la equidad hace referencia al concepto de justicia⁴. Rodríguez (2002) resume algunos aspectos claves alrededor de esta relación, tales como:

- a. La equidad es un concepto que resulta de la evolución histórica del de justicia.
- b. Cuando se enfatiza la justicia como equidad, se hace referencia a que esta última es una problemática intrínsecamente social.
- c. La equidad no obedece al análisis de situaciones individuales sino de la justicia en términos de la vida social en general, por lo que es un elemento estructurante de la sociedad.

Ahora bien, "... se puede señalar que la equidad como componente de la justicia ha sido entendida principalmente como un fenómeno del discurso sobre la igualdad, específicamente como resultado del binomio igualdad-desigualdad. Sin embargo, la discusión no se ha anclado en esta perspectiva sino que ha avanzado a la comprensión de la igualdad como un fenómeno que trasciende el igualitarismo estricto. Desde esta perspectiva se habla entonces de equidad como criterio de la aplicación de políticas de igualdad." (Rodríguez, 2002: 5).

Desde este punto de vista, la equidad no solo se muestra como un criterio para la distribución del acceso a los recursos y, por consiguiente, para la obtención de igualdad en el logro de resultados, sino se propone que la equidad debe estar orientada al desarrollo de oportunidades y, por consiguiente, al desarrollo humano. Es decir, la equidad, al relacionarse únicamente con la igualdad de resultados podría generar inequidad referida al acceso a los recursos, porque una distribución igualitaria de los bienes y servicios no garantiza que se tome en cuenta las necesidades, habilidades y aspiraciones de las personas. Por otro lado, la equidad entendida como el desarrollo de capacidades solo puede ser útil si las personas poseen las oportunidades para aprovecharlas.

Este tipo de razonamiento ha sido desarrollado ampliamente por Amartya Sen y Rodríguez (2002) lo resume de la siguiente forma:

- a. La equidad es un fenómeno diferente al de la igualdad, en donde la primera no necesariamente conduce al logro de la última.
- b. La equidad no se centra en la posesión de bienes aunque sean definidos como bienes mínimos.
- c. La equidad se refiere a justifica en el sentido de oportunidades sociales.
- d. Las oportunidades sociales se constituyen como opción solo cuando media el desarrollo de capacidades y, a la inversa, se puede señalar que el desarrollo de capacidades es una vía para que se gesten nuevas oportunidades.
- e. Lo innovador de este modelo de equidad es que se centra en el ser humano y sus capacidades como posibilidad para la realización.

Para resumir, la equidad debe ser entendida no solo como un criterio de distribución de los recursos, sino como la concreción de oportunidades que se generan a partir del empleo de esos recursos y orientada al desarrollo de capacidades que le permitan a las personas mayores posibilidades de acciones y, en consecuencia, mayor libertad.

⁴ Para una profundización sobre la relación entre la equidad y la justicia, léase el análisis que presenta José Miguel Rodríguez García sobre la equidad como desarrollo de capacidades y la delimitación del concepto de equidad, que aparece en las referencias bibliográficas al final de este documento.

c. La potenciación

La potenciación es el proceso mediante el cual mujeres y hombres toman el control de sus vidas (fijan sus propios programas, ganan capacidad técnica, ganan confianza en sí mismos, solucionan problemas y desarrollan autosuficiencia), sin perder de vista la interrelación entre las personas. No es solo un proceso colectivo, social y político, sino también es un proceso individual, aunque no se constituye como una práctica individual e intimista, y no es solo un proceso sino un resultado.

Ninguna persona puede potenciar a otra, sino que tiene que hacerlo por sí misma o expresarse en defensa propia. No obstante, las instituciones pueden apoyar procesos que aumenten la auto-confianza en las personas, que las hagan más autónomas y que las ayuden a establecer sus propios objetivos.

Por lo tanto, el concepto de potenciación remite al proceso social por medio del cual se transforman las relaciones de poder y, por lo tanto, el acceso a los recursos, de manera que cada persona sea más íntegra y pueda utilizar el máximo de su potencial en la construcción de una sociedad más humana y equitativa. Si extrapolamos estas consideraciones a los conceptos de Sen tendríamos que la potenciación está intrínsecamente relacionada con el desarrollo de oportunidades y de capacidades.

La potenciación de las mujeres significa generar procesos en las que ellas se fortalezcan y se constituyan como actrices sociales y a su vez tengan incidencia en todos los campos de la vida humana (Alpizar y otras, 2002). Trata de que la mujer participe activamente en la toma de decisiones, que sea visible su aporte y su actuar.

El conjunto de procesos de potenciación es el de todos aquellos conducentes a lograr que las mujeres vayan teniendo recursos, bienes, habilidades, capacidades, espacios y todo lo que sea mejorar las condiciones de vida. Además trata de desarticular la opresión y que a la vez se vuelva una forma de pensar, actuar y sentir de las mujeres y los hombres (Alpizar y otras, 2002).

Para que este proceso tenga una dimensión a nivel de la sociedad se requiere que no solo haya potenciación de género individual sino colectivo. De este modo, es un proceso en el que se da una articulación entre una construcción social colectiva y una apropiación individual subjetiva.

d. Las necesidades

Las necesidades de género son las aspiraciones más importantes, comunes a todos los seres humanos. Sin embargo, al tener distintas posiciones sociales, diferentes roles y desigual acceso y control de los recursos, hombres y mujeres tienen distintas necesidades. Las necesidades de género implican, de estas aspiraciones, las que son comunes a las mujeres o los hombres, en virtud de su ubicación social, de acuerdo con sus atributos de género. Estas necesidades se clasifican en prácticas y estratégicas.

Las necesidades prácticas pueden definirse como necesidades inmediatas (agua, alojamiento, alimentos, ingresos y servicios de salud) dentro de un contexto específico. Estas

se relacionan con los papeles y las responsabilidades que tradicionalmente han tenido las mujeres y los hombres, y se derivan de sus experiencias concretas. Las estrategias hacen referencia a la condición de las mujeres en relación con los hombres dentro de la sociedad. Estos intereses varían dentro de cada contexto y están ligados a roles y expectativas así como a las divisiones del trabajo, recursos y poder según el género y como éstos influirán en la sexualidad de las personas.

Los intereses estratégicos pueden incluir derechos legales, erradicación de diferencias salariales, protección contra la violencia doméstica, mayor participación en la toma de decisiones y control de las mujeres sobre sus cuerpos. Es decir, se refieren a aspectos de equidad y potenciación (desarrollo de habilidades y capacidades), de ahí que son más difíciles de identificar que las necesidades de tipo práctico.

e. La identidad

La identidad la conforman múltiples factores determinantes. Uno de ellos es el género (uno de los elementos simbólicos más expreso), que es designado a su vez por la cultura. Otros elementos son la clase, la nacionalidad, la edad, la etnia, la sexualidad, la religión y la ideología.

Estos elementos que construyen la identidad se van organizando a través de una metodología sociocultural histórica. Es decir, la identidad es construida y es producto de la sociedad y la cultura concreta que conforma a los sujetos que la reproducen. Es así como en algunas culturas sólo miran la diferencia y la semejanza genital y sobre ello se construyen los géneros, considerando atributos biológicos una gama enorme de cualidades que son culturales (Alpizar y otras, 2002).

Todas las sociedades han clasificado, asignado valores, actividades y funciones a partir de las diferencias sexuales biológicas y con ello van determinando la identidad sexual de los sujetos. El sistema de clasificación llega a ser por lo tanto un sistema de inclusión o exclusión según el género. Inclusión o exclusión de las actividades, las funciones, los territorios, los espacios, los modos de vida, de las formas de sentir y pensar, de las relaciones y de la sexualidad.

f. La diversidad

En la sociedad actual se suele mirar la realidad de forma dual. La diversidad propone identificar y reconocer la pluralidad, de forma que se reconozca y se valoren las diferencias individuales y colectivas (Alpizar y otras, 2002). Reconocer la diversidad ampliaría el panorama de cómo se encuentran los seres humanos en materia de sexualidad, las diferencias de género y los distintos matices de las condiciones de desigualdad en la que se encuentran por ejemplo las mujeres, los jóvenes o las personas homosexuales.

10. La sexualidad y la población joven

Ocuparse de la salud de los jóvenes y adolescentes no necesita justificación. Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (OMS, 1999). Las diferencias en las condiciones de vida provocan cambios en el comportamiento y muchos de estos cambios

empiezan significativamente en la adolescencia y la juventud. Por lo tanto tienen consecuencias para la salud individual y pública.

Algunos antecedentes que enmarcan la importancia de abordar la sexualidad en la población joven y adolescente y que toman en cuenta lo expuesto anteriormente son:

- La Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (1986).
- Promoción de la salud y elaboración de una política sana (OMS)
- Convención sobre los Derechos del Niño, creando los pasos para definir los Derechos de la población juvenil.
- Posteriormente el Programa de Investigación sobre la Mujer y el SIDA facilitó los campos de acción en este sentido.

Estos programas y convenios han realizado sus proyectos bajo la premisa de que en materia de salud reproductiva y sexual, se hace imperativo tratar los problemas de adolescentes y jóvenes que estén asociados con tipos concretos de comportamiento tales como la actividad sexual sin protección. Estas actividades aumentan el riesgo de embarazos y partos precoces y no deseados, también abortos peligrosos, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA (OMS, 1999).

Los esfuerzos de los demás sectores, tales como las universidades, que puedan involucrarse en la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, y que buscan mejorar los aspectos concretos de su vida y su salud mental, beneficiarán a la sociedad en general.

V. Planteamiento del problema

El modelo de salud sexual imperante en nuestro país, por lo menos hasta la última década del siglo pasado, ha estado fundamentado en la salud reproductiva, específicamente en el control de la natalidad, la planificación familiar y la salud materno infantil.

La salud reproductiva, en términos generales, ha venido relacionándose con un enfoque más amplio que tiene como propuesta implícita el desarrollo humano. Ese estado de salud se modifica con el tiempo, según la magnitud de los determinantes del proceso salud – enfermedad y la capacidad o incapacidad de respuesta social para atenderlos.

Se plantea así que los determinantes en el campo de la salud y la respuesta social se encuentran en una constante interacción y hay una relación de interdependencia que los hace condicionarse entre sí. Asimismo, son tan amplios que los determinantes van más allá de los aspectos biológicos y la respuesta social puede darse tanto dentro como fuera del sector salud. Podemos decir que todas las variables relacionadas con el desarrollo humano aportan a este enfoque, en el que la salud llega a convertirse en bienestar social.

La propuesta de este proyecto integra las condiciones anteriores, en el que se trata de abordar la problemática alrededor de la salud sexual y reproductiva desde un abordaje que integra los elementos desarrollados en la delimitación conceptual.

En este sentido, nuestro problema consiste en cómo medir, con una perspectiva de derechos humanos y de género, los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los y las estudiantes de la Universidad Nacional a través de un conjunto de escalas, de manera que se pueda contar con información confiable de base que permita la posterior construcción de respuestas para el abordaje de la problemática por medio del desarrollo de procesos participativos con la población estudiantil, basada en sus propias necesidades.

VI. Objetivos

1. General

Aprender sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los y las estudiantes de la Universidad Nacional.

2. Específicos

1. Crear y validar instrumentos que colaboren con la medición de los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de la población estudiantil de la Universidad Nacional.
2. Determinar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los y las estudiantes de la Universidad Nacional.

VII. Metodología

1. Consideraciones generales

Este estudio se fundamentó tomando como base procesos de investigación cualitativa y cuantitativa. Desde lo cualitativo se crearon los constructos teóricos (dimensiones y categorías) que pretenden dar cuenta de los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva, y posteriormente se validaron con personas conocedoras de las temáticas.

En cuanto al abordaje cuantitativo, una vez que los constructos teóricos fueron validados y se produjo la primera reducción de los ítems en cada una de las categorías (conocimientos, actitudes y prácticas) de las dimensiones (salud sexual, salud reproductiva, VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, uso del condón), se conformó un instrumento para realizar una prueba piloto con 161 estudiantes que permitió aplicar un análisis de validez y confiabilidad estadística para una segunda reducción en la cantidad de ítems y proponer una versión final de las escalas que se aplicaron a la muestra de estudiantes⁵.

Estas escalas formaron parte de un instrumento (Anexo 1) en el que se registraron variables transversales como sexo, edad, estado civil, etc. Para tal efecto, se diseñó una muestra

⁵ Este proceso se muestra en detalle en el apartado “Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva: propuesta de una escala psicométrica”.

aleatoria representativa de estudiantes, cuyo procedimiento de cálculo y distribución será introducido más adelante en este mismo apartado.

Una vez recolectada la información con la muestra de estudiantes, se realizó un análisis confirmatorio de validez y confiabilidad estadística de las escalas y, posteriormente, se sistematizaron analizaron los resultados del estudio con base en las variables transversales y las escalas finales. En los diagramas siguientes se resume el proceso metodológico que se aplicó.

Diagrama 1
Proceso Metodológico
Primera fase

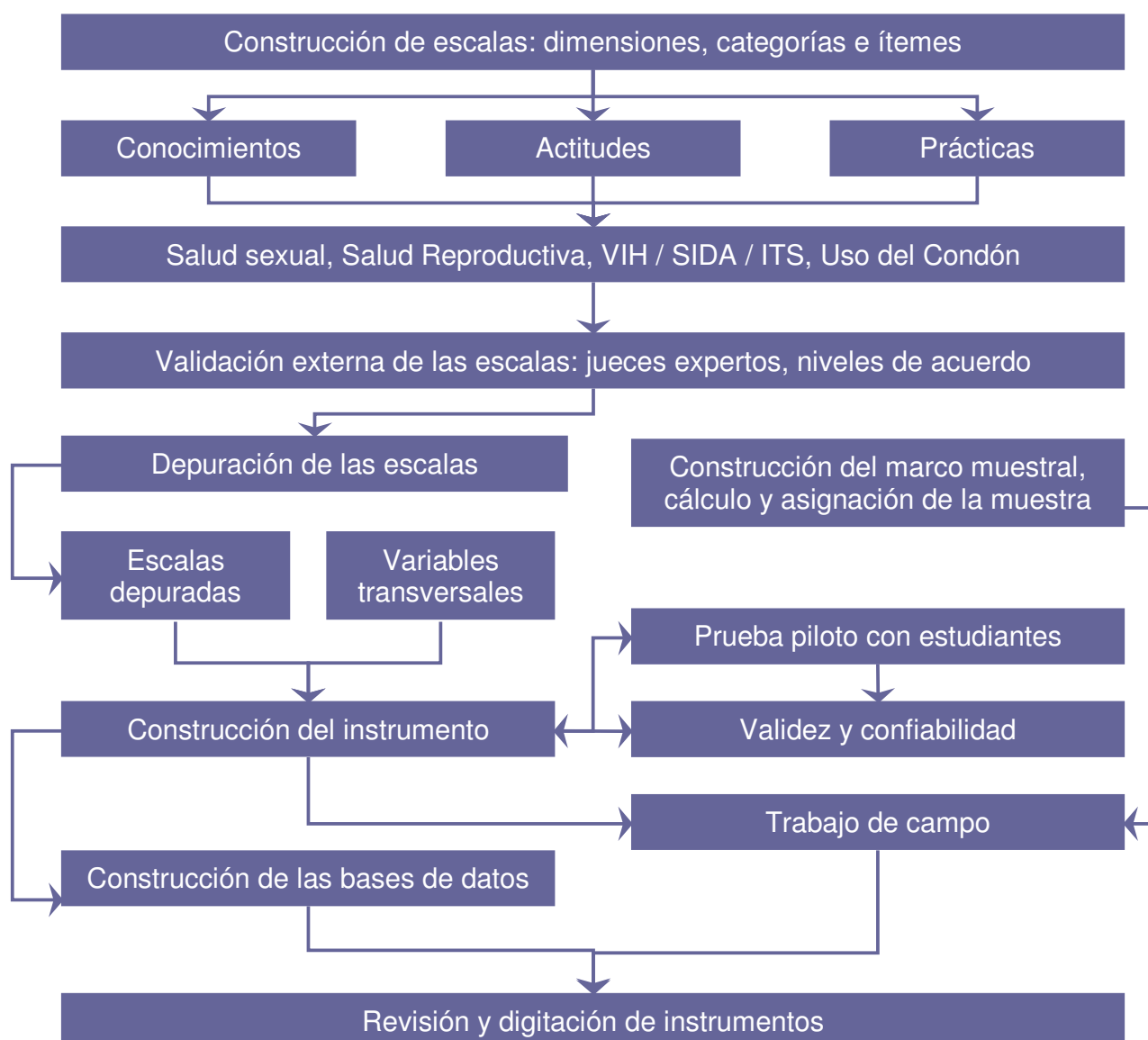
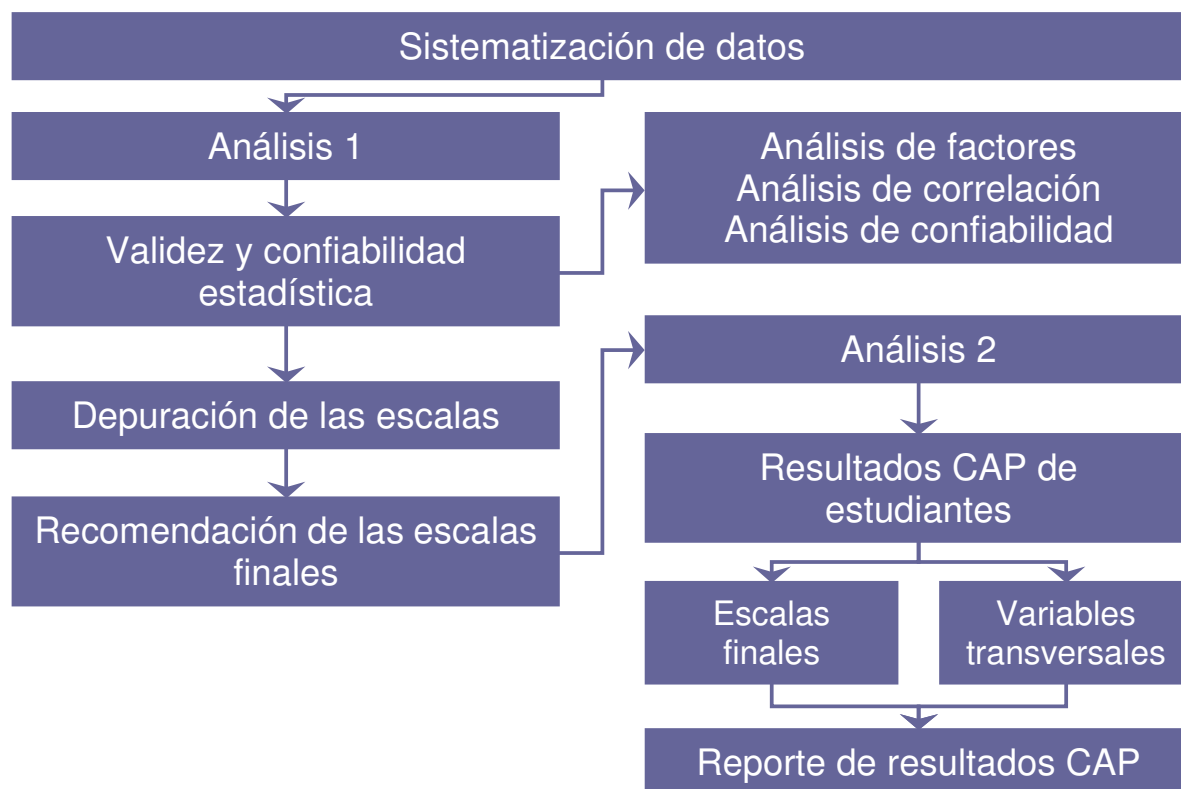


Diagrama 2
Proceso Metodológico
Segunda Fase



2. Cálculos y distribución muestral

La población de estudio estuvo conformada por los y las estudiantes de la Universidad Nacional en el II Ciclo del 2005, distribuyéndose según la Facultad de pertenencia.

De acuerdo con la información suministrada por el Departamento de Registro de la Universidad Nacional, en el período de referencia se impartieron 1319 cursos que contaron con una matrícula bruta de 31587 estudiantes. La matrícula neta fue de 8314 personas.

El Departamento de Registro brindó la información necesaria para la construcción del marco muestral y facilitó las siguientes variables:

- a. Código de la materia
- b. Descripción del curso (nombre del curso)
- c. Número de grupo
- d. Horario del curso
- e. Facultad a la que pertenecía el curso
- f. Cantidad de estudiantes matriculados por curso

Debido a determinantes relacionados con la economía de recursos y la aplicación de los instrumentos, fueron retirados del marco muestral todos aquellos cursos que registraran una matrícula igual o inferior a diez estudiantes.

Para el cálculo del tamaño de muestra se asumió un muestro simple al azar con una varianza máxima esperada (al desconocerse la desviación estándar poblacional) y un error máximo de muestreo del 5%. Las variables involucradas en estos cálculos fueron las siguientes:

- a. 95% de confianza de que los resultados obtenidos podrán ser generalizados a la población total de estudiantes en cada ciclo lectivo.
- b. Valor de la varianza máxima esperada al desconocerse la desviación estándar poblacional.
- c. Un error máximo de muestreo del 4%.
- d. La cantidad de estudiantes matriculados.

Con base en lo anterior, se determinó que un tamaño de muestra de 943 estudiantes sería suficiente para obtener las estimaciones necesarias en función de los objetivos de la investigación. Sin embargo, debido a que los y las estudiantes matriculan más de un curso y que esto podría ocasionar algunos problemas relacionados con la disminución en el tamaño final de las muestras después de la realización del trabajo de campo, se hizo necesario aumentar la cantidad de estudiantes a 1500 para obtener la cantidad mínima requerida.

La selección de los estudiantes que fueron entrevistados implicó el uso de un muestreo en dos etapas: uno con probabilidad proporcional al tamaño (PPT, cantidad de estudiantes dentro de cada Facultad) y otro de selección sistemática (cursos completos seleccionados dentro de cada Facultad). El propósito del muestreo PPT final es seleccionar a los y las estudiantes de un curso completo, dependiendo de la cantidad de cursos y la matrícula estudiantil que hay en cada Facultad. Una vez que los cálculos fueron realizados se procedió con la selección de los cursos por medio del muestreo de selección sistemática.

A la muestra seleccionada estudiantes se les aplicó un instrumento autoadministrado conformado por las siguientes partes:

- a. Características sociodemográficas
- b. Condición de actividad y facultad de pertenencia
- c. Relación de pareja y actividad sexual
- d. Consumo de drogas y alcohol
- e. CAP en salud sexual
- f. CAP en salud reproductiva
- g. CAP en VIH / SIDA / ITS
- h. CAP en Uso del Condón

VIII. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva: propuesta de una escala psicométrica

Este apartado tiene como propósito presentar el proceso metodológico por medio del cual se depuraron las escalas propuestas, primero a través de la construcción de un instrumento que permitiera someterlas a la consideración de personas expertas en la temática, con el fin de verificar su validez aparente y lograr una primera reducción en la cantidad de ítems propuestos dentro de cada categoría analítica. En segundo lugar, una vez que fueron construidas las nuevas escalas con base en lo mencionado anteriormente, se procedió a hacer una prueba piloto con 161 estudiantes y a realizar un análisis de validez y confiabilidad con miras a lograr una segunda reducción que, en conjunto con otras variables, conformaron el instrumento que se aplicó a los 943 estudiantes de la muestra.

Para el cumplimiento del objetivo de la investigación se elaboraron cuatro escalas que pretenden medir conocimientos, actitudes y prácticas⁶ (CAP) en salud sexual y salud reproductiva. Cada una de estas escalas conforman una dimensión analítica y los CAP constituyen sus categorías. En el siguiente diagrama se puede observar la conformación de la escala total según dimensiones y categorías.

Diagrama 3
Conformación de la Escala Total
según dimensiones y categorías analíticas



⁶ El abordaje conceptual sobre conocimientos, actitudes y prácticas se brinda más adelante.

1. Conocimientos, actitudes y prácticas⁷

a. ¿Qué son las actitudes?

Desde su introducción en 1918 por los sociólogos norteamericanos W. Thomas y F. Znaniecki, el estudio de las actitudes ha pasado por diferentes etapas, generando a su vez una nutrida cantidad de definiciones. En este sentido, diversos autores han realizado varias clasificaciones con base en determinadas características. Berkowitz (1972, citado por Campos, 2002) propone dividir en categorías las definiciones, con base en tres características:

- Las que consideran que actitud es una evaluación o una reacción afectiva: sentimientos favorables o desfavorables hacia un objeto.
- Las que consideran como elemento fundamental de la actitud la tendencia a actuar de cierto modo.
- Las que consideran una combinación de tres componentes en la actitud: el cognoscitivo, el afectivo y el conductual. Este enfoque es el que más se utiliza actualmente para abordar los estudios de actitudes.

A menudo se define la actitud como la tendencia a reaccionar de manera favorable o desfavorable a cierta clase de estímulos (Anastassi y Urbina, 1998). Cuando se las define de esta forma, las actitudes no pueden observarse directamente, sino que tienen que inferirse de la conducta abierta, verbal y no verbal. En la práctica, el término actitud ha sido asociado con estímulos sociales y respuestas con matices emocionales y de juicios de valor.

Según Osgood et al. (1978), las actitudes se aprenden y permanecen implícitas; son estados inferidos del organismo que, al parecer, se adquieren de manera muy semejante a como lo hacen otras actividades internas aprendidas. Son, al mismo tiempo, predisposiciones a responder; pero se distinguen de otros estados similares en que predisponen a una respuesta evaluativa. Por tanto, las actitudes se describen como tendencias de acercamiento o evitación.

Por otro lado, Sherif y Sherif (1978) señalan que operacionalmente, la actitud se define como el conjunto de categorías de las personas por las cuales evalúan un dominio de estímulos, que ellas mismas establecen a medida que conocen dicho dominio a través de la interacción con otras personas, y que lo relacionan con varios subconjuntos dentro de aquel dominio, con distinto grados de afecto positivo o negativo.

A pesar de las muchas interpretaciones sobre el significado de actitud hay varias áreas que muestran un acuerdo esencial (Osgood et al., 1978; Ross, 1978; Sherif y Sherif, 1978; Summers, 1978; Thurstone, 1978). Primero, existe el consenso general de que una actitud es una *predisposición a responder a un objeto*, y no la conducta efectiva hacia él. La disposición a conducirse es una de las cualidades características de la actitud.

Una segunda área de acuerdo esencial es que la actitud es *persistente*, lo cual no significa que sea inmutable. Los estudios sobre las actitudes indican claramente que, aunque

⁷ Este apartado fue construido con la colaboración del M.Sc. Luis Ángel López Ruiz, co – investigador del Proyecto en el año 2005.

susceptibles de cambio, la alteración de las actitudes, particularmente de las que se mantienen vigorosamente, requiere fuerte presión. Consecuentemente, la persistencia de las actitudes contribuye notablemente a la consistencia de la conducta.

La tercera concordancia indica que la actitud *produce consistencia en las manifestaciones conductuales*. La actitud, como variable latente, da origen a la consistencia entre sus diferentes manifestaciones, que puede tomar la forma de verbalizaciones hacia el objeto, expresiones de sentimiento de aproximación o de evitación del objeto. Es decir, la actitud social de las personas es un síndrome de consistencia de respuestas hacia objetos sociales.

Finalmente, la actitud tiene *una cualidad direccional*. Esto no implica solamente la formación de rutinas de conducta en la forma de consistencia en las manifestaciones, sino que posee una característica motivacional. Hay un acuerdo general de que la actitud connota preferencia con respecto de resultados que implican al objeto, que a evaluaciones del mismo o a impresiones positivas neutrales o negativas provocadas por aquél. Ya sea que se apoye únicamente la restricción del concepto a la dimensión afectiva, o que se mantenga una concepción multifacética de la actitud, debe reconocerse que el afecto es una dimensión importante de la actitud.

Con este marco general de conceptualización sobre las actitudes, en esta investigación se entenderá por actitud, siguiendo a Thurstone (1978) debido a que brinda una definición que incluye los aspectos anteriormente mencionados, **la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de las personas acerca de cualquier asunto específico.**

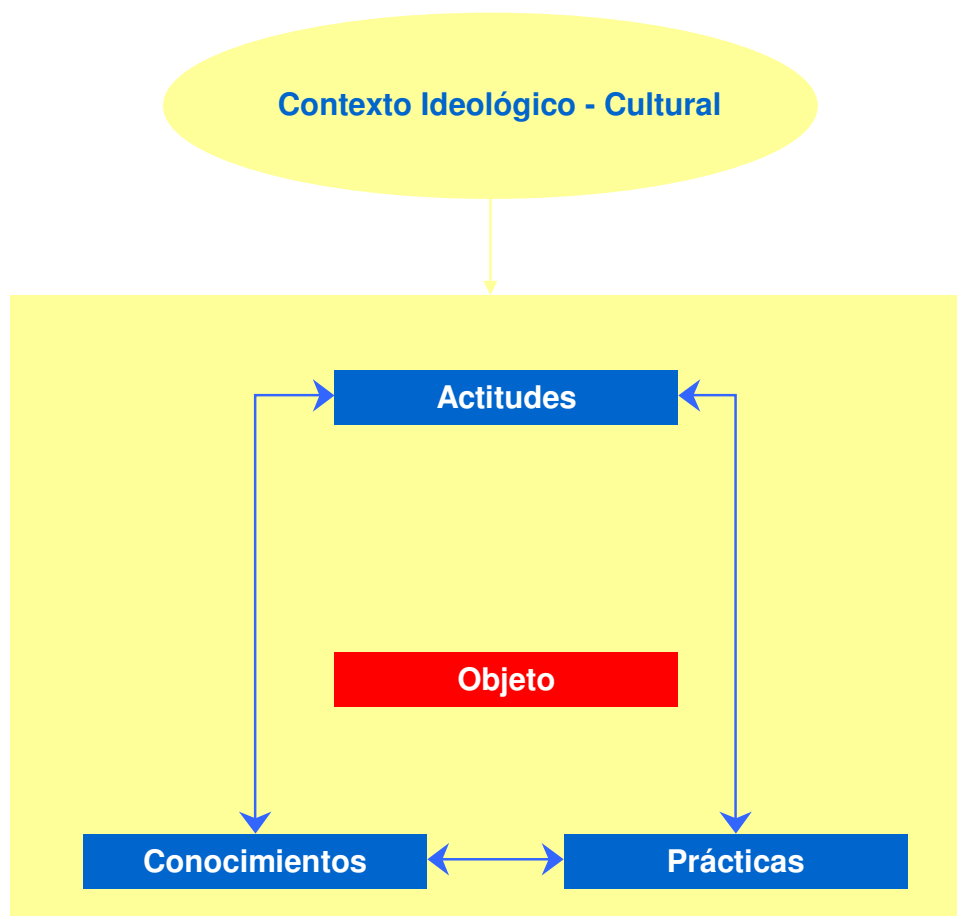
b. Relaciones entre el conocimiento, las actitudes y las prácticas.

En el ámbito de los estudios de salud sexual y reproductiva, las actitudes suelen estudiarse dentro del contexto de sus interrelaciones con el conocimiento y las prácticas de un individuo. Dentro de este esquema tridimensional, la actitud se concibe como algo que media e interviene entre los aspectos del ambiente externos (estímulos) y las reacciones de la persona, o sea, sus respuestas evaluativas manifiestas.

Sin embargo, con esto no se quiere decir que existe una asociación unidireccional entre el conocimiento, las actitudes y las prácticas. Más bien, la dinámica de cada uno de los elementos mencionados se encuentra determinada, y determina a su vez, a los otros dos componentes (Diagrama 2). Lógicamente estos procesos no operan en el vacío, sino que más bien sus interacciones tienen lugar en el contexto de formaciones socio históricas concretas.

Siendo la actitud un estado interno, su generación se encuentra asociada con procesos fisiológicos y psicológicos. Dentro de estos últimos, sobresale el proceso cognitivo de categorización, mediante el cual se atribuye al objeto actitudinal un determinado significado evaluativo. Es este conocimiento del objeto lo que se denomina el *componente cognoscitivo*.

Diagrama 2
Relaciones entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas



c. Componente cognoscitivo

Dos son los factores fundamentales involucrados en el conocimiento social: por un lado se encuentra la realidad (entendida ya sea como estímulos o datos), y por otro se sitúa todo el conocimiento previo que posee quien percibe un estímulo y que ya se encuentra almacenado en su mente (en forma de representaciones mentales). En este sentido, se enfatiza el hecho de que las personas no interaccionan con otras personas u objetos como observadoras neutrales, sino que lo hacen a partir de ideas, noticias, información e incluso actitudes previamente adquiridas (lo cual le otorga sentido a la bidireccionalidad de la flecha que conecta las actitudes con los conocimientos en el Diagrama 2). Estas actitudes previamente adquiridas podrían influir sobre el grado de interés que una persona muestra hacia el objeto de la actitud, o incluso sobre ciertos aspectos del mismo, condicionando de esta manera la forma en que ésta percibe el objeto y construye sus esquemas cognoscitivos.

De esta manera, todo nuestro conocimiento se encuentra almacenado en la mente en forma de representaciones mentales. Aunque es prácticamente imposible saber de manera directa qué forma y estructura adoptan estas representaciones mentales, se han formulado algunas teorías y modelos al respecto. Uno de los más conocidos es el de los *esquemas cognoscitivos*.

Bajo este enfoque, la percepción de un objeto, símbolo o acontecimiento implica un proceso de *codificación cognoscitiva*, mediante el cual se capta la significación de algo aplicándole un determinado esquema o categoría. Una categoría cognoscitiva se define como "...un conjunto de relaciones conceptuales que permite identificar un objeto, atribuirle ciertas características o cualidades y clasificarlo como equivalente a otros. Por ejemplo, cuando vemos a cierta persona y decimos o pensamos: "es un obrero de la construcción", no es suficiente que captemos sensorialmente su imagen para llevar a cabo esta determinación de lo que esa persona es. Ponemos en relación varios contenidos conceptuales para elaborarla." (Campos, 2002: 378). Consecuentemente, son estas relaciones entre conceptos las que dan lugar a las ideas y conocimientos hacia el "objeto de la actitud".

Por otra parte, no siempre es posible para las personas establecer claramente un esquema cognoscitivo, debido a factores tales como la falta de información, interferencia de otros elementos o la misma complejidad de la categoría cognoscitiva. Sin embargo, esto no impide que una persona mantenga una tendencia evaluativa favorable o desfavorable hacia el "objeto de la actitud". En este sentido, también existen *procesos conductuales* que determinan dicha actitud y que se encuentran representados en el Diagrama 2 como las prácticas.

d. Componente conductual

Las prácticas (componente conductual) podrían definirse como la objetivación de las actitudes y el conocimiento que se manifiesta mediante la acción de una persona sobre su objeto actitudinal. De esta forma, se entiende que la repetición de determinadas prácticas influye tanto sobre las actitudes como sobre los procesos cognoscitivos (ver Diagrama 2).

La relación directa que se establece entre las personas y su objeto actitudinal mediante la práctica de determinada actividad, constituye un valioso insumo que interviene también en la generación de conocimientos. En este sentido, las prácticas influyen sobre nuestro conocimiento al enseñarnos el modo de hacer algo. Asimismo, actitudes previamente adquiridas pueden facilitar u obstaculizar los procesos mediante los cuales el componente conductual y el cognoscitivo generan nuevas actitudes, influyendo por ejemplo sobre la disposición o indisposición de las personas a realizar determinadas prácticas o incluso sobre sus percepciones durante el desarrollo de las mismas.

e. El rol del componente afectivo en la determinación de las actitudes

Este componente se manifiesta en los sentimientos, estados de ánimo y emociones vinculadas con el objeto de la actitud. A falta de un esquema cognoscitivo claramente definido, o de experiencias directas con el objeto actitudinal, el componente afectivo se constituye en un elemento importante al momento de experimentar sentimientos de aceptación o rechazo ante dichos objetos.

En relación con el surgimiento de este componente, una de las explicaciones más comúnmente aceptadas sugiere que el componente afectivo de una actitud se forma mediante una asociación entre una categoría cognoscitiva y ciertas circunstancias (placenteras o desagradables). Por ejemplo: si una categoría tal como "relaciones sexuales prematrimoniales" ha sido asociada con experiencias negativas (sanciones morales, conflicto

familiar), cualquier nuevo estímulo que se pueda relacionar con esta categoría podría ser valorado negativamente por parte de las personas.

Asimismo, otros autores vinculan el surgimiento de este componente con un proceso de condicionamiento, mediante el cual un estímulo neutral termina evocando reacciones positivas o negativas hacia un determinado objeto actitudinal gracias a su asociación repetida con otro estímulo que sí las evoca. El otro tipo de condicionamiento, conocido como “instrumental” u “operante”, consiste en el fortalecimiento de aquellas respuestas que producen resultados positivos o ayudan a evitar los negativos.

Algunos autores consideran que este es el elemento central de la actitud (Morales et al., 1999), e incluso otros tales como Thurstone afirman que éste es el único elemento de la actitud (Baró, 1990). Dado que en este estudio se utiliza la definición de actitud ideada por Thurstone, se considera al componente afectivo como inseparable de nuestra definición de actitud.

2. Conformación de las escalas iniciales

Las dimensiones y categorías de las escalas, con sus respectivos ítemes, fueron construidas previamente desde la teoría presentada por diversos autores, autoras e instituciones, tales como COMVIDA, Honduras (s.f.), Díaz (s.f.), Fallas y Valverde (2000), Programa Atención Integral a la Adolescencia de la CCSS (s.f.), Rodríguez et al. (1999 y 2000), Schutt-Aine y Maddaleno (2003), y Valverde (s.f.), y desde los objetivos planteados en la investigación.

Una vez que las escalas iniciales fueron conformadas, se sometieron a la valoración de 12 personas expertas en la temática para determinar la validez aparente de los ítemes incluidos. Este tipo de validez se relaciona más con lo que la prueba parece medir que con lo que en realidad mide; la validez aparente es un juicio concerniente a lo relevante que parecen ser los ítemes de la prueba. Planteado de otra forma, si una prueba parece medir en forma clara lo que pretende medir “a primera vista”, podría decirse que tiene una validez aparente alta. (Cohen y Swerdlik, 2000).

Para tal efecto, se construyó un instructivo y un instrumento que fueron entregados a las personas expertas para que procedieran con su valoración. El procedimiento consistió en brindar la definición de las dimensiones y las categorías de las escalas y, a partir de éstas, se solicitó la clasificación de los diferentes ítemes para luego, a través de la determinación de los porcentajes de acuerdo en los jueces y las juezas, determinar cuáles ítemes podrían estar presentando problemas y desecharlos de las escalas, colaborando con la reducción propósito de esta valoración. En el Cuadro 1 se presenta la cantidad de ítemes que formaron parte de las escalas iniciales y la que quedó después de la valoración de los jueces y las juezas.

Cuadro 1
Cantidad de ítemes que conforman las categorías y las dimensiones de las escalas,
antes y después de la valoración de las personas expertas en la temática

Escala: Dimensión / categorías	Cantidad de ítemes	
	Antes	Después
Salud sexual	91	68
Conocimientos	34	18
Actitudes	44	38
Prácticas	13	12
Salud reproductiva	63	58
Conocimientos	36	30
Actitudes	11	13
Prácticas	16	15
VIH / SIDA / ITS	89	89
Conocimientos	62	60
Actitudes	24	20
Prácticas	3	9
Uso del condón	45	54
Conocimientos	27	28
Actitudes	12	13
Prácticas	6	13

Es importante anotar que la clasificación inicial de los ítemes en cada una de las categorías fue realizada por el equipo de investigación del Proyecto. Por otro lado, la labor de los jueces y las juezas fue corroborar o proponer una nueva clasificación y, con base en esta, determinar los niveles de acuerdo de las personas expertas en cuanto a la pertenencia propuesta de un ítem en una categoría particular. Si ese nivel de acuerdo no alcanzaba el 80%, entonces el ítem fue desechado en esa primera fase de validación. Además, como puede observarse, algunos ítemes fueron reubicados en categorías diferentes a las que pertenecían y otros fueron adicionados. En resumen, la Escala Total Inicial estuvo conformada por 288 ítemes divididos en categorías y dimensiones, y la Escala Total para la prueba piloto, después del análisis de validez aparente, quedó compuesta por 269 ítemes.

Con base en los resultados anteriores, se construyó un instrumento que se aplicó a 161 estudiantes de la Universidad Nacional como parte de la prueba piloto, que brindó los insumos necesarios para realizar el análisis de validez y confiabilidad. En este instrumento⁸ se acudió al uso de diversas degradaciones de respuesta, tipo Likert, dependiendo de lo que se estaba midiendo, como sigue:

- Conocimientos: 1 = Cierto, 2 = Falso, 8 = No sabe.
- Actitudes: 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En desacuerdo, 5 = Totalmente en desacuerdo.
- Prácticas: 1 = Siempre, 2 = Casi siempre, 3 = A veces, 4 = Casi nunca, 5 = Nunca; o 1 = Sí, 2 = No.

⁸ El instrumento que se aplicó en la prueba piloto se encuentra en el Anexo 1.

3. Procedimientos de análisis

El análisis que se ha aplicado para la depuración de las escalas tiene su fundamento en tres pruebas estadísticas. La primera de ellas es el análisis de factores que consiste en identificar variables subyacentes, o factores, que expliquen la configuración de las correlaciones dentro del conjunto de variables observadas. El análisis de factores se suele utilizar en la reducción o simplificación de datos para identificar un pequeño número de factores que explique la mayoría de la varianza observada en un número mayor de variables manifiestas⁹.

Para el caso de las escalas propuestas, este método estadístico permite precisar el número y naturaleza de los ítemes que forman una determinada categoría. Debe recordarse que las categorías fueron construidas previamente para desglosar el objeto de estudio. Con este análisis se generan “variables artificiales”, conocidas también como variables latentes o categorías, que representan los factores. Los factores se obtienen de los ítemes originales y se interpretan de acuerdo con el significado de las categorías. En resumen, “... es una técnica para explicar un fenómeno complejo en función de un determinado número de variables.” (Hernández, Fernández y Baptista, 2000: 414).

Debido a que, como se mencionó, las categorías de la escala (con sus respectivos ítemes) fueron construidas previamente, el análisis de factores permite validar esa construcción. Anastassi y Urbina (1998) mencionan, al respecto de la validez de los constructos y la contribución particular del análisis factorial a esa validación, lo siguiente:

“La validez de constructo de un instrumento es el grado en el que puede afirmarse que mide un constructo o rasgo teórico. La validación de constructo requiere de la acumulación gradual de diversas fuentes de información; cada constructo se deriva de las interrelaciones entre medidas conductuales y se forma para organizar y dar cuenta de las concordancias observadas en la respuesta (...). Desarrollado como un medio para identificar rasgos psicológicos, el análisis factorial es particularmente relevante para los procedimientos de validación de constructo. En el proceso de análisis factorial, se reduce el número de variables o categorías en cuyos términos puede describirse el desempeño de cada individuo a un número relativamente pequeño de factores o rasgos comunes.” (Anastassi y Urbina, 1998: 126-128).

Por lo tanto, el análisis de factores proporciona una medida de homogeneidad no solo de la totalidad de ítemes que conforman una escala sino del grupo de ítemes que se registran dentro de una categoría. Además, a través de la medición de esa homogeneidad se puede determinar si los ítemes “explican” el comportamiento de esa categoría y si alguno debería estar adscrito a otra y no a la que pertenece originalmente.

La prueba cumple su cometido cuando se analizan las cargas factoriales de los ítemes de cada una de las categorías. Se ha determinado con la teoría y a través de la práctica, que cargas inferiores a 0.40 (pueden variar entre -1 y +1) generan una muy baja correlación ítem-total, de ahí que deban desecharse para aumentar la confiabilidad de la escala.

⁹ En el caso de esta investigación, estos factores están predeterminados y son tres: conocimientos, actitudes y prácticas, que son las categorías propuestas en cada una de las cuatro dimensiones (salud sexual, salud reproductiva, VIH / SIDA / ITS y uso del condón).

La segunda prueba está relacionada con el análisis de la correlación de todos los ítems de la escala en cada una de las categorías de pertenencia. Para realizarla se utilizó el Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson (correlación ítem-total). Este coeficiente indica la magnitud y la dirección de la relación entre los ítems con sus categorías y proporciona una medida de la fuerza de esa relación. Su valor puede oscilar entre -1 y $+1$. El valor -1 significa que hay una correlación negativa perfecta (conforme aumente el puntaje de un ítem, el de la categoría disminuye), 0 quiere decir que no existe correlación alguna y $+1$ indica una correlación positiva perfecta entre los ítems y sus categorías (conforme el ítem aumenta su puntaje, la categoría también).

Los coeficientes de correlación que arrojan valores inferiores a 0.30 generalmente deben ser desechados o reformulados, no solo porque producen una disminución de la confiabilidad total de la escala sino porque correlaciones a partir de 0.30 en general son estadísticamente significativas más allá del nivel del 1% (Cohen y Manion, 1990). La otra explicación que existe para desechar los ítems con coeficientes de correlación inferiores a 0.30 (debido a que se pueden esperar significancias en coeficientes interiores a ese valor), es que con el coeficiente de correlación se calcula el Coeficiente de Determinación (η) que explica el porcentaje de la variabilidad de un ítem con respecto del otro. La fórmula que se aplica es la siguiente: $\eta = r^2 \times 100$, donde r es el coeficiente de correlación.

Con coeficientes de correlación inferiores a 0.30 , los coeficientes de determinación serán inferiores o iguales al 9% , con lo que no se estaría explicando ni siquiera el 10% de la variabilidad de la categoría en función del ítem particular. Una baja correlación entre el ítem y su categoría puede deberse a diversas causas, ya sea mala redacción del ítem o que no funciona para medir lo que se desea, de ahí que la depuración tenga como consecuencia aumentar la confiabilidad de la escala.

Finalmente, la tercera prueba consiste en realizar un análisis de confiabilidad que permite estudiar las propiedades de las escalas de medición y de los ítems que las constituyen. La medida de confiabilidad puede estimarse a través del Coeficiente Alfa de Cronbach. La ventaja de este coeficiente reside en que requiere una sola administración del instrumento de medición y puede tomar valores entre 0 y 1 , donde 0 significa nula confiabilidad y 1 representa la confiabilidad total. Desde la teoría se ha venido considerando que un Alfa de Cronbach igual o superior a 0.70 tiene una buena confiabilidad interna, tanto mejor cuanto más se acerque a 1 (Cohen y Manion, 1990). El procedimiento permite calcular el Alfa de Cronbach para toda la escala y presenta el valor del coeficiente si el ítem es desechado, lo que ayuda a visualizar nuevos ítems que no habían sido retirados con base en las dos pruebas anteriores, con el objetivo de aumentar la confiabilidad de la escala.

4. Resultados

El propósito de haber aplicado las escalas a un grupo de estudiantes antes de hacerlo con una muestra de la población objetivo, no es solo corroborar la redacción y el entendimiento de los ítems sino tratar de reducir la cantidad propuesta. Con respecto de la redacción y el entendimiento de los ítems, se comprobó que ninguna de las afirmaciones producía problema.

a. Análisis de factores

Para realizar este proceso las escalas fueron sometidas a un análisis de componentes principales con rotación VARIMAX, limitándose la cantidad de factores (categorías) a tres: conocimientos, actitudes y prácticas. Este análisis permitió comprobar, en primer lugar, que varios ítemes tenían cargas factoriales en categorías a las que no pertenecían originalmente y, en segundo lugar, identificar todos aquellos ítemes que no registraban una carga factorial mínima de 0.40.

Como podrá observarse en los cuadros siguientes, algunos ítemes registran una carga factorial en más de una categoría. La decisión sobre en cuál dejarlo dependió de las consideraciones que al respecto plantea la teoría y/o de en cuál categoría experimentó una mayor carga factorial. En los Cuadros 2 a 5 se presentan las cargas factoriales de los ítemes que obtuvieron la mínima esperada; en el Cuadro 6 se incluye la clasificación y la cantidad de ítemes en categorías y dimensiones antes y después del análisis factorial.

En términos generales, las categorías de la dimensión 1 (salud sexual) y de sus ítemes respectivos explican el 25.0% de la variabilidad de ésta, el 25.0% de la 2 (salud reproductiva), el 23.2% de la 3 (VIH / SIDA / ITS) y el 26.5% de la 4 (uso del condón). Con el análisis de factores se logró una reducción del 47% de los ítemes resultantes del análisis de validez aparente y utilizados en la prueba piloto (de 269 a 143).

Cuadro 2
Dimensión 1: Salud Sexual
Cargas factoriales de los ítems en las categorías

	Categorías		
	1	2	3
Valor propio	6.51	5.28	4.64
Varianza explicada	9.9%	8.0%	7.0%
Ítems			
Masturbarse es pecado	0.451		
La sexualidad está limitada a la genitalidad		0.421	
La masturbación causa acné	0.467		
La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de otras personas		0.519	
La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres		0.466	
La salud sexual implica entender los cambios del cuerpo y considerarlos normales		0.433	
La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen		0.563	
En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja		0.587	
Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres	0.501		
Está bien que los hombres tengan muchas relaciones sexuales			0.522
Siento temor de tener sexo porque puede resultar en un embarazo	0.532		
El hombre vale más cuando es virgen	0.563		
El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer			0.5565
Voy a tener relaciones sexuales hasta que me case	0.437		
Me da vergüenza hablar sobre sexo	0.550		
Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para las mujeres	0.658		
Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual	0.503		
Tengo derecho a una práctica sexual plena y enriquecedora		0.422	
El acto sexual es mejor cuando se toma licor		0.505	
El acto sexual siempre debe culminar con la penetración	0.509		
Está bien que las mujeres tengan muchas relaciones sexuales	0.441		
Un hombre puede esperar que su esposa o novia le sea siempre fiel			0.462
El sexo debe ser para tener hijos e hijas	0.434	0.466	
Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA	0.543		
Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo			0.506
La masturbación la practican exclusivamente los hombres	0.409		
Las relaciones sexuales deben darse únicamente cuando hay amor de por medio	0.407		
Las relaciones sexuales deben asumirse con responsabilidad		0.458	
Los hombres que se preocupan por su apariencia física son “afeminados”			0.560
La mujer vale más cuando es virgen	0.495		0.410
El sexual es mejor cuando se consumen drogas		0.449	
Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son “marimachas” o “tortilleras”			0.630
Me siento presionado (a) por mis amistades para tener relaciones sexuales		0.457	
Me he masturbado			0.412
Soy una persona sexualmente activa	0.471		
He practicado el sexo oral	0.494		
He masturbado a una mujer			0.658
He masturbado a un hombre			0.664

Nota. Las categorías son:

1. Conocimientos
2. Actitudes
3. Prácticas

Cuadro 3
Dimensión 2: Salud Reproductiva
Cargas factoriales de los ítemes en las categorías

	Categorías		
	1	2	3
Valor propio	5.66	4.64	4.16
Varianza explicada	9.8%	8.0%	7.2%
Ítemes			
La ducha vaginal previene el embarazo	0.430		
Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada		0.664	
La salpingectomía es un método anticonceptivo	0.452		
Una muchacha puede quedar embarazada aunque tenga pocas relaciones sexuales		0.547	
Después de los 40 años todo hombre debe hacerse un examen de próstata		0.512	
Una muchacha puede embarazarse por usar un baño público	0.553		
La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo		0.427	
La salud reproductiva implica tener hijos e hijas en el momento que se considere oportuno		0.624	
El control médico de la mujer embarazada es muy importante para la salud de la madre y el hijo		0.609	
Las píldoras anticonceptivas causan cáncer	0.437		
La salud reproductiva es tener las relaciones sexuales de forma libre y responsable		0.495	
Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos	0.411		
La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual			0.542
Puedo acudir a los servicios de salud sin temor		0.472	
Las mujeres tienen derecho a interrumpir un embarazo cuando está en peligro su salud			0.436
El embarazo es una gran responsabilidad		0.470	
Cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella			0.468
Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos e hijas			0.402
Una pareja debe tener todos los hijos que Dios le mande			0.414
Me informo sobre planificación familiar	0.582		0.556
Tengo acceso a información sobre planificación familiar	0.636		
Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos	0.496		
Me informo sobre métodos anticonceptivos	0.540		0.544
Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos	0.536		0.484
Me informo sobre enfermedades del aparato reproductivo			0.615
Reviso mis genitales para detectar cambios o anormalidades			0.495
En mi primera relación sexual usé algún método anticonceptivo	0.593		
Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales	0.622		
Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales	0.480		
Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual	0.469		
Hablo con mi pareja sobre las ITS que ambos podamos haber tenido	0.425		

Nota. Las categorías son:

1. Conocimientos
2. Actitudes
3. Prácticas

Cuadro 4a
Dimensión 3: VIH / SIDA / ITS
Cargas factoriales de los ítemes en las categorías

	Categorías		
	1	2	3
Valor propio	8.05	7.15	5.46
Varianza explicada	9.0%	8.0%	6.1%
<u>Ítemes</u>			
El VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual	0.453		
El piojo público se puede adquirir por contacto con camas... que hayan usado personas infectadas		0.404	
Cualquier persona puede infectarse con el VIH/SIDA	0.430		
El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo		0.463	
El piojo público o ladilla se adquiere a través de las relaciones sexuales		0.414	
Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	0.500		
El SIDA no tiene cura		0.415	
Las ITS están relacionadas con las enfermedades del aparato reproductor		0.519	
La gonorrea es una infección de transmisión sexual	0.550		
Las mujeres son más vulnerables que los hombres a adquirir la infección con el VIH/SIDA		0.563	
Cuando una persona desarrolla el SIDA padecerá un conjunto de enfermedades que le pueden...	0.458		
El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo		0.513	
El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo	0.510		
La sífilis es una infección de transmisión sexual		0.452	
La Hepatitis B es una infección de transmisión sexual		0.417	
El VIH puede transmitirse por medio de la picadura de un mosquito		0.500	
SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	0.562		
El VIH es un virus que ataca el sistema inmunológico de las personas	0.571		
El uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección con el VIH/SIDA	0.441		
El VIH es un virus que puede estar en el aire		0.525	
La mayoría de las ITS pueden ser totalmente curadas, con un tratamiento oportuno y adecuado		0.468	
VIH son las siglas de Virus de Inmunodeficiencia Humana	0.457		
El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona...	0.420	0.440	
Una vez que una persona se infecta con el VIH será para toda la vida		0.552	
El VIH es un virus que puede estar en el agua		0.528	
El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada		0.531	
Las ITS se pueden volver a contraer aunque las personas se hayan curado	0.462		
La única forma de conocer si una persona está infectada con el VIH es con un examen de...	0.484		
El sistema inmunológico es el encargado de defender al cuerpo humano de cualquier bacteria...	0.565		
El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada	0.461	0.490	
Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de las personas con VIH/...	0.452		
Una persona puede infectarse con el VIH/SIDA al tener relaciones sexuales sin protección	0.743		
Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH			0.436
Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual	0.622		
Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH			0.405
Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH me haría la prueba			0.413
La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece			0.432
Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en un lugar especial			0.532

Nota. Las categorías son:

1. Conocimientos
2. Actitudes
3. Prácticas

Cuadro 4b
Dimensión 3: VIH / SIDA / ITS
Cargas factoriales de los ítems en las categorías

	Categorías		
	1	2	3
El SIDA es una enfermedad de prostitutas			0.410
Podría abrazar a una persona que tiene el VIH/SIDA	0.522		
Consumo drogas inyectables			0.511
En la actualidad consumo algún tipo de droga ilegal			0.537
En el pasado he consumido algún tipo de droga ilegal			0.413
He pagado para tener relaciones sexuales			0.505
He tenido alguna infección de transmisión sexual			0.598
He tenido sexo con personas desconocidas solo por presión de mis amistades			0.687
En la actualidad tengo alguna infección de transmisión sexual			0.631

Nota. Las categorías son:

4. Conocimientos
5. Actitudes
6. Prácticas

Cuadro 5
Dimensión: Uso del Condón
Cargas factoriales de los ítemes en las categorías

	Categorías		
	1	2	3
Valor propio	5.98	4.19	3.84
Varianza explicada	11.3%	7.9%	7.2%
Ítemes			
El condón es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH	0.529		
El material de que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras ITS			0.477
Sé usar correctamente el condón	0.488		
Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una...	0.517		
El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzo cortante			0.471
El uso inadecuado del condón podría provocar la transmisión del VIH/SIDA y otras ITS			0.410
El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol	0.531		
El condón debe abrirse por una esquina con los dedos	0.588		
El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad	0.519		
Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales	0.522		
El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene	0.414		
Los condones deben ser guardados en lugares frescos	0.611		
El material de látex del condón puede soportar altas temperaturas	0.547		
Los condones se pueden llevar en las billeteras	0.633		
El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón	0.550		
Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base...	0.404		
Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto			0.458
Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza		0.617	
Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón		0.526	
Es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar el condón		0.446	
Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón		0.541	
Cuando se está casado (a) puede dejarse el uso del condón		0.548	
La mujer que solicita que se use el condón en una relación sexual con ella significa que es muy...		0.715	
Cuando se usa el condón no se siente nada		0.521	
Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo	0.434		
Siempre uso el condón en mis relaciones sexuales			0.420
Tengo relaciones sexuales sin usar el condón		0.485	0.555
Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto	0.534		
He usado el condón femenino o he tenido sexo con una mujer que lo ha usado		0.433	0.467
Me gustan más las relaciones sexuales cuando no uso el condón		0.502	0.414
Cuando tengo sexo con mi novio (a) no uso el condón			0.536

Nota. Las categorías son:

1. Conocimientos
2. Actitudes
3. Prácticas

Cuadro 6
Cantidad de ítemes que conforman las categorías y las dimensiones de las escalas,
antes y después del análisis de factores

Escala: Dimensión / categorías	Cantidad de ítemes	
	Antes	Después
Salud sexual	68	38
Conocimientos	18	12
Actitudes	38	21
Prácticas	12	5
Salud reproductiva	58	27
Conocimientos	30	16
Actitudes	13	7
Prácticas	15	4
VIH / SIDA / ITS	89	47
Conocimientos	60	32
Actitudes	20	8
Prácticas	9	7
Uso del condón	54	31
Conocimiento	28	17
Actitudes	13	8
Prácticas	13	6

b. Análisis de correlación

Una de las ventajas al reacomodar los ítemes en las categorías como consecuencia del análisis de factores es que se obtiene una buena correlación ítem-total. En los Cuadros 7 a 10 se muestran los valores de los coeficientes de correlación para cada uno de los ítemes con respecto a sus categorías de pertenencia en cada una de las cuatro dimensiones

De acuerdo con los resultados obtenidos, 13% de los ítemes en la dimensión 1 (con sus categorías) no registraron la correlación mínima esperada (0.30), 22% en la dimensión 2, 9% en la dimensión 3 y 39% en la dimensión 4. Como puede concluirse, todo parece indicar que esta última dimensión (uso del condón) presenta una situación problemática en cuanto a los ítemes que la componen (principalmente los que componen las actitudes y las prácticas). Si bien es cierto con el procedimiento se recomendaría eliminar todas las afirmaciones que presentan las correlaciones bajas, un examen de estos ítemes brinda la posibilidad de mantenerlos en la escala, debido a las altas correlaciones significativas al 1%. Por otro lado, como se verá más adelante con el análisis de confiabilidad, la presencia de éstos aumenta el Alfa de Cronbach (coeficiente de confiabilidad).

Todos los ítemes restantes presentaron correlaciones mayores o iguales a 0.30, con lo que se garantiza que al menos explican el 10% de la variabilidad de la categoría a la que pertenecen. Además, todos los resultados de las correlaciones fueron significativos al 1%.

Cuadro 7
Dimensión 1: Salud Sexual
Coeficientes de correlación de los ítems según categoría de pertenencia

	Categorías		
	1	2	3
La sexualidad está limitada a la genitalidad	**0.50		
La sexualidad es solo lo biológico o anatómico	**0.39		
Los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres	**0.36		
La salud sexual implica entender los cambios del cuerpo y considerarlos normales	**0.40		
La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen	**0.55		
La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de otras personas	**0.54		
La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres	**0.42		
Tengo derecho a una práctica sexual plena y enriquecedora	**0.30		
En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja	**0.47		
El acto sexual es mejor cuando se toma licor	**0.58		
El sexo debe ser para tener hijos e hijas	**0.60		
El acto sexual es mejor cuando se consumen drogas	**0.48		
Las relaciones sexuales deben darse únicamente cuando hay amor de por medio		**0.48	
Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para las mujeres		**0.71	
Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres		**0.51	
Está bien que las mujeres tengan muchas relaciones sexuales		0.12	
La masturbación causa acné		**0.44	
La mujer vale más cuando es virgen		**0.51	
El hombre vale más cuando es virgen		**0.49	
El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer		**0.38	
Siento temor de tener sexo porque puede resultar en un embarazo		**0.47	
Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual		**0.55	
Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA		**0.51	
Me da vergüenza hablar sobre sexo		**0.49	
La masturbación la practican exclusivamente los hombres		**0.43	
Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son “marimachas” o “tortilleras”		**0.29	
Los hombres que se preocupan por su apariencia física son “afeminados”		**0.35	
Un hombre puede esperar que su esposa o novia le sea siempre fiel		**0.39	
El acto sexual siempre debe culminar con la penetración		**0.42	
Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo		**0.23	
Voy a tener relaciones sexuales hasta que me case		**0.51	
Masturbarse es pecado		**0.41	
Me siento presionado (a) por mis amistades para tener relaciones sexuales		**0.22	
Me he masturbado			**0.59
He masturbado a un hombre			0.19
He masturbado a una mujer			**0.51
He practicado el sexo oral			**0.78
Soy una persona sexualmente activa			**0.79

Nota. Las categorías son:

1. Conocimientos
2. Actitudes
3. Prácticas

** p < 0.01

Cuadro 8
Dimensión 2: Salud Reproductiva
Coeficientes de correlación de los ítems según categoría de pertenencia

	Categorías		
	1	2	3
Una muchacha puede quedar embarazada aunque tenga pocas relaciones sexuales	0.13		
Una muchacha puede embarazarse por usar un baño público	**0.35		
La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo	**0.28		
Las píldoras anticonceptivas causan cáncer	**0.46		
La ducha vaginal previene el embarazo	**0.34		
La salpingectomía es un método anticonceptivo	**0.28		
Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos	**0.44		
El control médico de la mujer embarazada es muy importante para la salud de la madre y el hijo	**0.26		
La salud reproductiva implica tener hijos e hijas en el momento que se considere oportuno	**0.33		
La salud reproductiva es tener las relaciones sexuales de forma libre y responsable	**0.45		
Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada	**0.27		
Después de los 40 años todo hombre debe hacerse un examen de próstata	**0.25		
Me informo sobre planificación familiar	**0.66		
Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos	**0.76		
Tengo acceso a información sobre planificación familiar	**0.74		
Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos	**0.62		
La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual		**0.44	
Cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella		**0.48	
Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos e hijas		**0.57	
El embarazo es una gran responsabilidad		**0.34	
La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada		**0.46	
Puedo acudir a los servicios de salud sin temor		**0.46	
Las mujeres tienen derecho a interrumpir un embarazo cuando está en peligro su salud		**0.54	
Me informo sobre métodos anticonceptivos			**0.38
Me informo sobre enfermedades del aparato reproductivo			**0.38
Reviso mis genitales para detectar cambios o anormalidades			**0.34
Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual			**0.40
Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales			**0.53
Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales			**0.54
Hablo con mi pareja sobre las ITS que ambos podamos haber tenido			**0.53

Nota. Las categorías son:

1. Conocimientos
2. Actitudes
3. Prácticas

** $p < 0.01$

Cuadro 9a
Dimensión 3: VIH / SIDA / ITS
Coeficientes de correlación de los ítems según categoría de pertenencia

	Categorías		
	1	2	3
VIH son las siglas de Virus de Inmunodeficiencia Humana	**0.42		
El VIH es un virus que ataca el sistema inmunológico de las personas	**0.32		
El sistema inmunológico es el encargado de defender al cuerpo humano de cualquier bacteria...	**0.43		
El VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual	**0.35		
SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	**0.54		
El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo	**0.38		
Cuando una persona desarrolla el SIDA padecerá un conjunto de enfermedades que le pueden...	**0.31		
El VIH es un virus que puede estar en el aire	**0.49		
El VIH es un virus que puede estar en el agua	**0.50		
El VIH puede transmitirse por medio de la picadura de un mosquito	**0.38		
El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona...	**0.51		
El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada	**0.52		
El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada	**0.55		
La única forma de conocer si una persona está infectada con el VIH es con un examen de...	**0.51		
Una persona puede infectarse con el VIH/SIDA al tener relaciones sexuales sin protección	**0.47		
Las mujeres son más vulnerables que los hombres a adquirir la infección con el VIH/SIDA	**0.40		
El uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección con el VIH/SIDA	**0.38		
Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	**0.47		
El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo	**0.41		
El SIDA no tiene cura	**0.41		
Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de las personas con VIH/...	**0.47		
El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo	**0.38		
Una vez que una persona se infecta con el VIH será para toda la vida	**0.52		
La gonorrea es una infección de transmisión sexual	**0.41		
La Hepatitis B es una infección de transmisión sexual	**0.43		
El piojo púbico o ladilla se adquiere a través de las relaciones sexuales	**0.44		
El piojo púbico se puede adquirir por contacto con camas que hayan usado personas infectadas	**0.35		
La sífilis es una infección de transmisión sexual	**0.47		
Las ITS se pueden volver a contraer aunque las personas se hayan curado	**0.46		
Las ITS están relacionadas con las enfermedades del aparato reproductor	**0.28		
La mayoría de las ITS pueden ser totalmente curadas, con un tratamiento oportuno y adecuado	**0.54		
Cualquier persona puede infectarse con el VIH/SIDA	**0.34		
Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en un lugar especial		**0.68	
Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH		**0.61	
Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH		**0.50	
La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece		**0.58	
El SIDA es una enfermedad de prostitutas		**0.64	
Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH me haría la prueba		**0.52	
Podría abrazar a una persona que tiene el VIH/SIDA		**0.63	
Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual		**0.51	

Nota. Las categorías son:

1. Conocimientos
2. Actitudes
3. Prácticas

** p < 0.01

Cuadro 9b
Dimensión 3: VIH / SIDA / ITS
Coeficientes de correlación de los ítems según categoría de pertenencia

	Categorías		
	1	2	3
En la actualidad tengo alguna infección de transmisión sexual			**0.72
He tenido alguna infección de transmisión sexual			**0.72
He tenido sexo con personas desconocidas solo por presión de mis amistades			**0.73
He pagado para tener relaciones sexuales			**0.63
Consumo drogas inyectables			0.10
En el pasado he consumido algún tipo de droga ilegal			0.03
En la actualidad consumo algún tipo de droga ilegal			0.01

Nota. Las categorías son:

1. Conocimientos
2. Actitudes
3. Prácticas

** $p < 0.01$

Cuadro 10
Dimensión 4: Uso del Condón
Coeficientes de correlación de los ítemes según categoría de pertenencia

	Categorías		
	1	2	3
El condón es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH	**0.42		
Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una...	**0.64		
Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel ...	**0.51		
El material de que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras ITS	**0.40		
El uso inadecuado del condón podría provocar la transmisión del VIH/SIDA y otras ITS	**0.24		
El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad	**0.57		
El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene	**0.54		
El material de látex del condón puede soportar altas temperaturas	**0.60		
El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol	**0.68		
Los condones deben ser guardados en lugares frescos	**0.66		
Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto	*0.20		
Los condones se pueden llevar en las billeteras	**0.55		
El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzo cortante	**0.48		
El condón debe abrirse por una esquina con los dedos	**0.66		
Sé usar correctamente el condón	**0.55		
El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón	**0.51		
Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales	**0.45		
Cuando se está casado (a) puede dejarse el uso del condón		*0.18	
Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza		0.10	
Cuando se usa el condón no se siente nada		**0.23	
Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón		*0.17	
Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón		0.04	
La mujer que solicita que se use el condón en una relación sexual con ella significa que es muy...		0.14	
Es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar el condón		0.10	
Me gustan más las relaciones sexuales cuando no uso el condón		**0.58	
Siempre uso el condón en mis relaciones sexuales			**0.41
Tengo relaciones sexuales sin usar el condón			0.19
Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto			**0.51
Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo			**0.54
Cuando tengo sexo con mi novio (a) no uso el condón			0.17
He usado el condón femenino o he tenido sexo con una mujer que lo ha usado			0.04

Nota. Las categorías son:

1. Conocimientos
2. Actitudes
3. Prácticas

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

Siguiendo el procedimiento planteado, es importante obtener la correlación de las categorías con las otras de la misma dimensión. Este resumen se obtuvo sumando los puntajes obtenidos en cada uno de los ítemes para una categoría específica y dividiéndolos entre la totalidad de ítemes de esa categoría y, posteriormente, se obtuvo la correlación. En el Cuadro 11 se resume esta información.

El 17% de las correlaciones entre las categorías de una misma dimensión no superó el mínimo establecido (0.30). Estas fueron:

- En la dimensión 1 (salud sexual): prácticas con conocimientos.
- En la dimensión 2 (salud reproductiva): prácticas con actitudes.
- En la dimensión 3 (VIH / SIDA / ITS): prácticas con conocimientos y con actitudes.

Sin embargo, al igual que con los ítemes que registraron baja correlación con sus categorías de pertenencia, la decisión de dejar o excluir toda una categoría en una dimensión se tomó después de conocer su aporte a la medida de confiabilidad.

Finalmente, otro cálculo que revierte suma importancia es la correlación entre las dimensiones y de éstas con la escala total, de manera que se pueda determinar el porcentaje de explicación de la variabilidad en cuanto al aporte en la totalidad de las dimensiones individuales. En este sentido, todas las correlaciones fueron significativas al 1% y mayores o iguales a 0.30 (Cuadro 12).

Cuadro 11
Coeficientes de correlación entre categorías y dimensión de pertenencia

Dimensiones y categorías	Categorías		
	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
Salud sexual	**0.51	**0.88	**0.73
Conocimientos	-----	**0.32	**0.13
Actitudes	**0.32	-----	**0.40
Prácticas	0.13	**0.40	-----
Salud Reproductiva	**0.67	**0.51	**0.89
Conocimientos	-----	**0.38	**0.32
Actitudes	**0.38	-----	**0.22
Prácticas	**0.32	**0.22	-----
VIH / SIDA / ITS	**0.56	**0.39	**0.84
Conocimientos	-----	**0.34	0.07
Actitudes	**0.34	-----	0.01
Prácticas	0.07	0.01	-----
Uso del condón	**0.58	**0.94	**0.89
Conocimientos	-----	**0.35	**0.37
Actitudes	**0.35	-----	**0.78
Prácticas	**0.37	**0.78	-----

** p < 0.01

Cuadro 12
Coeficientes de correlación entre dimensiones y con la escala total

Dimensiones	Dimensiones			
	Salud Sexual	Salud Reproductiva	VIH/SIDA/ ITS	Uso del Condón
Salud Sexual	-----	**0.73	**0.77	**0.73
Salud Reproductiva	**0.73	-----	**0.78	**0.80
VIH / SIDA / ITS	**0.77	**0.78	-----	**0.86
Uso del Condón	**0.73	**0.80	**0.86	-----
Escala Total	**0.87	**0.90	**0.94	**0.95

c. Análisis de confiabilidad

Como ya se ha mencionado, si en el análisis de confiabilidad se obtienen alfas mayores o iguales a 0.70 y coeficientes de correlación mayores o iguales a 0.30, se puede concluir que hay una buena consistencia interna de la escala.

Dado que el análisis de factores confirmó la organización de los ítemes en cuatro dimensiones y tres categorías dentro de cada dimensión, para el análisis de confiabilidad se introdujeron los ítemes correspondientes a cada una de las dimensiones por separado.

El procedimiento que se siguió para obtener los coeficientes de confiabilidad fue tomar como punto de partida los resultados obtenidos del análisis de correlación y, posteriormente, la introducción y extracción en el análisis de confiabilidad de aquellos ítemes que presentaron una baja correlación hasta lograr el mayor Alfa de Cronbach posible. Para estos efectos, se solicitó el cálculo de los coeficientes de confiabilidad si los ítemes eran borrados, tanto para las dimensiones individuales como para la escala total. En este tanto, la dimensión sobre salud sexual obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.8183, la de salud reproductiva un valor de 0.8196, la de VIH / SIDA / ITS uno de 0.8545 y la de uso del condón obtuvo 0.7729, todas superiores al valor mínimo requerido para confirmar su consistencia interna.

Además, dado que se obtuvieron altas correlaciones entre las dimensiones y de éstas con la escala total, se introdujeron en el análisis todos los ítemes, indistintamente de las categorías y las dimensiones de pertenencia, obteniéndose un coeficiente de confiabilidad de **0.9290**, quedando la escala final compuesta por 128 ítemes. En este sentido, en el Cuadro 13 se presenta la clasificación y la cantidad de ítemes en categorías y dimensiones antes y después del análisis de correlación y de confiabilidad.

Cuadro 13
Cantidad de ítemes que conforman las categorías y las dimensiones de las escalas,
antes y después del análisis de correlación y de confiabilidad

Escala: Dimensión / categorías	Cantidad de ítemes	
	Antes	Después
Salud sexual	38	34
Conocimientos	12	11
Actitudes	21	20
Prácticas	5	3
Salud reproductiva	27	25
Conocimientos	16	13
Actitudes	7	5
Prácticas	4	7
VIH / SIDA / ITS	47	41
Conocimientos	32	28
Actitudes	8	8
Prácticas	7	5
Uso del condón	31	28
Conocimiento	17	16
Actitudes	8	8
Prácticas	6	4

5. Conformación de la escala para el estudio propuesto

La siguiente es la propuesta de la escala, según dimensiones, categorías e ítemes, que se utilizará para aplicarla a una muestra probabilística de estudiantes de la Universidad Nacional, una vez que se realizaron los análisis de validez aparente, de factores, de correlación y de confiabilidad.

a. Dimensión 1: Salud Sexual

Conocimientos:

- La sexualidad está limitada a la genitalidad
- La sexualidad es sólo lo biológico o anatómico
- Los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres
- La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen
- La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas
- La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombre y mujeres.
- Tengo derecho a una práctica sexual plena y enriquecedora.
- En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja.
- El acto sexual es mejor cuando se toma licor
- El sexo debe ser para tener hijos
- El acto sexual es mejor cuando se consumen drogas

Actitudes:

- Las relaciones sexuales deben darse únicamente cuando hay amor de por medio
- Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para las mujeres
- Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres
- La masturbación causa acné
- La mujer vale más cuando es virgen
- El hombre vale más cuando es virgen
- El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer
- Siento temor de tener sexo porque pueden resultar en un embarazo
- Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual
- Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA
- Me da vergüenza hablar sobre sexo
- La masturbación la practican exclusivamente los hombres
- Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son “marimachas” o “tortilleras”
- Los hombres que se preocupan por su apariencia física son “afeminados”
- Un hombre puede esperar que su novia o esposa le sea siempre fiel
- El acto sexual siempre debe culminar con la penetración
- Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo
- Voy a tener relaciones sexuales hasta que me case
- Masturbarse es pecado
- Me siento presionado(a) por mis amistades para tener relaciones sexuales

Prácticas:

- Me masturbo
- Practico el sexo oral
- Soy una persona sexualmente activa

b. Dimensión 2: Salud Reproductiva

Conocimientos:

- Una muchacha puede embarazarse por usar un baño público
- La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo
- Las píldoras anticonceptivas causan cáncer
- La ducha vaginal previene el embarazo
- Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos
- El control médico de la mujer embarazada es muy importante para la salud de la madre y del hijo
- La salud reproductiva implica tener hijos en el momento que se considere oportuno
- La salud reproductiva es tener las relaciones sexuales de forma libre y responsable
- Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada
- Después de los 40 años todo hombre debe hacerse un examen de próstata anual
- Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos
- Tengo acceso a información sobre planificación familiar
- Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos

Actitudes:

- La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual
- Cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella
- Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos
- La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada
- Puedo acudir a los servicios de salud sin temor

Prácticas:

- Me informo sobre planificación familiar
- Me informo sobre métodos anticonceptivos
- Me informo sobre enfermedades del aparato reproductivo
- Reviso mis genitales para detectar cambios o anormalidades
- Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual
- Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales
- Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales

c. Dimensión 3: VIH / SIDA / ITS

Conocimientos:

- VIH son las siglas para Virus de Inmunodeficiencia Humana
- El VIH es un virus que ataca el sistema inmunológico de las personas
- El sistema inmunológico es el encargado de defender al cuerpo humano de cualquier bacteria, virus, parásito, hongo o agente que produzca enfermedades
- El VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual
- SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo
- Cuando una persona desarrolla el SIDA padecerá de un conjunto de enfermedades que le pueden causar la muerte
- El VIH es un virus que puede estar en el aire
- El VIH es un virus que puede estar en el agua
- El VIH puede transmitirse por medio de la picadura de un mosquito
- El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona infectada
- El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada
- El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada
- La única forma de conocer si una persona está infectada con el VIH/SIDA es con un examen de laboratorio
- Una persona puede infectarse con el VIH/SIDA al tener relaciones sexuales sin protección
- El uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección con el VIH/SIDA
- Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH
- El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo

- El SIDA no tiene cura
- Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de una persona con VIH/SIDA
- El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo
- Una vez que una persona se infecta con el VIH será para toda la vida
- La gonorrea es una infección de transmisión sexual
- La Hepatitis B es una infección de transmisión sexual
- La sífilis es una infección de transmisión sexual
- Las infecciones de transmisión sexual se pueden volver a contraer aunque la persona se haya curado
- La mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden ser totalmente curadas, con un tratamiento oportuno y adecuado
- Cualquier persona puede infectarse con el VIH/SIDA

Actitudes:

- Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en algún lugar especial
- Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH
- Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH
- La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece
- El SIDA es una enfermedad de prostitutas
- Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH me haría la prueba
- Podría abrazar a una persona que tiene el VIH/SIDA
- Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual

Prácticas:

- En la actualidad tengo una infección de transmisión sexual
- He tenido alguna infección de transmisión sexual
- He tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de mis amistades
- He pagado para tener relaciones sexuales
- Consumo drogas inyectables

d. Dimensión 4: Uso del Condón

Conocimientos:

- El condón es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH
- Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una mayor lubricación
- Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base de agua
- El material con que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual
- El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad

- El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene
- El material de látex del condón puede soportar altas temperaturas
- El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol
- Los condones deben ser guardados en lugares frescos
- Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto
- Los condones se pueden llevar en las billeteras
- El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzo cortante
- El condón debe abrirse por una esquina con los dedos
- Sé cómo se usa correctamente el condón
- El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón
- Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales

Actitudes:

- Cuando se está casado (a) puede dejarse el uso del condón
- Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza
- Cuando se usa el condón no se siente nada
- Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón
- Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón
- La mujer que solicita que se use el condón en una relación sexual con ella significa que es muy “jugada”
- Es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar el condón
- Me gustan más las relaciones sexuales cuando no uso el condón

Prácticas:

- Uso el condón en mis relaciones sexuales
- Tengo relaciones sexuales sin usar el condón
- Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto
- Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo

IX. Resultados de la aplicación de las escalas

1. Consideraciones generales

Antes de dar inicio con la presentación de los resultados de la aplicación de las escalas a la muestra representativa de 943 estudiantes, es conveniente recordar que el coeficiente de confiabilidad (Alfa de Cronbach) de la escala total que se obtuvo como producto de la prueba piloto con los y las 161 estudiantes fue de 0.9290 y ésta quedó conformada por 128 ítemes.

A partir del instrumento aplicado a la muestra de estudiantes, producto del examen de la prueba piloto, se realizaron nuevamente los análisis de validez y confiabilidad, dado que la nueva información permitiría la posibilidad de confirmar los resultados ya obtenidos, y porque los análisis llevados a cabo fueron exploratorios, es decir, dependían en gran parte de las respuestas de las personas y no solo de la teoría que sustentaba la construcción de la escala.

En este tanto, los análisis estadísticos confirmatorios de validez y confiabilidad permitieron una nueva reducción de la cantidad de ítemes en cada una de sus categorías y dimensiones (de 128 a 103), cuyo coeficiente de confiabilidad es de 0.9043 (disminución con respecto de lo obtenido en la prueba piloto) y confirmando que la escala total sigue manteniendo una buena consistencia interna. Con base en esta última propuesta de la escala total es que se presentarán los resultados de la aplicación a la muestra de estudiantes¹⁰.

Por otra parte, los resultados de la investigación se presentan en porcentajes y, para la reducción de los conocimientos, actitudes y prácticas a un puntaje que permita establecer un rango bajo, medio o alto, se utilizó el intervalo intercuartil para dividir ese puntaje en tres categorías. Es muy importante no perder de vista esta clasificación porque es la que permitirá concluir, por ejemplo, que un puntaje en el conocimiento de alguna dimensión en particular es bajo, medio o alto. En el Cuadro 14 se resume esta categorización.

Como podrá observarse, para la categorización del puntaje se han utilizado los colores del semáforo para denotar si éste es bajo (rojo), medio (amarillo) o alto (verde); estos mismos colores serán usados en los cuadros que presentan los resultados del puntaje promedio obtenido por las personas entrevistadas según las variables que se estén analizando.

Finalmente, los cuadros que se adjuntan en el siguiente apartado de resultados se presentan por sexo, debido a que se hace análisis en función de esta variable y se realizaron pruebas de diferencia estadística y asociación para determinar su importancia significativa.

¹⁰ La propuesta de la escala final después de los análisis confirmatorios de validez y confiabilidad estadística, por clasificación y niveles de medición según dimensiones, categorías e ítemes, se presenta en el Anexo 2.

Cuadro 14
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Clasificación de la Puntuación de las Escalas

Escala / Categoría	Clasificación del Nivel de Puntuación		
	Bajo	Medio	Alto
Salud Sexual	0,0 - 23,0	23,1 - 68,0	68,1 - 90,0
Conocimientos	0,0 - 02,0	02,1 - 07,0	07,1 - 09,0
Actitudes	0,0 - 18,0	18,1 - 54,0	54,1 - 72,0
Prácticas	0,0 - 02,0	02,1 - 07,0	07,1 - 09,0
Salud Reproductiva	0,0 - 14,0	14,1 - 41,0	41,1 - 54,0
Conocimientos	0,0 - 02,0	02,1 - 07,0	07,1 - 09,0
Actitudes	0,0 - 05,0	05,1 - 15,0	15,1 - 20,0
Prácticas	0,0 - 06,0	06,1 - 19,0	19,1 - 25,0
VIH / SIDA / ITS	0,0 - 14,0	14,1 - 42,0	42,1 - 56,0
Conocimientos	0,0 - 05,0	05,1 - 15,0	15,1 - 20,0
Actitudes	0,0 - 08,0	08,1 - 24,0	24,1 - 32,0
Prácticas	0,0 - 01,0	01,1 - 03,0	03,1 - 04,0
Condón	0,0 - 16,0	16,1 - 48,0	48,1 - 64,0
Conocimientos	0,0 - 04,0	04,1 - 12,0	12,1 - 16,0
Actitudes	0,0 - 08,0	08,1 - 24,0	24,1 - 32,0
Prácticas	0,0 - 04,0	04,1 - 12,0	12,1 - 16,0

2. Características sociodemográficas (Cuadro 15)

La población estudiantil de la Universidad Nacional estuvo conformada, en el segundo semestre del 2005, por un total de 8314 personas, de las cuales 43.5% eran hombres y 56.5% mujeres.

Aproximadamente nueve de cada diez oscilan entre los 17 y 24 años y esta proporción se mantiene indistintamente del sexo. Con respecto del estado civil, 93% es soltero o soltera y lo común es que no tengan hijos e hijas (93%).

La religión que profesan principalmente es la católica (71%) y en segundo lugar la evangélica (15%); cerca del 12% menciona que no profesa religión. Esta variable presenta diferencias estadísticas significativas (5%) según el sexo debido a que una mayor proporción de mujeres (73%), en comparación con los hombres (68%), profesa la religión católica; y más hombres (16%) que mujeres (5%) aseguran no profesar religión alguna. El 83% de los hombres y mujeres que siguen alguna religión menciona que su práctica religiosa va de regular a poca; no obstante, un poco más de la mitad tiene una práctica regular.

En cuanto a la procedencia, aproximadamente seis de cada diez hombres y mujeres provienen de la zona urbana, la cuarta parte de la mixta y 17% de la rural.

Cuadro 15
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Características sociodemográficas por sexo

Características	Hombres	Mujeres	Total
Total absoluto	410	533	943
Total relativo	100,0	100,0	100,0
Grupos de edad			
17 a 19 años	36,5	37,0	36,8
20 a 24 años	50,4	52,3	51,5
25 a 29 años	8,9	6,5	7,6
30 años y más	4,2	4,2	4,2
Promedio de la edad	21,67	21,41	21,52
Mediana de la edad	20,00	20,00	20,00
Moda de la edad	19,00	19,00	19,00
Estado civil			
Soltero (a)	94,9	91,1	92,7
Casado (a) o en Unión Libre	4,9	7,5	6,5
Separado (a) o divorciado (a)	0,2	1,4	0,8
Cantidad de hijos e hijas			
Ninguno (a)	93,1	91,7	92,3
Uno (a)	3,6	4,6	4,2
Dos y más	3,3	3,7	3,5
Religión que profesa **			
Católica	67,8	72,5	70,5
Evangélica	13,6	15,5	14,7
Otra	2,9	3,7	3,3
Ninguna	15,6	5,3	11,5
Grado de religiosidad			
Muy religioso (a)	6,4	10,8	9,0
Regularmente religioso (a)	50,9	53,1	52,2
Poco religioso (a)	34,3	28,2	30,8
Nada religioso (a)	8,4	7,9	8,1
Zona de procedencia¹			
Urbana	59,4	60,0	59,8
Mixta	23,5	24,0	23,8
Rural	17,1	16,0	16,5

** Diferencia estadística significativa al 5%.

¹ Definición de zona: Urbana (85% o más de la población del distrito viviendo en zonas urbanas); Mixta (entre 26% y 85% de la población del distrito viviendo en zonas urbanas); Rural (25% o menos de la población viviendo en zonas urbanas). Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2000.

3. Condición de actividad y facultad de pertenencia (Cuadro 16)

Tres de cada diez personas estudian y trabajan, siendo este porcentaje mayor en los hombres (36%) que en las mujeres (28%); una mayor proporción de mujeres (72%) que de hombres (65%) se concentra de forma particular en la realización de las actividades estudiantiles, haciendo que se presente una diferencia estadística altamente significativa (1%) entre los sexos.

En cuanto a la facultad a la que pertenecen los y las estudiantes, la distribución porcentual obtenida obedece a los requerimientos determinados para la realización de los cálculos muestrales y la distribución de la muestra. La mayor proporción de hombres se registra en las facultades de Ciencias Exactas y Naturales, y Ciencias de la Tierra y el Mar. En el caso de las mujeres, éstas registran los mayores porcentajes en el CIDE y Filosofía y Letras.

Cuadro 16
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Condición de actividad y Facultad de pertenencia por sexo

Variables	Hombres	Mujeres	Total
Total absoluto	410	533	943
Total relativo	100,0	100,0	100,0
Condición de actividad ***			
Solo estudia	64,5	71,9	68,7
Estudia y trabaja	35,5	28,1	31,3
Facultad de pertenencia			
Ciencias Exactas y Naturales	41,1	23,3	31,1
Ciencias Sociales	24,7	27,2	26,1
CIDE	3,0	17,4	11,1
Ciencias de la Tierra y el Mar	11,8	8,6	10,0
Ciencias de la Salud	9,1	7,8	8,4
Filosofía y Letras	3,8	9,0	6,7
CIDEA	5,3	4,5	4,8
Centro de Estudios Generales	1,3	2,2	1,8

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

4. Relación de pareja y actividad sexual (Cuadro 17)

Un poco más de la mitad de la población estudiantil tiene una relación de pareja y ese porcentaje es significativamente mayor en las mujeres (56%) que en los hombres (47%), presentándose una diferencia estadística altamente significativa (1%).

Por otro lado, 65% ya ha tenido relaciones sexuales coitales siendo que los hombres registran la mayor proporción (73%) que las mujeres (58%) y presentándose una diferencia estadística altamente significativa (1%). Las relaciones sexuales se sostienen principalmente con personas del sexo opuesto (67% hombres, 56% mujeres); 5.4% de los hombres y 2.5% de las mujeres tiene prácticas sexuales homo-bisexuales.

Cuadro 17
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Relación de pareja y actividad sexual por sexo

Variables	Hombres	Mujeres	Total
Total absoluto	410	533	943
Total relativo	100,0	100,0	100,0
% que tiene una relación de pareja en la actualidad***	47,4	56,0	52,2
% que ya ha tenido relaciones sexuales coitales***	72,7	58,4	64,6
Con quién sostiene prácticas sexuales			
Solo practica el sexo con hombres	4,7	55,9	33,6
Practica el sexo con hombres y ocasionalmente con mujeres	0,5	1,0	0,8
Practica el sexo tanto con hombres como con mujeres	0,2	0,0	0,1
Solo practica el sexo con mujeres	67,2	1,5	30,2
No ha tenido relaciones sexuales	27,3	41,6	35,4

*** Diferencia estadística altamente significativa al 5%.

5. Consumo de drogas y alcohol (Cuadro 18)

La cuarta parte de los y las estudiantes ha consumido diversos tipos de drogas ilícitas en algún momento, este porcentaje es mayor en los hombres (32%) que en las mujeres (18%), registrándose una diferencia estadística altamente significativa (1%). La droga principal que se ha consumido es la marihuana (31% hombres, 18% mujeres), aunque los hombres han consumido en una proporción mayor que las mujeres, también con diferencias estadísticas altamente significativas (1%), crack o piedra, cocaína (fumada o inhalada), heroína (inyectada) e inhalación de pegamento.

En la actualidad, 6% de los y las estudiantes consume algún tipo de droga y este porcentaje es mayor en los hombres (8%) que en las mujeres (4.5%), dándose una diferencia estadística significativa (5%). Este consumo actual se concentra en el fumado de marihuana (5.5%) y se da una diferencia estadística entre los sexos altamente significativa (1%) debido al mayor consumo de los hombres (7%) que las mujeres (4%).

Según el sexo no se presentan diferencias significativas en la frecuencia del consumo actual de drogas y el mayor porcentaje se registra en aquellos casos que mencionan consumir con poca frecuencia a una o dos veces por semana (81%). El 15% consume todos los días (uno de cada cinco hombres y una de cada diez mujeres).

En cuando a la ingesta de alcohol, aproximadamente una quinta parte de la población no consume. Para quienes sí lo ingieren, 44% lo hace con poca frecuencia y una tercera parte registra una frecuencia que va de una a dos veces por mes a una o dos veces por semana. El mayor porcentaje y frecuencia en el consumo de alcohol se registra en los hombres.

Cuadro 18
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Consumo de drogas y alcohol por sexo

Variables	Hombres	Mujeres	Total
Total absoluto	410	533	943
Consumo de drogas alguna vez			
Ha fumado marihuana***	30,5	17,8	23,4
Ha fumado crack o piedra***	2,5	0,4	1,3
Ha consumido hongos alucinógenos	4,5	2,7	3,5
Ha fumado cocaína***	4,8	1,7	3,1
Ha inhalado cocaína***	6,5	1,5	3,7
Se ha inyectado cocaína	0,8	0,2	0,4
Ha fumado heroína	0,5	0,0	0,2
Se ha inyectado heroína**	1,3	0,2	0,7
Ha inhalado pegamento***	4,0	0,8	2,2
Ha consumido "éxtasis"	3,0	1,7	2,3
% que ha consumido drogas alguna vez***	32,4	17,6	24,1
Consumo de drogas en la actualidad			
Fuma marihuana***	7,1	4,3	5,5
Fuma crack o piedra	0,2	0,0	0,1
Consume hongos alucinógenos	0,5	0,4	0,4
Fuma cocaína	0,2	0,6	0,4
Inhala cocaína	0,5	0,4	0,4
Se inyecta cocaína	0,2	0,0	0,1
Fuma heroína	0,2	0,0	0,1
Se inyecta heroína	0,2	0,0	0,1
Inhala pegamento	0,2	0,0	0,1
Consume "éxtasis"	0,7	0,0	0,3
% que consume drogas en la actualidad**	8,0	4,5	6,0
Total absoluto	33	24	57
Total relativo	100,0	100,0	100,0
Frecuencia del consumo de drogas			
Todos los días	20,0	11,1	16,4
Más de dos veces por semana	0,0	7,4	3,0
Una o dos veces por semana	27,5	33,3	29,9
Una o dos veces por mes	17,5	25,9	20,9
Con poca frecuencia	35,0	22,2	29,9
Total absoluto	410	533	943
Total relativo	100,0	100,0	100,0
Frecuencia del consumo de alcohol***			
Todos los días	0,8	0,4	0,5
Más de dos veces por semana	4,6	2,7	3,5
Una o dos veces por semana	18,8	12,2	15,0
Una o dos veces por mes	16,0	12,0	13,7
Con poca frecuencia	35,9	49,8	43,8
Está en período de abstinencia	7,4	3,3	5,0
Nunca ha consumido alcohol	16,5	19,7	18,3

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

** Diferencia estadística significativa al 5%.

6. Conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual

a. Resultados generales por sexo

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad; se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social. De acuerdo con los resultados obtenidos, los y las estudiantes parecen enmarcar sus conocimientos sobre salud sexual al alero de estas consideraciones, debido a que al menos ocho de cada diez mencionan que la salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres, la comprensión de las consecuencias de las acciones que se tomen y que en una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja. Otros aspectos donde existe un conocimiento relativamente bueno, con porcentajes que oscilan entre el 75% al 80% en los hombres y entre 80% a 87% en las mujeres, se relacionan con afirmar que la sexualidad no está limitada a la genitalidad o que no tiene que ver únicamente con lo biológico o anatómico, y que la relación sexual no es mejor solo porque se haya consumido drogas ilícitas o alcohol (Cuadro 19).

Sin embargo, algunas áreas sobre estos conocimientos se encuentran un tanto desprotegidas debido a que la tercera parte de los hombres y las mujeres menciona que es falta o no sabe que la salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas, y al menos la décima parte no sabe que la sexualidad no se encuentra limitada a la genitalidad o que no tiene que ver solo con lo biológico o anatómico (Cuadro 19). Estos resultados podrían vincularse con lo que señalan Stern, Fuentes-Zurita, Lozano-Treviño y Reysoo (2003), cuando mencionan que adolescentes y jóvenes no tienen la preparación suficiente para los aspectos relacionales y emocionales de las relaciones íntimas.

Por otro lado, el modelo tradicional de masculinidad predominante tiene como resultado que haya poca comunicación sobre la sexualidad en las relaciones de pareja y que, consecuentemente, la utilización de medidas de protección se de en muy raras ocasiones, exponiendo a adolescentes y jóvenes a ITS y embarazos no deseados.

De forma específica, algunos de los resultados obtenidos en la evaluación de los conocimientos sobre salud sexual se tornan un tanto más preocupantes para los hombres debido a la presencia de diferencias estadísticas altamente significativas (1%) en comparación con las mujeres, cuando la décima parte considera que la relación sexual es mejor cuando se consume licor, o cuando 7% piensa lo mismo cuando se consumen drogas (Cuadro 19).

Esto tiene que ver, siguiendo a Stern et al. (2006), con la manera como se construye el concepto que se tienen de masculinidad y su una influencia decisiva en las relaciones con las demás personas, en las relaciones sexuales y, por lo tanto, en la salud sexual. Esta persistencia en la construcción del concepto tradicional de masculinidad va de la mano con la prescripción de normas que llevan a conductas que se constituyen en factores de riesgo para la salud.

Cuadro 19
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Conocimientos sobre Salud Sexual por sexo
(Porcentajes)

Conocimientos	Cierto		Falso		No Sabe	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Afirmaciones verdaderas						
En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja.	95,3	95,7	2,9	3,2	1,7	1,1
La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen	92,9	94,7	2,5	1,9	4,7	3,4
La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres.	80,6	78,2	8,7	8,0	10,7	13,9
La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas	68,5	69,5	13,9	11,6	17,6	18,9
Afirmaciones falsas						
La sexualidad está limitada a la genitalidad ***	7,4	4,2	79,6	86,9	13,1	8,9
El acto sexual es mejor cuando se toma licor ***	10,1	3,2	76,3	84,5	13,6	12,3
La sexualidad es sólo lo biológico o anatómico	10,1	7,8	77,7	79,1	12,1	13,1
El acto sexual es mejor cuando se consumen drogas ***	6,7	3,0	74,8	80,9	18,5	16,1
Los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres ***	9,9	5,9	75,5	67,1	14,6	27,0

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

Los resultados de las respuestas a las afirmaciones que conforman el componente actitudinal de la escala de salud sexual revelan que, con porcentajes superiores al 70%, los y las estudiantes están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con que los hombres que se preocupan por su apariencia física son afeminados o las mujeres que no lo hagan son hombrunas; con que la masturbación sea una práctica exclusiva de los hombres, que sea pecado o que

cause acné; con que las mujeres y hombres “valgan más” cuando son vírgenes y con que las relaciones sexuales prematrimoniales sean perjudiciales para hombres y mujeres. En niveles similares de desacuerdo se encuentra la posibilidad de que hombres y mujeres sientan presión de parte de sus amistades para tener relaciones sexuales y, en general, no sienten vergüenza cuando hablan de sexo (Cuadro 20).

Con proporciones que varían entre el 10% y el 40% la población estudiantil menciona estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que sienten de las relaciones sexuales porque pueden resultar en un embarazo e infectarse con el VIH/SIDA o alguna otra ITS. También se considera que el hombre necesita más las relaciones sexuales que la mujer y que la relación sexual siempre debe terminar con la penetración (Cuadro 20).

Una mayor proporción de mujeres presenta mayores niveles de acuerdo, con diferencias estadísticas altamente significativas al 1% en comparación con los hombres, en que la masturbación es una práctica exclusiva de los hombres, en que preferirían que su pareja se más experimentada que ellas en asuntos relacionados con la sexualidad, y en que sienten temor de tener relaciones sexuales por la posibilidad de quedar embarazadas o infectarse con el VIH/SIDA y otras ITS (Cuadro 20).

En el caso de los hombres, también con diferencias estadísticas altamente significativas en comparación con las mujeres, los niveles de acuerdo son mayores cuando piensan que las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son “marimachas” o “tortilleras” o que la mujer “vale más” cuando es virgen, cuando se cree que el hombre necesita más las relaciones sexuales que la mujer y que las relaciones sexuales siempre deben terminar con la penetración (Cuadro 20).

Sobre las prácticas que se investigaron en salud sexual, tres cuartas partes de la población estudiantil se catalogan como personas sexualmente activas; 35% de las mujeres y 41% de los hombres practican siempre o casi siempre el sexo oral cuanto tienen relaciones sexuales, y 26% de los hombres y 6% de las mujeres practican la masturbación con esa misma frecuencia. Una cuarta parte de la población masculina y tres cuartas partes de la femenina nunca o casi nunca ha practicado la masturbación; en la medición de esta práctica se presentan diferencias estadísticas altamente significativas (1%) dado el mayor porcentaje de hombres que de mujeres que se masturba (Cuadro 21).

b. Resultados de la puntuación promedio

Los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual de la población estudiantil, en forma conjunta, resultaron en una puntuación de nivel medio, indistintamente del sexo y la edad. En cuanto a las categorías específicas, los conocimientos obtuvieron una puntuación alta sin diferencias entre el sexo y la edad, y en las actitudes y las prácticas el puntaje promedio obtenido, en general, es de nivel medio (Cuadro 22).

Sin embargo, las mujeres de 17 a 19 años obtuvieron en las actitudes una puntuación de nivel medio más elevada que la de los hombres y, en el caso de las de 25 años y más, la calificación obtenida las ubicó en el nivel alto de la categorización del puntaje. En lo referente a las prácticas, la puntuación de las mujeres de 17 a 19 años fue baja aunque esto no significa que tengan malas prácticas en salud sexual sino que, de acuerdo con las afirmaciones que se introdujeron en esta categoría, son muy pocas las que se consideran sexualmente activas o se masturban o hacen el sexo oral (Cuadro 22).

Cuadro 20
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Actitudes hacia la Salud Sexual por sexo
(Porcentajes)

Actitudes (afirmaciones falsas)	Totalmente de Acuerdo o De Acuerdo		Ni de Acuerdo ni En Desacuerdo		En Desacuerdo o Totalmente en Desacuerdo	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Los hombres que se preocupan por su apariencia física son “afeminados”	4,4	3,0	9,4	6,6	86,2	90,3
La masturbación la practican exclusivamente los hombres ***	3,9	5,9	6,7	12,0	89,4	82,1
Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son “marimachas” o “tortilleras” ***	5,2	3,6	18,3	10,0	76,5	86,4
Me siento presionado(a) por mis amistades para tener relaciones sexuales ***	8,9	3,2	16,3	9,9	74,8	86,8
Me da vergüenza hablar sobre sexo	8,7	7,9	14,7	12,6	76,6	79,5
La mujer vale más cuando es virgen ***	19,9	9,5	14,4	9,5	65,8	81,0
El hombre vale más cuando es virgen	10,7	9,3	15,9	11,4	73,4	79,2
Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para las mujeres	10,2	11,0	20,4	18,8	69,4	70,2
Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres	10,6	8,0	21,5	21,3	67,9	70,7
Masturbarse es pecado	13,3	11,7	17,5	23,6	69,2	64,8
La masturbación causa acné ***	6,4	2,9	24,8	34,4	68,8	62,7
El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer ***	20,5	15,7	31,7	21,3	47,8	63,0
Voy a tener relaciones sexuales hasta que me case ***	14,6	18,8	25,5	28,4	59,9	52,8
El acto sexual siempre debe culminar con la penetración ***	25,8	10,0	26,0	32,4	48,3	57,6
Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo ***	15,0	16,7	46,0	36,6	39,0	46,7
Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual ***	29,4	33,0	34,3	25,1	36,3	42,0
Siento temor de tener sexo porque puede resultar en un embarazo ***	32,8	43,0	28,1	20,7	39,1	36,3
Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA	40,1	42,1	26,7	20,6	33,2	37,3

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

Cuadro 21
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Prácticas relacionadas con la Salud Sexual por sexo
(Porcentajes)

Prácticas	Siempre o Casi Siempre		A veces		Casi Nunca o Nunca	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Practico el sexo oral	41,3	34,6	35,3	35,9	23,3	29,6
Me masturbo ***	25,5	5,7	49,3	20,9	25,3	73,4
	Sí				No	
	Hombres	Mujeres			Hombres	Mujeres
Soy una persona sexualmente activa	73,3	73,6			26,7	26,4

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

Cuadro 22
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas
en la dimensión sobre Salud Sexual por edad según sexo

Escala / Categoría / Sexo	Puntaje Promedio por Edad			
	17 a 19 años	20 a 24 años	25 años y más	Total
Total	60,1	63,5	66,5	62,9
Hombres	58,6	64,5	66,3	62,7
Mujeres	61,2	63,4	66,6	63,0
<u>Conocimientos</u>	<u>7,1</u>	<u>7,3</u>	<u>7,8</u>	<u>7,3</u>
Hombres	7,1	7,3	7,6	7,2
Mujeres	7,2	7,4	8,0	7,4
<u>Actitudes***</u>	<u>58,6</u>	<u>53,1</u>	<u>54,3</u>	<u>52,3</u>
Hombres	48,3	53,0	52,9	51,3
Mujeres	52,2	53,2	55,7	53,1
<u>Prácticas***</u>	<u>2,5</u>	<u>3,6</u>	<u>4,0</u>	<u>3,2</u>
Hombres	3,4	4,6	5,2	4,2
Mujeres	1,9	2,8	2,9	2,5

*** Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos.

En general, los conocimientos sobre salud sexual de los y las estudiantes mantienen el nivel de puntuación alto sin importar algunas características sociodemográficas (Cuadro 23) como el estado civil, la religión que se profesa y el grado de religiosidad, y la zona de procedencia; la facultad a la que pertenece (Cuadro 24); la tenencia de una relación de pareja en la actualidad y haber tenido ya relaciones sexuales coitales (Cuadro 25).

No obstante, los hombres que se consideran muy religiosos o los que provienen de la zona mixta y aquellos que pertenecen al Centro de Estudios Generales obtuvieron una calificación de nivel medio. En cuanto a las mujeres, el nivel de la calificación disminuye a un valor intermedio para aquellas cuya facultad es la de Ciencias Sociales y las que no han tenido relaciones sexuales coitales.

Si bien es cierto para todas las variables mencionadas anteriormente el nivel de puntuación es medio en las actitudes hacia salud sexual, los hombres separados o divorciados, los que no profesan religión alguna o los que profesando alguna son nada religiosos y los que pertenecen al Centro de Estudios Generales logran obtener una calificación de nivel alto. Esta situación también la experimentan las mujeres que están casadas o en unión libre, las que no profesan religión y las que, profesándola, tienen una práctica religiosa catalogada como poca o nula.

Cuadro 23
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual
para algunas características sociodemográficas por sexo

Características	Categorías y Sexo					
	Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Estado civil (**A, **P)	7,2	7,4	51,3	53,0	4,2	2,5
Soltero (a)	7,2	7,3	51,4	52,8	4,2	2,4
Casado (a) o en unión libre	7,6	8,0	49,4	56,5	4,8	3,3
Separado (a) o divorciado (a)	9,0	7,8	58,0	52,6	7,0	4,0
Religión que profesa (**A, **P)	7,2	7,4	51,3	53,1	4,2	2,5
Católica	7,3	7,3	41,6	53,4	4,2	2,5
Evangélica	7,2	7,5	47,1	50,2	3,6	1,8
Otra	6,3	7,2	47,2	49,1	3,1	3,0
Ninguna	7,2	7,7	54,8	57,0	5,1	3,5
Grado de religiosidad (**A, **P)	7,3	7,4	50,7	52,8	4,0	2,4
Muy religioso (a)	6,6	7,5	45,5	49,7	3,1	1,5
Regularmente religioso (a)	7,1	7,2	49,6	51,9	3,6	2,2
Poco religioso (a)	7,5	7,6	52,6	55,0	4,7	2,9
Nada religioso (a)	7,7	7,4	54,2	54,5	4,7	3,0
Zona de procedencia (**A, **P)	7,3	7,4	51,5	53,2	4,2	2,5
Urbana	7,4	7,4	52,2	53,8	4,3	2,6
Mixta	7,0	7,4	51,1	53,7	4,3	2,5
Rural	7,1	7,1	49,4	50,4	3,9	2,1

¹ Definición de zona: Urbana (85% o más de la población del distrito viviendo en zonas urbanas; Mixta (entre 26% y 85% de la población del distrito viviendo en zonas urbanas); Rural (25% o menos de la población viviendo en zonas urbanas). Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2000.

***A Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las actitudes.

***P Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las prácticas.

En cuanto a las prácticas en salud sexual los hombres que no han tenido relaciones sexuales coitales son los que menos practican la masturbación. Las mujeres que tienden a no masturbarse ni a practicar el sexo oral ni a considerarse sexualmente activas son aquellas que son evangélicas o que tienen una práctica muy religiosa, las que pertenecen a la Facultad de Ciencias Sociales, y las que no tienen una relación de pareja en la actualidad ni han tenido relaciones sexuales coitales.

Cuadro 24
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual
para la Facultad de pertenencia por sexo

Variables	Categorías y Sexo					
	Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Facultad a la que pertenece (**A, **P)	7,2	7,4	51,3	53,3	4,2	2,5
Ciencias Exactas y Naturales	7,2	7,4	50,2	53,4	3,8	2,4
Ciencias Sociales	7,2	7,0	51,1	51,2	4,0	2,0
CIDE	7,7	7,8	49,7	57,2	4,4	2,9
Ciencias de la Tierra y el Mar	7,2	7,6	50,4	52,3	4,2	2,8
Ciencias de la Salud	7,5	7,4	55,0	53,9	5,3	3,3
Filosofía Letras	8,0	7,3	57,1	54,3	5,0	2,3
CIDEA	7,4	7,7	52,0	53,5	4,9	2,9
Centro de Estudios Generales	7,0	7,2	54,8	45,4	5,0	3,2

***A Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las actitudes.

***P Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las prácticas.

Cuadro 25
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual
para la tenencia de relación de pareja y relaciones sexuales por sexo

Variables	Categorías y Sexo					
	Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tiene una relación de pareja en la actualidad (**A, **P)	7,2	7,4	51,3	53,1	4,2	2,5
Sí	7,5	7,6	52,5	54,9	5,1	3,2
No	7,1	7,2	50,2	50,6	3,4	1,5
Ha tenido relaciones sexuales coitales (**A, **P)	7,3	7,4	51,3	53,1	4,2	2,5
Sí	7,4	7,6	53,3	56,1	5,2	3,8
No	7,1	7,0	46,7	48,6	1,8	0,5

***A Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las actitudes.

***P Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las prácticas.

7. Conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Reproductiva

a. Resultados generales por sexo

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, se introdujeron cambios sustanciales en el concepto de planificación familiar como sinónimo de control de la natalidad y se evidenció la necesidad de que los conceptos de planificación familiar y anticoncepción dieran paso al de salud reproductiva, entendiendo como tal el hecho de llevar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, además de la capacidad de reproducirse y decidir libremente cuándo, cómo y cuánto. La disponibilidad de la tecnología anticonceptiva en un contexto de salud, en lugar de uno demográfico, resalta las necesidades de las personas y no los métodos anticonceptivos, su distribución y uso (Lete y Martínez-Etayo, 2004).

Las consideraciones anteriores fueron evaluadas con la población estudiantil de la UNA, resultando que hombres y mujeres consideran que es cierto, con porcentajes que superan el 70%, que hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada, que después de los 40 años los hombres deben hacerse un examen de próstata y que la abstinencia es el único método anticonceptivo ciento por ciento efectivo. Además, tienen acceso a información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, y a lugares donde pueden conseguirlos (Cuadro 26).

Sin embargo, alrededor del 40% de los hombres y 30% de las mujeres considera que las pastillas anticonceptivas no son un método efectivo para prevenir los embarazos, la tercera parte de los hombres y la quinta parte de las mujeres piensa que es cierto o no saben que la ducha vaginal previene el embarazo, y 70% de los hombres y 56% de las mujeres menciona que es cierto o no sabe si las píldoras anticonceptivas causan cáncer (Cuadro 26).

Ahora bien, aunque los resultados evidencian que los y las adolescentes y jóvenes tienen información sobre métodos anticonceptivos, estudios como el de Stern et al. (2003) ponen en evidencia que a pesar de esa información, muchas veces la práctica consiste en el uso del retiro y el ritmo, sin conocer muy bien el cuerpo y su funcionamiento, dado que raramente utilizan métodos para protegerse a sí mismos y a sus parejas de embarazos no deseados ni de ITS.

Con diferencias estadísticas altamente significativas (1%) más mujeres que hombres aseguran que la abstinencia es el único método anticonceptivo ciento por ciento efectivo y, corroborando una vez más que aún persiste la idea de que son las mujeres las encargadas de la planificación familiar, más mujeres que hombres de la población de estudio tienen acceso a información de este tipo. Por otro lado, las diferencias estadísticas altamente significativas se presentan cuando una mayor proporción de mujeres que de hombres considera que es falso que la ducha vaginal previene el embarazo o que las píldoras anticonceptivas causan cáncer (Cuadro 26), haciendo que este último método de prevención del embarazo se encuentre rodeado de una amplia gama de mitos que ejercen influencia sobre su no utilización (Stern et al., 2003).

Cuadro 26
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Conocimientos sobre Salud Reproductiva por sexo
(Porcentajes)

Conocimientos	Cierto		Falso		No Sabe	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Afirmaciones verdaderas						
Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada	95,8	96,4	1,7	2,7	2,5	0,9
Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos	91,4	91,3	5,4	4,9	3,2	3,8
Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos	84	87,5	13,6	9,3	2,5	3,2
Después de los 40 años todo hombre debe hacerse un examen de próstata anual	87	83,3	2,5	1,5	10,6	15,2
La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo ***	77,7	86,6	18,9	11,5	3,4	1,9
Tengo acceso a información sobre planificación familiar ***	70,2	82,7	24,4	12,3	5,4	4,9
Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos	60,8	67,2	32,5	27,3	6,7	5,5
Afirmaciones falsas						
La ducha vaginal previene el embarazo ***	1,2	0,8	65,5	79,7	33,3	19,6
Las píldoras anticonceptivas causan cáncer ***	9,4	8,3	30,6	42,9	60	47,8

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

En lo referente a las actitudes hacia la salud reproductiva, con porcentaje superiores al 85% hombres y mujeres están de acuerdo o totalmente de acuerdo en que tienen derecho a decidir en qué momento desean tener hijos e hijas, que pueden acudir a los servicios de salud sin temor y que no es únicamente la mujer la que debe tomar las precauciones para no embarazarse. Algunas áreas que parecen presentar

conflicto debido a una disminución en los porcentajes de desacuerdo (en cuando a las afirmaciones falsas) se relacionan con que la vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual o que cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella (Cuadro 27).

Cuadro 27
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Actitudes hacia la Salud Reproductiva por sexo
(Porcentajes)

Actitudes	Totalmente de Acuerdo o De Acuerdo		Ni de Acuerdo ni En Desacuerdo		En Desacuerdo o Totalmente en Desacuerdo	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Afirmaciones verdaderas						
Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos	91,8	93,9	3,0	1,3	5,2	4,8
Puedo acudir a los servicios de salud sin temor	86,3	83,1	8,2	8,7	5,5	8,2
Afirmaciones falsas						
La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada ***	5,0	7,3	11,4	6,2	83,6	86,5
La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual ***	5,7	3,7	43,1	35,7	51,1	60,6
Cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella ***	28,5	18,4	29,2	27,3	42,3	54,3

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

En este tanto, las diferencias estadísticas altamente significativas entre los sexos se dan para esos aspectos, principalmente cuando una mayor proporción de hombres presenta una posición ambivalente (no estar de acuerdo ni en desacuerdo) con que la mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada, con que la vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual o cuando están de acuerdo o totalmente de acuerdo con que cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella (Cuadro 27).

Alrededor de las prácticas en salud reproductiva, 72% de los hombres y 76% de las mujeres afirma usar algún

método anticonceptivo cuando tienen relaciones sexuales con una frecuencia de siempre a casi siempre, la décima parte de los hombres y 16% de las mujeres sostiene esta práctica con una frecuencia de casi nunca a nunca. En esta categoría los resultados indican que hombres y mujeres no se comunican lo suficiente cuanto deben tratar el tema de uso de métodos anticonceptivos con las personas que van a tener relaciones sexuales, no tienen mucha costumbre de revisar sus genitales de forma consistente para detectar cambios o anomalías y aún menos se informan sobre métodos anticonceptivos, enfermedades del aparato reproductivo y planificación familiar (Cuadro 28).

Cuadro 28
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Prácticas relacionadas con la Salud Reproductiva por sexo
(Porcentajes)

Prácticas	Siempre o Casi Siempre		A veces		Casi Nunca o Nunca	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales ***	71,5	75,9	18,0	8,3	10,6	15,8
Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales ***	63,6	79,9	20,5	10,9	15,9	9,2
Reviso mis genitales para detectar cambios o anormalidades ***	67,1	46,1	24,8	33,8	8,2	20,2
Me informo sobre métodos anticonceptivos	44,8	50,3	29,8	26,0	25,5	23,7
Me informo sobre enfermedades del aparato reproductivo ***	35,5	43,7	32,8	32,2	31,8	24,1
Me informo sobre planificación familiar **	33,2	41,2	34,2	27,1	32,7	31,7
	Sí				No	
	Hombres	Mujeres			Hombres	Mujeres
Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual**	68,8	75,2			31,2	24,8

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

** Diferencia estadística significativa al 5%.

Por otra parte, 68% de los hombres y 75% de las mujeres afirma que usó algún método anticonceptivo en la última relación sexual. Si bien es cierto los hombres y las mujeres presentan, en general, porcentajes que denotan poca consistencia en buenas prácticas relacionadas con la salud reproductiva, las diferencias entre los sexos se dan en áreas diferentes. En el caso de las mujeres, los resultados indican que ellas hablan más sobre el uso de métodos

anticonceptivos con sus parejas sexuales, que se informan más sobre el uso de métodos, sobre enfermedades del aparato reproductivo y sobre planificación familiar, y que una mayor proporción usó alguna forma de anticoncepción en la última relación sexual. Más hombres que mujeres revisan sus genitales para detectar cambios o anormalidades (Cuadro 28).

b. Resultados de la puntuación promedio

La población estudiantil obtuvo un nivel de puntuación medio en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva. En lo referente a las especificidades según la categoría según sexo y grupos de edad, hombres y mujeres de 20 años y más lograron una calificación de nivel alto en los conocimientos, destacándose que ese resultado se mantiene para todas las mujeres, indistintamente de la edad, y que, en el caso de los hombres, el puntaje en esa misma categoría disminuye a la calificación de nivel medio y resultado en una diferencia estadística altamente significativa entre los sexos (Cuadro 29).

La puntuación en las actitudes es de nivel alto para ambos sexos; sin embargo, la calificación es mayor significativamente (diferencia estadística altamente significativa al 1%) para las mujeres de 17 a 24 años frente a los hombres de ese mismo grupo de edad. Tanto es así que los hombres de 17 a 19 años obtuvieron un puntaje de nivel medio en esta categoría. En lo referente a las prácticas en salud reproductiva, la puntuación es de valor medio para hombres y mujeres sin importar la edad y no se presentaron diferencias estadísticas significativas (Cuadro 29).

Cuadro 29
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas
en la dimensión sobre Salud Reproductiva por edad según sexo

Escala / Categoría / Sexo	Puntaje Promedio por Edad			
	17 a 19 años	20 a 24 años	25 años y más	Total
Total	34,6	37,5	39,9	36,8
Hombres	33,4	37,5	39,9	36,3
Mujeres	35,6	37,5	39,8	37,1
<u>Conocimientos***</u>	<u>6,7</u>	<u>7,7</u>	<u>7,3</u>	<u>7,0</u>
Hombres	6,3	6,9	6,9	6,7
Mujeres	7,1	7,2	7,7	7,2
<u>Actitudes***</u>	<u>15,6</u>	<u>16,0</u>	<u>16,0</u>	<u>15,9</u>
Hombres	14,9	15,7	16,0	15,5
Mujeres	16,1	16,2	15,9	16,2
<u>Prácticas</u>	<u>12,3</u>	<u>14,3</u>	<u>16,1</u>	<u>13,8</u>
Hombres	12,3	14,8	16,3	14,1
Mujeres	12,2	13,9	15,9	13,5

*** Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos.

En términos generales, las mujeres poseen una calificación significativamente más alta que los hombres en conocimientos y actitudes hacia la salud reproductiva, sin importar el estado civil, la religión que profesan, el grado de religiosidad, la zona de procedencia (Cuadro 30), la facultad a la que pertenecen (Cuadro 31), si tienen una relación de pareja en la actualidad y si ya han tenido relaciones sexuales coitales (Cuadro 32). Para todas las variables

mencionadas, la puntuación en las prácticas en salud reproductiva es de nivel medio para ambos sexos.

Como situaciones particulares, se tiene que las mujeres que se definen como muy religiosas tienen la puntuación más baja (nivel medio) en los conocimientos en salud reproductiva; esto también sucede con los hombres que profesan una religión diferente a la católica o evangélica y que provienen de la zona rural para el caso de las actitudes. Los hombres que son separados o divorciados logran un nivel de puntuación alto en las prácticas en salud reproductiva (Cuadro 30).

Cuadro 30
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Reproductiva
para algunas características sociodemográficas por sexo

Características	Categorías y Sexo					
	Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Estado civil (**C, **A)	6,7	7,2	15,5	16,2	14,1	13,5
Soltero (a)	6,7	7,2	15,5	16,1	13,9	13,1
Casado (a) o en unión libre	7,0	7,5	15,3	17,0	16,8	18,0
Separado (a) o divorciado (a)	7,0	7,7	19,0	16,6	25,0	19,0
Religión que profesa (**C, **A)	6,7	7,2	15,5	16,2	14,1	13,6
Católica	6,7	7,2	15,5	16,3	14,4	13,8
Evangélica	6,4	7,3	15,6	15,9	12,1	11,6
Otra	6,6	7,5	14,8	15,1	11,3	14,1
Ninguna	6,8	7,3	15,3	16,0	15,2	14,9
Grado de religiosidad (**C, **A)	6,6	7,2	15,5	16,2	13,9	13,5
Muy religioso (a)	6,5	7,0	15,5	16,2	12,6	11,6
Regularmente religioso (a)	6,5	7,4	15,3	16,0	13,6	13,0
Poco religioso (a)	6,8	7,6	15,8	16,5	14,7	15,1
Nada religioso (a)	6,8	7,2	15,4	16,1	13,7	12,9
Zona de procedencia¹ (**C, **A)	6,7	7,2	15,5	16,2	14,1	13,6
Urbana	6,9	7,3	15,8	16,4	14,0	13,9
Mixta	6,5	7,2	15,6	16,1	14,7	14,1
Rural	6,3	6,9	14,4	15,9	13,8	11,8

¹ Definición de zona: Urbana (85% o más de la población del distrito viviendo en zonas urbanas); Mixta (entre 26% y 85% de la población del distrito viviendo en zonas urbanas); Rural (25% o menos de la población viviendo en zonas urbanas). Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2000.

***C Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en los conocimientos

***A Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las actitudes.

En lo referente a la Facultad de pertenencia, los hombres de Ciencias de la Salud, de Filosofía y Letras y de Estudios Generales son quienes tienen las mejores calificaciones en los conocimientos en salud reproductiva (la puntuación general es de nivel medio comparado con el de las mujeres que es alto), y las mujeres de Ciencias Sociales y del Centro de Estudios Generales obtuvieron la menor calificación en esta categoría. Si bien es cierto la puntuación general de las actitudes en esta dimensión se registra en la calificación más alta

del puntaje, los hombres del CIDE y las mujeres del Centro de Estudios Generales presentan el nivel más bajo (medio) (Cuadro 31). Las mujeres que no tienen una relación de pareja en la actualidad y las que no han tenido relaciones sexuales coitales alcanzaron la calificación más baja en los conocimientos en salud reproductiva, y los hombres que no han tenido relaciones sexuales coitales tienen el mismo resultado en las actitudes (Cuadro 32).

Cuadro 31
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Reproductiva
para Facultad de pertenencia por sexo

Variables	Categorías y Sexo					
	Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Facultad a la que pertenece ***C, ***A)	6,7	7,2	15,5	16,2	14,0	13,6
Ciencias Exactas y Naturales	6,5	7,2	15,3	16,2	12,9	13,6
Ciencias Sociales	7,0	7,0	15,4	15,9	14,3	12,1
CIDE	6,0	7,6	14,0	16,5	15,3	16,0
Ciencias de la Tierra y el Mar	6,4	7,2	15,5	16,2	13,8	14,0
Ciencias de la Salud	7,1	7,6	16,8	17,0	16,8	14,8
Filosofía Letras	7,1	6,7	16,0	15,8	17,3	12,7
CIDEA	6,0	7,5	15,2	16,9	14,0	12,7
Centro de Estudios Generales	8,5	7,1	15,2	13,8	11,3	13,3

***C Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en los conocimientos

***A Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las actitudes.

Cuadro 32
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Reproductiva
para la tenencia de relación de pareja y relaciones sexuales por sexo

Variables	Categorías y Sexo					
	Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tiene una relación de pareja en la actualidad (***C, ***A)	6,7	7,2	15,5	16,2	14,1	13,5
Sí	7,0	7,4	16,0	16,4	16,4	15,5
No	6,4	6,9	15,1	15,8	12,0	11,0
Ha tenido relaciones sexuales coitales (***C, ***A)	6,7	7,2	15,5	16,2	14,1	13,5
Sí	6,9	7,6	15,7	16,5	16,7	17,4
No	6,2	6,7	15,0	15,7	8,1	8,1

***C Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en los conocimientos

***A Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las actitudes.

8. Conocimientos, actitudes y prácticas en VIH / SIDA / ITS

a. Resultados generales por sexo

Los conocimientos de los y las estudiantes sobre VIH / SIDA e infecciones de transmisión sexual son bastante halagüeños. Más de las tres cuartas partes sabe que VIH son las siglas para Virus de Inmunodeficiencia Adquirida y que SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, que el VIH ataca al sistema inmunológico, que una vez que una persona se infecta es para toda la vida y que no tiene cura aunque existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida. También conocen que el VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual y que una forma eficaz de prevenirlo es usar el condón, que el virus no se encuentra en el agua ni en el aire, y que no se transmite a través de un abrazo, apretón de manos, tos, estornudos, sudor o saliva de una persona infectada. En lo que se refiere a las infecciones de transmisión sexual, la población estudiantil sabe que la gonorrea y la sífilis son ITS, que se pueden volver a contraer aunque hayan sido curadas y que la mayoría pueden sanarse con un tratamiento oportuno y adecuado (Cuadro 33).

Los aspectos que se desconocen se relacionan con que 40% de los hombres y 45% de las mujeres mencionan que la hepatitis B no es una infección de transmisión sexual, y 48% y 45% respectivamente que aseguran que el VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo (Cuadro 33). Estos resultados son consistentes con el estudio realizado por Vargas (2006) acerca de los conocimientos sobre VIH / SIDA de la población costarricense.

Nueve de cada diez hombres y mujeres están de acuerdo o totalmente de acuerdo en que podrían abrazar a una persona que viva con el VIH, y con iguales proporciones están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo en que solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una ITS o que el SIDA es una enfermedad exclusiva de ellas, con que la gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece o que todas las personas infectadas con el virus deban estar encerradas en algún lugar especial. Actitudes ambivalentes o de rechazo se presentan cuando el tema se relaciona con la posibilidad de entablar amistad o tener contacto con personas que vivan con el virus (Cuadro 34).

Las diferencias estadísticas (altamente significativas al 1%) por sexo indican que a las mujeres les resulta más fácil que a los hombres hacer amistad con una persona que viva con el VIH, y que las mujeres están mayormente en desacuerdo con que el SIDA sea una enfermedad de trabajadoras del sexo, con que las personas que están infectadas deberían estar encerradas en algún lugar especial y con que es menor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada (Cuadro 34).

Los resultados obtenidos en la dimensión sobre actitudes hacia el VIH / SIDA / ITS revelan que, siguiendo a Grimberg (2002), el problema VIH/SIDA intersecciona núcleos estratégicos de la vida social y de las dimensiones de la subjetividad, a la vez que actualiza categorías clasificatorias morales estigmatizantes de prácticas, sujetos y grupos sociales. Pone de manifiesto, en particular, los límites de las construcciones sociales que reducen la sexualidad a "reproducción" o "patología", dejando fuera, entre otros, el complejo deseo / placer, los procesos de mercantilización y los procesos de control / subordinación en las relaciones de género.

Cuadro 33
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Conocimientos sobre VIH / SIDA e infecciones de transmisión sexual por sexo
(Porcentajes)

Conocimientos	Cierto		Falso		No Sabe	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Afirmaciones verdaderas						
El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo	97,5	96,0	1,0	0,9	1,5	3,0
El VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual	95,3	96,6	2,7	1,5	2,0	1,9
La gonorrea es una infección de transmisión sexual	95,3	94,3	2,5	2,1	2,2	3,6
La sífilis es una infección de transmisión sexual	91,2	92,6	2,2	1,7	6,6	5,7
VIH son las siglas para Virus de Inmunodeficiencia Humana	86,7	89,2	8,3	6,8	5,0	4,1
SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	87,3	88,2	6,6	5,9	6,1	5,9
Una vez que una persona se infecta con el VIH será para toda la vida	85,7	84,7	4,0	5,2	10,4	10,1
Las infecciones de transmisión sexual se pueden volver a contraer aunque la persona se haya curado	86,5	83,8	2,5	3,4	11,1	12,8
El SIDA no tiene cura **	83,9	85,2	7,4	10,1	8,7	4,7
Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de una persona con VIH/SIDA	79,8	82,0	7,6	5,9	12,6	12,1
La mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden ser totalmente curadas, con un tratamiento oportuno y adecuado	66,7	67,7	19,0	16,9	14,3	15,4
El uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección con el VIH/SIDA	67,4	66,1	26,4	27,1	6,2	6,8
La Hepatitis B es una infección de transmisión sexual	29,1	28,8	40,4	45,2	30,5	26,0
Afirmaciones falsas						
El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona infectada	4,4	4,2	93,9	94,5	1,7	1,3
El VIH es un virus que puede estar en el aire	2,7	1,5	91,1	92,6	6,2	5,9
El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada	3,2	1,9	85,5	88,6	11,3	9,5
El VIH es un virus que puede estar en el agua **	4,0	1,7	82,0	87,4	14,0	10,9
El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada	11,6	8,7	79,5	79,8	8,9	11,5
El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo	8,9	10,9	74,6	75,6	16,5	13,5
El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo	47,8	45,1	31,0	28,1	21,2	26,8

** Diferencia estadística significativa al 5%.

Cuadro 34
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Actitudes hacia el VIH /SIDA e infecciones de transmisión sexual por sexo
(Porcentajes)

Actitudes	Totalmente de Acuerdo o De Acuerdo		Ni de Acuerdo ni En Desacuerdo		En Desacuerdo o Totalmente en Desacuerdo	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Afirmaciones verdaderas						
Podría abrazar a una persona que tiene el VIH/SIDA	90,3	91,8	6,7	4,2	3,0	4,0
Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH ***	36,3	53,1	45,9	33,4	17,8	13,5
Afirmaciones falsas						
Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual	5,2	5,3	3,7	2,5	91,1	92,2
El SIDA es una enfermedad de trabajadoras del sexo ***	4,5	2,1	8,4	3,1	87,1	94,8
La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece	2,0	2,5	9,4	5,5	88,6	92,0
Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en algún lugar especial ***	6,4	2,5	8,1	5,7	85,5	91,8
Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH ***	16,6	8,0	17,1	13,7	66,3	78,2

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

Con porcentajes que varían entre el 88% y el 99%, hombres y mujeres aseguran que en la actualidad no tienen una infección de transmisión sexual y que nunca han tenido alguna, que no han pagado para tener relaciones sexuales y que no han tenido relaciones sexuales con personas desconocidas solo por presión de sus amistades. No

obstante, del pequeño porcentaje que admite haber vivido alguna situación de las mencionadas, una mayor proporción de hombres (diferencias estadísticas altamente significativas al 1%) ha pagado para tener relaciones sexuales y ha tenido sexo con personas desconocidas al sentirse presionado por sus amistades (Cuadro 35).

Cuadro 35
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Prácticas relacionadas con el VIH / SIDA e infecciones de transmisión sexual por sexo
(Porcentajes)

Prácticas	Sí		No	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
En la actualidad tengo una infección de transmisión sexual	2,5	2,3	97,5	97,7
He pagado para tener relaciones sexuales ***	8,1	0,3	91,9	99,7
He tenido alguna infección de transmisión sexual	4,6	7,2	95,4	92,8
He tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de mis amistades ***	11,6	1,6	88,4	98,4

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

b. Resultados de la puntuación promedio

Las mujeres de 17 a 19 años y los hombres y las mujeres de 20 años y más obtuvieron un puntaje promedio de nivel alto en la dimensión sobre VIH / SIDA / ITS; los hombres en el grupo de 17 a 19 consiguieron una calificación de nivel medio en la dimensión total. De forma específica, el nivel de conocimientos es de puntuación alta sin importar el sexo y la edad de la población estudiantil, y las actitudes lograron una calificación general de valor medio, no obstante, las mujeres de todos los grupos de edad obtuvieron una calificación significativamente superior a los hombres, ubicándolas en el puntaje alto (Cuadro 36).

Cuadro 36
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas
en la dimensión sobre VIH / SIDA / ITS por edad según sexo

Escala / Categoría / Sexo	Puntaje Promedio por Edad			
	17 a 19 años	20 a 24 años	25 años y más	Total
Total***	41,3	42,4	43,4	42,1
Hombres	40,0	42,1	43,5	41,6
Mujeres	42,3	42,6	43,3	42,6
<u>Conocimientos</u>	<u>16,0</u>	<u>16,2</u>	<u>16,6</u>	<u>16,2</u>
Hombres	15,8	16,1	16,6	16,1
Mujeres	16,1	16,2	16,7	16,2
<u>Actitudes***</u>	<u>23,4</u>	<u>23,6</u>	<u>23,8</u>	<u>23,6</u>
Hombres	22,3	23,0	23,7	22,8
Mujeres	24,2	24,1	26,8	24,1
<u>Prácticas***</u>	<u>1,9</u>	<u>2,7</u>	<u>3,0</u>	<u>2,5</u>
Hombres	1,9	3,0	3,1	2,7
Mujeres	1,9	2,5	3,0	2,3

*** Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos.

La calificación en las prácticas en VIH / SIDA / ITS es de nivel medio sin importar el sexo y la edad; sin embargo, los hombres de 25 años y más registraron el mayor puntaje, ubicándolos en el nivel alto de la clasificación (cuadro 36)

En general, la puntuación de los conocimientos en VIH / SIDA / ITS permanece alta indistintamente del sexo, estado civil, religión que se profesa, grado de religiosidad y zona de procedencia (Cuadro 37), de la facultad a la que se pertenece (Cuadro 38), y de la tendencia de una relación de pareja en la actualidad o de haber tenido o no relaciones sexuales coitales (Cuadro 39). El nivel de conocimientos disminuye a la calificación intermedia para aquellos hombres que están suscritos al CIDEA y las mujeres del Centro de Estudios Generales (Cuadro 38).

Cuadro 37
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en VIH / SIDA / ITS
para algunas características sociodemográficas por sexo

Características	Categorías y Sexo					
	Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Estado civil (**A, **P)	16,1	16,2	22,8	24,1	2,7	2,3
Soltero (a)	16,1	16,2	22,9	24,1	2,6	2,2
Casado (a) o en unión libre	15,1	16,0	21,9	24,8	3,4	3,8
Separado (a) o divorciado (a)	18,0	18,2	25,0	22,7	2,0	3,7
Religión que profesa (**A, **P)	16,0	16,2	22,8	24,1	2,6	2,3
Católica	16,0	16,2	22,8	24,1	2,7	2,3
Evangélica	15,8	15,9	23,0	23,9	2,2	2,0
Otra	15,0	17,2	22,3	25,3	1,7	2,0
Ninguna	16,5	16,7	22,9	24,5	3,2	2,9
Grado de religiosidad (**A, **P)	16,0	16,2	22,9	24,1	2,6	2,3
Muy religioso (a)	16,0	15,4	22,2	23,5	2,1	1,7
Regularmente religioso (a)	15,6	16,0	22,7	24,0	2,3	2,1
Poco religioso (a)	16,4	16,5	22,9	24,4	2,8	2,7
Nada religioso (a)	16,1	17,2	23,8	24,2	2,9	2,6
Zona de procedencia (**A, **P)	16,1	16,3	22,9	24,1	2,7	2,3
Urbana	16,1	16,5	23,4	24,4	2,7	2,4
Mixta	15,8	16,1	22,4	23,7	2,8	2,5
Rural	16,1	15,6	22,1	23,9	2,5	1,7

¹ Definición de zona: Urbana (85% o más de la población del distrito viviendo en zonas urbanas); Mixta (entre 26% y 85% de la población del distrito viviendo en zonas urbanas); Rural (25% o menos de la población viviendo en zonas urbanas). Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2000.

***A Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las actitudes.

***P Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las prácticas.

**P Diferencia estadística significativa (0,05) entre los sexos en las prácticas.

En cuanto a las actitudes hacia el VIH / SIDA / ITS, los resultados presentan diferencias estadísticas altamente significativas (al 1%) por sexo debido a que, como se anotó anteriormente, la puntuación general de los hombres en esta categoría es de nivel medio y la de las mujeres alto. Concretamente se tiene que los hombres separados o divorciados lograr una calificación alta en las actitudes hacia el VIH / SIDA / ITS (Cuadro 37) y los que pertenecen a la Facultad de Filosofía y Letras (Cuadro 38). Por otro lado, para las mujeres la puntuación disminuye a un valor medio para aquellas que son divorciadas o separadas, las evangélicas, las que tienen una práctica religiosa que va de mucha a regular y las que provienen de zonas mixtas o urbanas del país (Cuadro 37); también para las que pertenecen a la Facultad de Ciencias Sociales o Ciencias de la Tierra y el Mar (Cuadro 38), y para las que no tienen una relación de pareja en la actualidad o no han tenido relaciones sexuales coitales (Cuadro 39).

Hombres y mujeres tienen una puntuación de valor medio en las prácticas en VIH / SIDA / ITS en todas las variables mencionadas anteriormente. No obstante, esa calificación resulta en un puntaje alto para los hombres y mujeres que están casados, casadas o en unión libre, las mujeres separadas o divorciadas y los hombres que no profesan alguna religión (Cuadro 37), para los hombres de la Facultad de Ciencias de la Salud y del CIDEA (Cuadro 38), y para los hombres y las mujeres que ya han tenido relaciones sexuales coitales (Cuadro 39).

Cuadro 38
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en VIH / SIDA / ITS
para la Facultad de pertenencia por sexo

Variables	Categorías y Sexo					
	Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Facultad a la que pertenece (**A, **P)	16,0	16,2	22,8	24,2	2,6	2,3
Ciencias Exactas y Naturales	16,1	16,4	22,6	24,5	2,4	2,1
Ciencias Sociales	15,9	15,9	22,7	23,5	2,5	1,9
CIDE	15,6	16,4	20,8	24,8	2,9	2,9
Ciencias de la Tierra y el Mar	16,4	17,3	22,7	23,5	2,4	2,5
Ciencias de la Salud	16,3	16,5	23,3	24,6	3,6	2,9
Filosofía Letras	16,2	15,5	24,3	24,6	2,9	2,3
CIDEA	14,9	15,9	23,3	24,4	3,3	2,7
Centro de Estudios Generales	16,0	15,0	23,4	22,1	3,0	2,6

***A Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las actitudes.

***P Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las prácticas.

**P Diferencia estadística significativa (0,05) entre los sexos en las prácticas.

Cuadro 39
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en VIH / SIDA / ITS
para la tenencia de relación de pareja y relaciones sexuales por sexo

Variables	Categorías y Sexo					
	Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tiene una relación de pareja en la actualidad (**A, **P)	16,1	16,2	22,8	24,1	2,7	2,3
Sí	16,2	16,5	23,0	24,3	3,4	3,0
No	15,9	15,9	22,7	23,8	2,0	1,4
Ha tenido relaciones sexuales coitales (**A, **P)	16,1	16,2	22,9	24,1	2,7	2,3
Sí	16,3	16,5	23,0	24,4	3,7	3,9
No	15,5	15,9	22,5	23,8	---	---

***A Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las actitudes.

***P Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las prácticas.

9. Conocimientos, actitudes y prácticas en Uso del Condón

a. Resultados generales por sexo

De acuerdo con los resultados obtenidos en la medición de conocimientos sobre el condón, los hombres parecen tener una idea más clara de cómo deben usarse correctamente y cómo deben ser guardados y manipulados. Con porcentajes superiores al 70%, los hombres saben que siempre hay que asegurarse que el empaque del condón no esté roto, que debe abrirse por una esquina con los dedos, que no se debe abrir con objetos punzo – cortantes ni con los dientes, que el material de látex con que está hecho ofrece seguridad contra el VIH y otras ITS, que no puede estar expuesto directamente a la luz del sol, que deben ser guardados en lugares frescos y que evita la transmisión de organismos infecciosos al pene, el ano o la vagina; el 80% afirma que sabe cómo se usa el condón de forma correcta (Cuadro 40). Las mujeres, en general, registran una menor cantidad de conocimientos sobre el condón y las áreas de seguridad se relacionan con que hay que verificar que el empaque del condón no esté roto, que no debe abrirse con los dientes ni objetos punzantes o cortantes, que deben guardarse en lugares frescos y que ofrece seguridad para la prevención del VIH y otras ITS; 51% afirma que sabe cómo usar un condón correctamente (Cuadro 40).

Tanto hombres como mujeres desconocen, en bastante medida, que el hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón, que siempre hay que usarlo cuando se tienen relaciones sexuales anales, que si se desea una mayor lubricación debe usarse gel a base de agua y no cremas ni vaselinas ni aceites, que no deben ser llevados en billeteras ni pueden soportar altas temperaturas, y que su uso constante no trae consigo el padecimiento de enfermedades. Por otra parte, aproximadamente 25% de los y las estudiantes considera que es falso que el condón ofrezca seguridad con el VIH y otras ITS, y el 30% afirma que es falso que el condón sea un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH (Cuadro 40).

Cuadro 40
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Conocimientos sobre el Uso del Condón por sexo
(Porcentajes)

Conocimientos	Cierto		Falso		No Sabe	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Afirmaciones verdaderas						
Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto	96,6	96,2	2,2	1,9	1,2	1,9
Los condones deben ser guardados en lugares frescos ***	87,5	73,9	2,5	1,5	10,0	24,6
Sé cómo se usa correctamente el condón ***	80,3	51,0	8,1	17,7	11,6	31,2
El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene ***	78,0	58,7	11,6	14,2	10,4	27,1
El condón debe abrirse por una esquina con los dedos ***	71,8	44,1	11,7	5,9	16,5	50,0
El material con que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual	68,5	68,1	25,4	22,8	6,2	9,1
El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón ***	67,3	63,2	20,1	11,5	12,5	25,3
Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales ***	66,4	52,2	10,6	9,2	23,0	38,6
El condón es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH	63,2	62,9	28,4	29,8	8,3	7,2
Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base de agua ***	34,5	20,3	29,6	22,0	36,0	57,7
Afirmaciones falsas						
El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzo cortante ***	8,9	5,3	84,9	81,5	6,2	13,1
El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol ***	5,7	2,5	70,8	61,4	23,6	36,1
Los condones se pueden llevar en las billeteras ***	23,6	28,9	67,5	57,9	8,9	13,2
Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una mayor lubricación ***	17,7	8,1	58,2	44,9	24,1	47,0
El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad ***	9,8	8,9	54,1	43,9	36,1	47,3
El material de látex del condón puede soportar altas temperaturas ***	8,9	5,0	55,1	42,7	36,0	52,4

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

En cuanto a las actitudes hacia el uso del condón, hombres y mujeres también presentan áreas diferenciadas y el resultado general es una buena parte de los porcentajes de respuesta se ubiquen en el área que presenta ambivalencia (ni de acuerdo ni en desacuerdo). Por ejemplo, las mujeres están más en desacuerdo que los hombres en que cuando una persona le pide a otra que use el condón es porque no hay confianza o que si hay amor de por medio o si se conoce bien a la persona o si se está casado (a) no es necesario usarlo, y en que la mujer que solicita el uso del condón es muy “jugada”. En todos los aspectos mencionados los hombres están más de acuerdo; sin embargo, con porcentajes superiores al 70%, están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con que si hay amor de por medio o confianza siempre hay que usar el condón, que las mujeres que solicitan su uso no significa que sean “jugadas” y que no es ningún insulto que una mujer le pida al hombre que lo utilice. Uno de los resultados más preocupantes es que 54% de los hombres y 29% de las mujeres está de acuerdo o totalmente de acuerdo en que les gusta más las relaciones sexuales cuando no usan el condón (Cuadro 41).

Stern et al. (2003) señalan que el uso del condón depende en mucho de la persona con la que los y las adolescentes y jóvenes estén teniendo relaciones sexuales y está mediado por la confianza. En este sentido, los datos obtenidos apoyan este hecho cuando al menos una décima parte piensa que cuando una persona le pida a otra que use el condón es porque no hay confianza, y que si hay amor de por medio o si se conoce bien a la persona o si se está casado (a) no es necesario usarlo.

Grimberg (2001) sostiene que la relación entre el uso del condón en función de los encuentros ocasionales o en las relaciones sexuales con personas desconocidas, revela una línea de significación en la que el conocimiento y la confianza no solo refieren a un saber de enfermedades sino, sobre todo, a un saber de la conducta de la otra persona. Es decir, es un saber moral cuyos soportes básicos son las nociones de estabilidad y fidelidad.

Los resultados obtenidos para las prácticas en el uso del condón revelan que 60% de los hombres y 55% de las mujeres lo usa siempre o casi siempre cuando sostienen relaciones sexuales. El uso de forma constante alcanza el valor de 24% para los hombres y 20% para las mujeres, es decir, aproximadamente ocho de cada diez hombres y mujeres no usan el condón de forma consistente (siempre), tanto es así uno de cada cinco hombres y una de cada cuatro mujeres lo usa casi nunca o nunca (Cuadro 42). Estos resultados son similares a los porcentajes de uso del condón entre adolescentes y jóvenes que reportan los estudios realizados por Hernández-Girón et al. (1999), Grimberg (2001), Stern et al. (2003) y Chirinos et al. (2006).

b. Resultados del puntaje promedio

Los resultados obtenidos en la puntuación sobre los conocimientos, actitudes y prácticas hacia el uso del condón se ubican en el nivel medio de la calificación, no importando el sexo ni la edad de los y las estudiantes. No obstante, las mujeres de todas las edades relevaban una mejor disposición hacia su uso al haber obtenido una calificación significativamente mayor que la de los hombres, y ubicándolas en la calificación alta del puntaje (cuadro 43).

Cuadro 41
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Actitudes hacia el Uso del Condón por sexo
(Porcentajes)

Actitudes	Totalmente de Acuerdo o De Acuerdo		Ni de Acuerdo ni En Desacuerdo		En Desacuerdo o Totalmente en Desacuerdo	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar el condón	4,0	4,6	7,2	8,8	88,9	86,7
Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza ***	10,9	4,4	13,6	9,0	75,5	86,6
La mujer que solicita que se use el condón en una relación sexual con ella significa que es muy "jugada" ***	11,1	3,6	20,7	7,5	68,1	88,9
Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón ***	9,6	7,6	20,2	9,9	70,1	82,5
Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón ***	19,6	10,5	19,1	11,8	61,3	77,8
Cuando se usa el condón no se siente nada ***	10,4	5,8	36,6	34,4	53,0	59,8
Cuando se está casado (a) puede dejarse el uso del condón ***	25,6	13,1	30,9	28,3	43,5	58,6
Me gustan más las relaciones sexuales cuando no uso el condón ***	53,8	28,8	34,2	45,6	11,9	25,7

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

Cuadro 42
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Prácticas en el Uso del Condón según sexo
(Porcentajes)

Prácticas	Siempre o Casi Siempre		A veces		Casi Nunca o Nunca	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Prácticas Positivas						
Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto ***	86,3	69,7	7,0	6,7	6,7	23,6
Uso el condón en mis relaciones sexuales	60,0	54,8	21,4	19,6	18,6	25,6
Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo ***	58,3	44,5	13,8	14,4	27,9	44,1
Prácticas Negativas						
Tengo relaciones sexuales sin usar el condón ***	18,4	30,5	32,5	23,5	49,1	46,0

*** Diferencia estadística altamente significativa al 1%.

Cuadro 43
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas
en la dimensión sobre Uso del Condón por edad según sexo

Escala / Categoría / Sexo	Puntaje Promedio por Edad			
	17 a 19 años	20 a 24 años	25 años y más	Total
Total	38,3	41,5	41,2	40,3
Hombres	37,6	42,9	41,6	40,8
Mujeres	38,9	40,4	40,8	39,9
<u>Conocimientos</u> ***	9,6	10,3	10,9	10,1
Hombres	10,4	11,5	11,5	11,1
Mujeres	9,0	9,3	10,2	9,3
<u>Actitudes</u> ***	23,4	23,7	22,8	23,5
Hombres	21,2	22,4	21,1	21,8
Mujeres	25,1	24,6	24,5	24,8
<u>Prácticas</u> ***	5,3	7,3	7,6	6,7
Hombres	6,1	8,9	9,3	7,9
Mujeres	4,8	6,2	6,0	5,7

*** Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos.

De forma específica, la puntuación de los conocimientos sobre el uso del condón permanece invariable para los hombres y las mujeres, indistintamente del estado civil, la religión que profesan, el grado de religiosidad y la zona de procedencia (Cuadro 44), la facultad de pertenencia (Cuadro 45), la tenencia de una relación de pareja en la actualidad y haber tenido relaciones sexuales coitales (Cuadro 46). La calificación en los conocimientos mejora considerablemente y pasa a formar parte del nivel alto para aquellos hombres que están separados o viudos (Cuadro 44) y los que pertenecen a la Facultad de Ciencias de la Salud (Cuadro 45).

En cuanto a las actitudes hacia el uso del condón, la situación general es que los hombres tengan una puntuación de nivel medio y las mujeres de nivel alto en todas las variables mencionadas anteriormente. Los hombres separados son quienes logran la mejor calificación en las actitudes hacia el uso del condón y las mujeres de ese mismo estado civil la más baja, ubicándolas en el nivel medio de la calificación; a éstas se les unen las evangélicas, las que tienen una práctica muy religiosa (Cuadro 44) y las que pertenecen al Centro de Estudios Generales (Cuadro 45).

En las prácticas hacia el uso del condón, si bien es cierto hombres y mujeres tienen una calificación media, las mujeres que son evangélicas y aquellas que son muy religiosas obtienen, de forma alarmante, la menor puntuación al ubicarse en el nivel bajo de la clasificación (Cuadro 44).

Cuadro 44
Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en el Uso del Condón
para algunas características sociodemográficas por sexo

Características	Categorías y Sexo					
	Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Estado civil (**C, **A, **P)	11,1	9,3	21,8	24,7	7,9	6,7
Soltero (a)	11,1	9,3	21,9	24,8	7,9	5,6
Casado (a) o en unión libre	11,2	9,0	18,3	24,2	8,1	6,3
Separado (a) o divorciado (a)	13,0	10,7	28,0	21,2	12,0	8,9
Religión que profesa (**C, **A, **P)	11,1	9,3	21,8	24,8	7,9	5,7
Católica	11,9	9,4	21,9	25,0	7,9	5,8
Evangélica	9,8	8,0	20,6	23,5	6,1	4,0
Otra	8,7	9,1	21,3	24,9	4,9	5,7
Ninguna	11,5	10,9	22,3	24,9	10,1	7,2
Grado de religiosidad (**C, **A, **P)	11,0	9,1	21,7	24,8	7,6	5,6
Muy religioso (a)	9,3	7,2	22,8	23,8	6,6	3,6
Regularmente religioso (a)	10,8	8,9	21,4	24,4	7,1	5,0
Poco religioso (a)	11,7	10,1	21,5	25,6	8,4	7,7
Nada religioso (a)	11,0	10,2	23,4	25,5	8,0	6,5
Zona de procedencia (**C, **A, **P)	11,1	9,4	22,0	24,8	7,9	5,7
Urbana	11,2	9,7	22,2	25,3	8,0	6,2
Mixta	11,0	9,3	21,8	24,2	8,3	5,5
Rural	10,9	8,3	21,4	24,1	7,3	4,3

¹ Definición de zona: Urbana (85% o más de la población del distrito viviendo en zonas urbanas); Mixta (entre 26% y 85% de la población del distrito viviendo en zonas urbanas); Rural (25% o menos de la población viviendo en zonas urbanas). Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2000.

***C Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en los conocimientos

***A Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las actitudes.

***P Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las prácticas.

Cuadro 45
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en el Uso del Condón
para la Facultad de pertenencia por sexo

Variables	Categorías y Sexo					
	Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Facultad a la que pertenece (**C, **A, **P)	11,1	9,2	21,9	24,8	7,9	5,7
Ciencias Exactas y Naturales	10,8	8,8	21,5	25,0	7,0	5,1
Ciencias Sociales	11,2	8,7	21,9	24,8	7,8	4,1
CIDE	11,3	9,6	20,6	24,8	8,8	6,7
Ciencias de la Tierra y el Mar	11,2	10,5	22,5	23,8	6,6	6,3
Ciencias de la Salud	12,1	11,1	21,6	25,8	10,6	7,2
Filosofía Letras	11,3	8,7	23,1	26,2	10,3	5,4
CIDEA	10,7	9,2	23,1	24,4	10,2	5,5
Centro de Estudios Generales	11,0	8,4	22,2	20,0	7,7	6,4

***C Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en los conocimientos

***A Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las actitudes.

***P Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las prácticas.

Cuadro 46
Puntaje promedio en conocimientos, actitudes y prácticas en el Uso del Condón
para la tenencia de relación de pareja y relaciones sexuales por sexo

Variables	Categorías y Sexo					
	Conocimientos		Actitudes		Prácticas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tiene una relación de pareja en la actualidad (**C, **A, **P)	11,1	9,3	21,8	24,8	7,9	5,7
Sí	11,9	10,2	21,8	24,9	9,8	7,2
No	10,4	8,1	21,8	24,6	6,2	3,7
Ha tenido relaciones sexuales coitales (**C, **A, **P)	11,1	9,3	21,8	24,8	7,9	6,7
Sí	11,8	10,8	21,7	24,8	11,3	10,5
No	9,5	7,1	22,0	24,6	---	---

***C Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en los conocimientos

***A Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las actitudes.

***P Diferencia estadística altamente significativa (0,01) entre los sexos en las prácticas.

X. Conclusiones

1. Acerca de la creación y validación de las escalas psicométricas

Cuando se construye una escala conformada por dimensiones y categorías cuya definición fue previa a su aplicación, la validez y la confiabilidad permiten determinar la homogeneidad de los constructos y cuán confiable puede ser la escala para medir lo que se desea medir.

Con base en lo anterior, la validez de una escala se refiere a lo que mide y cómo lo mide. Las escalas se diseñan para propósitos concretos y, desde este punto de vista, no existe la escala perfecta para cuantificar cualquier aspecto. Por lo tanto, no se puede hablar de validez de una escala en términos generales, mencionando que es alta o baja, sino que se determinará respecto de los objetivos específicos para los que fue diseñada.

Por otro lado, la confiabilidad de una escala indica la consistencia de los resultados de las mismas personas cuando son evaluados en diferentes ocasiones. Al ser la confiabilidad una medida del grado de consistencia o concordancia, puede expresarse mediante algún coeficiente de correlación. Está relacionada con la estabilidad o constancia, con la coherencia o consistencia interna y la precisión de las medidas que se obtienen con el instrumento. Es importante recalcar que cualquier coeficiente de confiabilidad depende tanto de la escala como de la variabilidad de la muestra.

En cualquier tipo de investigación, la validez y la confiabilidad de los instrumentos de recolección de información son fundamentales para la calidad de los resultados obtenidos. Usar una escala como instrumento de recolección de datos necesariamente implica controlar la validez y la confiabilidad. Estas dos condiciones son cruciales porque si las herramientas de recolección usadas fueron defectuosas hay que olvidarse del éxito de la investigación, dado que el tratamiento estadístico no conseguirá la posibilidad de transformar datos de mala calidad en buenos resultados.

En el caso de la escala propuesta, a través de sus dimensiones, categorías e ítemes, este análisis estableció, según las cargas factoriales obtenidas, que era necesario desechar ítemes que no estaban aportando a la homogeneidad, reacomodar algunos que estaban puntuando más alto en relación con otros que pertenecían a categorías distintas y organizarlos de tal forma que aumentaran la confiabilidad de la escala total, a partir del análisis particular de las cuatro dimensiones. Aunado a lo anterior, el reacomodo y extracción de ítemes garantizó que las correlaciones fueran altas y significativas.

Las pruebas relacionadas con el análisis de factores y el cálculo de los coeficientes de correlación confluyeron en la obtención de altos coeficientes de confiabilidad, lo que asegura una excelente consistencia interna en cada una de las dimensiones propuestas y de la escala total. De 288 ítemes divididos en tres categorías para cada una de las cuatro dimensiones, los análisis llevados a cabo lograron una reducción a 128, que fue uno de los propósitos fundamentales del desarrollo de todo este proceso.

El análisis de validez y confiabilidad confirmatorio, producto de la aplicación de las escalas a los y las 943 estudiantes que conformaron la muestra de estudio, permitió una nueva

reducción de ítemes pasando de 128 a 103 y obteniéndose un coeficiente de confiabilidad de 0.9043. Esta nueva conformación de las escalas se presenta en el Anexo 2.

Sin embargo, se considera pertinente ampliar la cantidad de ítemes que forman parte de las prácticas en la dimensión sobre salud sexual, debido a que si bien es cierto dan una idea general del comportamiento, la cantidad es insuficiente como para obtener resultados más concluyentes para esta categoría.

2. Acerca de los resultados de la aplicación de las escalas

Tal y como era de esperar, los hombres y las mujeres registran conocimientos, actitudes y prácticas diferentes en todas las dimensiones, generando diferencias estadísticas altamente significativas al 1% entre los sexos.

En la dimensión sobre salud sexual las mujeres actitudes más positivas que los hombres y éstos una puntuación más elevada que ellas en las prácticas relacionados con la masturbación, el sexo oral y considerarse personas sexualmente activas.

Al considerar los ítemes que conformaron la categoría de actitudes hacia la salud sexual y su relación con el aprendizaje y vivencia de la masculinidad, en el tipo de socialización de los hombres se encuentran algunas de las claves que se pueden ir transformando en un costo para su salud, la de las mujeres y otros hombres, tales como, la agresividad, la competencia y la incorporación de conductas violentas y temerarias en aspectos tan diversos como la relación con vehículos, las adicciones, las relaciones familiares y la sexualidad.

Por otro lado, el análisis de las prácticas sexuales pone al descubierto el peso de una construcción biológico-moral dominante de la sexualidad – como heterosexualidad exclusivamente reproductiva – que delimita la frontera entre sexualidad "normal" y "anormal" e instituye prácticas como "naturales" y "no naturales". Esta construcción sostiene una representación dicotómica de las relaciones sexuales que separa y pone en tensión el hecho / acto físico y el afecto / amor, y escinde y coloca el deseo, el placer y la iniciativa sexual en el varón, y la aceptación-concesión en la mujer, constituyéndose el amor entre éstas en requisito, garantía y justificación de la práctica sexual. Su articulación a una noción romántico-altruista del amor, coloca a la mujer en el lugar de la entrega, el sacrificio y la concesión. En este sentido, cabe recordar que la puntuación general se ubicó en el nivel medio de la escala, debido a que al menos una quinta parte de los hombres y las mujeres continúan dándole una mayor valoración a aquellas personas que son vírgenes (aún más si son mujeres), consideran que las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales o, en general, tienen temor de sostener relaciones sexuales porque pueden resultar en un embarazo o una infección con el VIH y otras ITS.

Los resultados obtenidos también apoyan el hecho de que las normas culturales y religiosas conservadoras que se oponen a la amplia y universal disponibilidad de información y servicios para jóvenes se constituyen en obstáculos para el ejercicio de una ciudadanía sexual juvenil y su relación con la vivencia de relaciones sexuales responsables. Por ejemplo, las primeras experiencias sexuales pueden ser significativas en el futuro de la vida individual de las personas y, en esa medida, son un signo revelador de comportamientos sexuales futuros. La primera relación sexual tiene una carga simbólica equivalente a la de un rito de tránsito, no de un tránsito meramente biológico sino social, o no se estaría tratando de

un acontecimiento que está inscrito en un contexto generacional y social (Machado-Pais, 2003).

En función de lo investigado en salud reproductiva, las mujeres registran mejores conocimientos y actitudes que los hombres en esta dimensión. Por un lado, esto podría deberse al hecho de que son las mujeres principalmente las que se informan y acuden a los servicios de salud para solventar situaciones relacionadas con los métodos anticonceptivos y los embarazos, es decir, sobre la planificación familiar, corroborando una vez más la responsabilidad asignada a las mujeres en la toma de este tipo de decisiones; por otro, el modelo tradicional de masculinidad predominante tiene como resultado que haya poca comunicación sobre la sexualidad en las relaciones de pareja, en la familia, en la escuela y que, consecuentemente, la utilización de medidas de protección se de en muy raras ocasiones, exponiendo a los y las jóvenes a ITS y al riesgo de experimentar embarazos no deseados.

Por ejemplo, si bien es cierto en esta investigación no se preguntó sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, estudios como el de Stern et al. (2003) revelan que la mayoría de los y las adolescentes afirma que no utilizaron ningún método anticonceptivo durante su primera experiencia sexual. Por una parte no se preparan para ella sino que les ocurre, se ven sorprendidos por ella. Por otra parte, no piensan en ello. En función del uso de métodos anticonceptivos en general, cabe recordar que la cuarta parte de los y las estudiantes usa con poca frecuencia algún método anticonceptivo cuando tiene relaciones sexuales y que 31% de los hombres y 24% de las mujeres no lo usó alguno en la última relación sexual.

De los resultados obtenidos en la dimensión sobre VIH / SIDA / ITS se deduce que las mujeres tienen mayores posibilidades que los hombres de interactuar y relacionarse con personas que vivan con el VIH (actitudes), es decir, los hombres tienen una mayor nivel de prejuicios en cuando a quiénes son las personas que ellos creen que podrían infectarse con el virus y preferirían no tener contacto con éstas.

En este sentido y como se mencionó en el apartado de resultados, la problemática del VIH / SIDA intersecciona núcleos estratégicos de la vida social y de las dimensiones de la subjetividad, a la vez que actualiza categorías clasificatorias morales que estigmatizan las prácticas, los sujetos y los grupos sociales. Pone de manifiesto los límites de las construcciones sociales que reducen la sexualidad a reproducción o patología, dejando fuera los aspectos asociados con el deseo y el placer, y los procesos de control y subordinación en las relaciones de género.

Como lo han planteado distintos autores, la organización de las identidades y roles de género, las modalidades que cobran las relaciones de poder, las asimetrías sociales en el acceso y el control de recursos materiales y simbólicos entre varones y mujeres, juegan un papel prioritario en relación a las posibilidades de auto cuidado y a las prácticas de prevención del VIH / SIDA (Bronfman & Minello, 1995; Campbell, 1995, 1999; Szasz, 1999; en Grimberg, 2001); de estas consideraciones no parecen escapar los y las estudiantes de la Universidad Nacional.

Entre la percepción y la categorización del problema VIH / SIDA y las prácticas median modos de vida, así como modalidades específicas de relación social y sexual en las que son

relevantes los estereotipos y roles de género, de ahí que desde los datos obtenidos para esta dimensión resulta claro que el conocimiento sobre VIH / SIDA y fundamentalmente la información técnica no guardan relación directa con las prácticas sexuales y que se revelan límites para actuar de acuerdo con la información de que se dispone.

Los hombres poseen mejores conocimientos y prácticas sobre el uso del condón frente a las mujeres, sin embargo, éstas presentan las mejores actitudes para su uso. El condón se presenta como un dispositivo exclusivamente masculino, como un “asunto de hombres” y todo parece indicar que la iniciativa de usarlo es responsabilidad del varón (uso efectivo, compra, tenencia, momento y características de su colocación), a partir de la cual la capacidad de intervención de la mujer se reduce a solicitarlo. Por otro lado, el uso del condón masculino depende de las características individuales y del conocimiento y las actitudes hacia las ITS, el embarazo, el VIH / SIDA, del tipo de parejas sexuales y parece estar mediado por las relaciones de confianza.

Por otra parte, es significativo que, de acuerdo con los resultados obtenidos, un porcentaje no despreciable de hombres y mujeres mantenga prácticas de no uso del preservativo en todas las relaciones sexuales o, si lo usan, no lo hace de forma correcta, teniendo una poca percepción de riesgo a pesar de la gran cantidad e información que puedan poseer sobre VIH / SIDA, ITS y embarazos no deseados, corroborando una vez más que el uso del condón tiene que ver con la forma de percibir a la otra persona y el tipo de relación que tengan. Aunado a esto, 54% de los hombres y 30% de las mujeres están de acuerdo o totalmente de acuerdo con que les gusta más las relaciones sexuales cuando no usan el condón, promoviendo una aceptación naturalizada de la resistencia del varón y/o su directa negativa al uso, a partir de una identificación negativa en términos de placer, sobre todo con énfasis en el varón.

Es de suma importancia recordar que hasta la fecha no existen vacunas ni tratamientos eficaces contra ciertas ITS, principalmente las de origen viral, de tal manera que la prevención basada en educación sexual y en la utilización de métodos preventivos es la principal estrategia para controlar el VIH / SIDA, otras ITS y los embarazos no deseados; de ahí que sea necesario seguir promoviendo el comportamiento sexual responsable en los planos personal y social, caracterizado por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar.

XI. Bibliografía

- Abortion Policies (1992). A Global Review, Volume I: Afghanistan to France, United Nations, New York, 1992, 54. Disponible en <http://www.vidahumana.org/ventana/costarica.html>. Consultado el 8 de septiembre de 2004.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). Test psicológicos. México: Prentice Hall.
- Ayllón Trujillo, María Teresa (2002). "El género y la cooperación". En IFS Revista de Cooperación. Universidad Complutense de Madrid, N°15.
- Avila, M.B. (2002). Reflexiones sobre los derechos reproductivos. En Derechos Sexuales. Derechos Reproductivos. Derechos Humanos. III Seminario Regional. Lima: CLADEM.
- Becker D., Garcia S., Larsen U. (2002). Public knowledge and opinions about abortion laws affect access to safe services. Knowledge and Opinions About Abortion Law Among Mexican Youth. International Family Planning Perspectives, 2002, 28(4):205–213.
- Boulton, M. (editora) (1994). Challenge and innovation. Methodological advances in social research on HIV/AIDS. London: Taylor and Francis.
- Brenes, A. (2004). IDESPO. Informe sobre grupos focales con adolescentes y jóvenes del área de salud de Montes de Oca. Heredia.
- Brenes, A. (2002). IDESPO. Informe final. Programa de prevención del SIDA entre adolescentes de áreas urbano marginales. Heredia.
- Brenes, I. (1995). "El aborto inducido en Costa Rica: actitudes y práctica". Actualidad Demográfica de Costa Rica. San José, CR: PCP. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/plani/aborto.htm>. Consultado 8 de Septiembre de 2004.
- CCSS (2004). Estadísticas generales de los servicios de atención de la salud, 1980-2003. Primer tomo. Producción de servicios. Serie: Estadísticas de la salud. No.5-J.a. Agosto 2004.
- CCSS (2004). Gerencia de División Médica. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud. Estadísticas generales de los servicios de atención de la salud, 1980-2003. Primer tomo. Producción de servicios. Serie: estadísticas de la salud, no.5-j.a. Agosto 2004.
- CCSS-PAIA. (2001). Adolescencia, protección y riesgo en Costa Rica, múltiples aristas, una tarea de todos y todas. Noviembre, 2001. San José, Costa Rica.
- Campos, A. y Salas, J.M. (2002). El placer de la vida. Sexualidad infantil y adolescente: su pedagogía a cargo de personas adultas. San José, Costa Rica: Instituto WEM y Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Campos, A. (1985). Introducción a la Psicología Social. San José, Costa Rica: EUNED.

- Cerruti, S. et al. (1990). Sexualidad humana: aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. Montevideo, Organización Panamericana de la Salud.
- Cerruti, S. (1986). La sexualidad humana como problema de salud. Medicina general integral. La Habana, Ministerio de Salud Pública.
- Chen M., Rosero-Bixby L., Brenes G., León M. González M., Vanegas J. (2001). Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. San José.
- Chirinos, J.; Bardales, O. y Segura, M. (2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. En Cadernos de Saúde Pública, Río de Janeiro, 22(1):79-85, ene.
- CIEM-INAMU (2003). Encuesta Nacional de Violencia contra las mujeres. Costa Rica, 2003.
- Cohen, R. y M. Swerdlik (2000). Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y a la medición. México D.F.: McGraw Hill.
- Cohen, L. y Manion, L. (1990). Métodos de investigación educativa. España: La Muralla.
- Comisión de Poder Local, Desarrollo y Democracia (1998). La construcción de poder desde la educación popular. San José, Costa Rica: CEP Alforja. Inédito.
- COMVIDA HONDURAS (s.f.). Guía rápida de consulta para jóvenes y adolescentes sobre el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Díaz, G. (s.f.). Lo que hay que saber acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual (folleto informativo). Programa Atención Integral a la Adolescencia. Dirección Técnica de Servicios de Salud, Departamento de Medicina Preventiva, Gerencia de División Médica, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2004). Décimo Informe. Programa Estado de la Nación. Primera edición.
- Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2003). Compendio estadístico. Disponible en: http://www.estadonacion.or.cr/Info2003/nacion9/ind_sinopsis.html
Consultado 30/09/04.
- Facio, A. (1992). Cuando el género suena, cambios trae. Metodología para el análisis de género del fenómeno legal. Caracas: GAIA, Centro de las Mujeres.
- Fallas, H. y Valverde, O. (2000). Sexualidad y salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Módulo de capacitación para personal de salud. San José, Costa Rica: PAIA- CCSS.
- Florez C., Vargas E., Henao J., González C., Soto V. Y Kassem D. (2004). Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. un enfoque de historia de vida. Documento CEDE 2004-31.

- García E., Bravo R, Mondragón MT y col. (1981). Conducta sexual y anticonceptiva en jóvenes solteros. *Ginecol Obstet Mex*; 49 (296): 343-357.
- García-Baltazar, J y Figueroa-Perea, J. (2002). Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México *Salud Pública de México*, Julio-Agosto de 1992, Vol.34, No.4
- González J. R. (1999). Conducta sexual en la población adolescente de Costa Rica. Inédito
- González, M.A. (1998). *Feminidad y Masculinidad: Subjetividad y orden simbólico*. España: Editorial Biblioteca Nueva.
- Grimberg, M. (2001). "Saber de SIDA" y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención. En *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(3):481-489, may.-jun.
- Hernández-Girón, C.; Cruz-Valdez, A.; Quiterio-Trenado, R.; Peruga, A. y Hernández-Ávila, M. (1999). Características de comportamiento sexual en hombres de la Ciudad de México. En *Salud Pública de México*. V.41, N.2, mar. /abr. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública de México.
- Hernández, R. et al. (2000). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- IIDH (2003). Promoción y defensa de los derechos reproductivos: nuevo reto para las instituciones nacionales de derechos humanos. San José, Costa Rica: IIDH.
- IIDH (2003). Materiales especializados sobre VIH/SIDA, derechos humanos y legislación. San José, Costa Rica: IIDH.
- IIDH (2003). Seminario – taller: Promoción y protección de los derechos humanos de las personas en relación al VIH/SIDA y de los derechos reproductivos a través del trabajo de las instituciones nacionales de derechos humanos en Centroamérica. San José, Costa Rica: IIDH.
- IIDH (2003). Módulos educativos para la vida en democracia. San José, Costa Rica: IIDH.
- Instituto PROMUNDO y colaboradores (2001). *Sexualidad y salud reproductiva*. Río de Janeiro, Brasil.
- Instituto PROMUNDO y colaboradores (2001). *Paternidad y cuidado*. Río de Janeiro, Brasil.
- Instituto PROMUNDO y colaboradores (2001). *De la vivencia para la convivencia*. Río de Janeiro, Brasil.
- Instituto PROMUNDO y colaboradores (2001). *Razones y emociones*. Río de Janeiro, Brasil.
- Instituto PROMUNDO y colaboradores (2001). *Previniendo y viviendo con VIH/SIDA*. Río de Janeiro, Brasil.

- Lagarde, M. (1997). Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Cuadernos inacabados. España: Edición Horas y Horas.
- León, M. (compiladora) (1997). Poder y empoderamiento de las mujeres. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores S.A.
- Lete, I. y Martínez-Etayo, M. (2004). La salud reproductiva: datos y reflexiones. En Gaceta Satinaria. V.18, Supl.1, mayo. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Machado-Pais, J. (2003). Sexualidad juvenil y cambio social: el caso de Portugal. En Salud Pública de México, v.45, supl.1. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública de México.
- Martín-Baró, I. (1997). Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica. San Salvador El Salvador: UCA.
- Menjívar, M. (2002). Actitudes masculinas hacia la paternidad: entre las contradicciones del mandato y el involucramiento. San José, Costa Rica: INAMU.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES). Incidencia de once enfermedades de declaración obligatoria. Período: 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2003. Disponible en: <http://www.mideplan.go.cr/sides/social/indx05.htm>. Consultado 16/09/04.
- Ministerio de Salud (2003). Agenda sanitaria concertada: diez compromisos del Sector Salud 2002-2006. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2003). Política Nacional de Salud 2002-2006. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud, CCSS (2004). Sistema nacional mortalidad materna. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/dirvigil/mortalidad%20materna%202003.htm>. Febrero, 2004. Consultado 05/10/04
- Morales, F. (Compilador) (1999). Psicología Social. Madrid: McGraw Hill.
- Murillo, R. y Hernández, A.M. (2003). Religión y sexualidad: algunos criterios básicos para entender la perspectiva cristiano – católica. San José, Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Nunnally, J. e Ira Bernstein (1999). Teoría psicométrica. México: McGraw Hill.
- Núñez, H. y Rojas, A. (1998). Revisión conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. Revista Costarricense de Salud Pública 7(13):38-54, dic.
- OMS/FNUAP/UNICEF (1999). Informe de grupo: Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Suiza: Informe técnico de la OMS.

- OMS, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa.
- OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1978). Alma-Ata. Atención primaria de salud. Ginebra. Serie Salud para Todos 1.
- OMS (1975). Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Ginebra. Serie de Informes Técnicos 572.
- OPS – OMS (2001). Manual de monitoreo y de evaluación. Washington: OPS – OMS.
- OPS, OMS (2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. OPS, OMS, Guatemala. Asociación Mundial de Sexología.
- Osgood, Ch. et al. (1978). Medición de actitudes. En Medición de Actitudes. México: Editorial Trillas.
- Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Conductas de Riesgo en Adolescentes. CCSS, 1999.
- PAIA (s.f.). Mitos, falsas creencias y malinformaciones sobre sexualidad. Programa Atención Integral a la Adolescencia (folleto informativo). Departamento de Medicina Preventiva, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia de División Médica, Caja Costarricense de Seguro Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- PAIA (s.f.). Embarazo en la adolescencia (folleto informativo). Programa Atención Integral de la Adolescencia. Departamento de Medicina Preventiva, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia de División Médica, Caja Costarricense de Seguro Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Picado, M. (2003). Sexualidad y catolicismo: los orígenes del conflicto. San José, Costa Rica: DEI.
- Pimentel, S. (2002). Derechos reproductivos. Fragmentos de reflexiones. En Derechos Sexuales. Derechos Reproductivos. Derechos Humanos. III Seminario Regional. Lima: CLADEM.
- Rivera, R. y Ceciliano, Y. (2003). Cultura, masculinidad y paternidad: las representaciones de los hombres en Costa Rica. San José, Costa Rica: FLACSO.
- Rodríguez, J.M. (2002). Equidad como desarrollo de capacidades: hacia una delimitación del concepto de equidad. Departamento de Investigación, Fundación Omar Dengo. Inédito.
- Rodríguez, J. et al. (2002). Bases Programáticas, Programa Atención Integral a la Adolescencia. Departamento de Medicina Preventiva, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia de División Médica, Caja Costarricense de Seguro Social.

- Rodríguez, J. et al. (1999). Sexualidad adolescente: un estudio sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas. Santa Bárbara de Heredia, Golfito y Guatuso. Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Programa Atención Integral a la Adolescencia, Departamento de Medicina Preventiva, Caja Costarricense de Seguro Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Ross, J. (1978). Elaboración de escalas multidimensionales de actitudes. En *Medición de Actitudes*. México, Editorial Trillas.
- Scott, J. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. Amelan y Nash, *Historia y Género: Las Mujeres en la Historia Moderna y Contemporánea*. Valencia: Alfors El Magnanim.
- Schutt-Aine, J. y M. Maddaleno (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, DC.
- Sherif, M. y C. Sherif (1978). La actitud como la categoría personal del individuo: el enfoque de implicación y juicio social de la actitud y del cambio de actitud. En *Medición de Actitudes*: Editorial Trillas.
- Strickler J., Heimbürger A., Rodríguez K. (2001). El Aborto Clandestino en América Latina: Perfil de una Clínica. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 2001, 24–27.
- Stern, C.; Fuentes-Zurita, C.; Lozano-Treviño, L.R. Y Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. En *Salud Pública de México*. V.45, Supl.1. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública de México.
- Stimson, G. y colaboradores (editores) (1998). *Drug injecting and HIV infection*. London: UCL Press.
- Summers, G. (1978). *Medición de actitudes*. México: Editorial Trillas.
- Thurstone, L.L. (1978). Las actitudes pueden medirse. En *Medición de Actitudes*. México: Editorial Trillas.
- Valverde, O.; Solano, A.; Alfaro, J. Rigioni, M.; Vega, M. (2001). Adolescencia, Protección y Riesgo en Costa Rica, Múltiples aristas, una tarea de todos y todas. Programa de Atención Integral a la Adolescencia-CCSS, 2001.
- Valverde, O. (s.f.). Protégete. Evita el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA (folleto informativo). Programa Atención Integral de la Adolescencia. Departamento de Medicina Preventiva, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia de División Médica, Caja Costarricense de Seguro Social.

- Vargas, R. (2006). Conocimientos sobre VIH/SIDA de la población costarricense. Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica: IDESPO.
- Vargas, R. (2005). 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 R. (2004) Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva en Centroamérica. Estudio cuantitativo en Costa Rica. Febrero 2004.
- Viveros-Vigoya, M. y Gil, F. (2006). ¿Educadores, orientadores, terapeutas? Juventud, sexualidad e intervención social. En Cadernos de Saúde Pública, v.22, n.1, Rio de Janeiro, ene.

XII. Anexo 1: Instrumento de Investigación

Universidad Nacional
Facultad de Ciencias Sociales
Instituto de Estudios Sociales en
Población



INSTRUMENTO / _ / _ / _ / _

Estimada y estimado estudiante:

En el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO) de la Universidad Nacional nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación en el área de la salud sexual y la salud reproductiva, con el objetivo de conocer cuál es la situación de la población estudiantil de nuestra Universidad sobre la temática para, con base en sus necesidades específicas, diseñar e impartir un curso – taller sobre salud y sexualidad, e incidir y promocionar un cambio en las políticas de salud que tiene la Universidad en función de los y las estudiantes. **Es por esto que es de suma importancia su participación y por lo cual le solicitamos completar el siguiente cuestionario.** Toda la información que nos brinde será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados únicamente para realizar los análisis estadísticos respectivos para la obtención de los resultados.

Instrucciones:

1. No escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario.
2. **Encierre dentro de un círculo el número** que refleje más su forma de pensar o de sentir.
3. Escriba al lado derecho de las preguntas, en el espacio que se brinda para tal efecto, las respuestas que estén relacionadas con una cantidad.
4. Escriba debajo de las preguntas, en el espacio que se brinda para tal efecto, las respuestas a las preguntas abiertas.
5. Recuerde que esto no es un examen, por lo que no existen respuestas malas ni buenas.
6. **Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.**
7. **Responda a las afirmaciones de forma individual. Por favor, no consulte con nadie.**
8. Si tiene alguna duda, por favor resuélvala con la persona que está a cargo de la entrega y recolección de los cuestionarios.

001. Por favor, anote la hora de inicio de llenado del cuestionario	HORA / _ / _ / MINUTOS / _ / _
002. ¿Cuál es su edad?	EDAD / _ / _
003. Identifique su sexo.	1. Hombre 2. Mujer
004. ¿Cuál es su estado civil?	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. En Unión Libre 4. Separado (a) 5. Divorciado (a) 6. Viudo (a)
005. ¿Cuántos hijos e hijas tiene usted? Por favor, anote "00" si no tiene hijos e hijas	# de hijos e hijas / _ / _
006. ¿Usted estudia solamente o estudia y trabaja a la vez?	1. Solo estudia 2. Estudia y trabaja

007. ¿Cuál es la religión que usted profesa?	01. Católica 02. Evangélica 03. Pentecostal 04. Episcopal 05. Testigos de Jehová 06. Mormona 07. Otra 08. Ninguna (Pase a pregunta 009.) 09. Es una persona atea (Pase a pregunta 009.)
008. ¿Qué tan religioso (a) se considera usted)	1. Muy religioso (a) 2. Regularmente religioso (a) 3. Poco religioso (a) 4. Nada religioso (a)
009. ¿En cuál provincia, cantón y distrito vive usted <u>la mayor parte del tiempo</u> en que está de vacaciones de la Universidad o no está estudiando? Si no recuerda el cantón o el distrito en donde vive, por favor consúltelo con la persona que le entregó el cuestionario. Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____	PARA USO DE LA OFICINA Por favor, no escriba nada en este espacio 1. Zona Urbana 2. Zona Mixta 3. Zona Rural
010. ¿A cuál Facultad de la Universidad Nacional pertenece usted? Si se encuentra inscrito (a) en más de una Facultad, por favor indique donde lleva a cabo su carrera principal.	1. Centro de Estudios Generales 2. CIDE 3. CIDEA 4. Ciencias de la Salud 5. Ciencias Exactas y Naturales 6. Ciencias Sociales 7. Ciencias de la Tierra y el Mar 8. Filosofía y Letras
Las preguntas que se le realizarán a continuación, si bien es cierto son sumamente personales, son necesarias para considerar acciones específicas desde los posibles resultados que se puedan obtener. En este sentido, le solicitamos por favor que las responda y que lo haga de la forma más sincera posible.	
011. ¿Tiene actualmente una relación de pareja (compañero (a), esposo (a), novio (a), etc.)?	1. Sí 2. No

012. En términos de su actividad sexual...

1. Solo practica el sexo con hombres.
2. Practica el sexo con hombres y ocasionalmente con mujeres.
3. Practica el sexo tanto con hombres como con mujeres.
4. Practica el sexo con mujeres y ocasionalmente con hombres.
5. Solo practica el sexo con mujeres.
6. No ha tenido relaciones sexuales.

¿Usted, alguna vez...		¿Alguna vez?		¿Y en la actualidad?	
		No	Sí	Sí	No
013. 014.	... ha fumado marihuana?	1 ↓	2 →	1	2
015. 016.	... ha fumado crack o piedra?	1 ↓	2 →	1	2
017. 018.	... ha consumido hongos alucinógenos?	1 ↓	2 →	1	2
019. 020.	... ha fumado cocaína?	1 ↓	2 →	1	2
021. 022.	... ha inhalado cocaína?	1 ↓	2 →	1	2
023. 024.	... se ha inyectado cocaína?	1 ↓	2 →	1	2
025. 026.	... ha fumado heroína?	1 ↓	2 →	1	2
027. 028.	... se ha inyectado heroína?	1 ↓	2 →	1	2
029. 030.	... ha inhalado pegamento?	1 ↓	2 →	1	2
031. 032.	... ha consumido "éxtasis"?	1 ↓	2 →	1	2

033. Por favor, seleccione a continuación alguna de las siguientes opciones con base en las respuestas brindadas al bloque de preguntas anterior.

1. **SÍ** consumo algún tipo de drogas en la actualidad.
2. **NO** consumo ningún tipo de drogas en la actualidad (**PASE A LA PREGUNTA 035.**).
3. **NUNCA** he consumido ningún tipo de drogas (**PASE A LA PREGUNTA 035.**).

034. ¿Con qué frecuencia consume drogas?

1. Todos los días
2. Más de dos veces por semana
3. Una o dos veces por semana
4. Una o dos veces por mes
5. Con poca frecuencia

035. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

1. Todos los días
2. Más de dos veces por semana
3. Una o dos veces por semana
4. Una o dos veces por mes
5. Con poca frecuencia
6. Estoy en período de abstinencia
7. Nunca he consumido alcohol

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si son ciertas, falsas o no sabe.

			Cierto	Falso	No Sabe
036.	SRC04.	La ducha vaginal previene el embarazo	1	2	8
037.	VSC23.	La gonorrea es una infección de transmisión sexual	1	2	8
038.	SRC02.	La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo	1	2	8
039.	SSC10.	El sexo debe ser para tener hijos	1	2	8
040.	SSC05.	La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas	1	2	8
041.	COC13.	El condón debe abrirse por una esquina con los dedos	1	2	8
042.	COC07.	El material de látex del condón puede soportar altas temperaturas	1	2	8
043.	VSC07.	Cuando una persona desarrolla el SIDA padecerá de un conjunto de enfermedades que le pueden causar la muerte	1	2	8
044.	COC11.	Los condones se pueden llevar en las billeteras	1	2	8
045.	SRC03.	Las píldoras anticonceptivas causan cáncer	1	2	8
046.	VSC01.	VIH son las siglas para Virus de Inmunodeficiencia Humana	1	2	8
047.	VSC09.	El VIH es un virus que puede estar en el agua	1	2	8
048.	COC04.	El material con que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual	1	2	8
049.	VSC08.	El VIH es un virus que puede estar en el aire	1	2	8
050.	VSC20.	Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de una persona con VIH/SIDA	1	2	8
051.	VSC18.	El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo	1	2	8
052.	SSC04.	La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen	1	2	8
053.	VSC14.	La única forma de conocer si una persona está infectada con el VIH/SIDA es con un examen de laboratorio	1	2	8
054.	COC02.	Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una mayor lubricación	1	2	8
055.	VSC25.	La sífilis es una infección de transmisión sexual	1	2	8
056.	SSC03.	Los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres	1	2	8
057.	VSC12.	El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada	1	2	8
058.	VSC02.	El VIH es un virus que ataca el sistema inmunológico de las personas	1	2	8
059.	VSC04.	El VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual	1	2	8
060.	SSC06.	La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombre y mujeres	1	2	8
061.	VSC26.	Las infecciones de transmisión sexual se pueden volver a contraer aunque la persona se haya curado	1	2	8
062.	SRC13.	Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos	1	2	8
063.	VSC03.	El sistema inmunológico es el encargado de defender al cuerpo humano de cualquier bacteria, virus, parásito, hongo o agente que produzca enfermedades	1	2	8
064.	VSC15.	Una persona puede infectarse con el VIH/SIDA al tener relaciones sexuales sin protección	1	2	8
065.	SRC12.	Tengo acceso a información sobre planificación familiar	1	2	8

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si son ciertas, falsas o no sabe.

			Cierto	Falso	No Sabe
066.	SRC10.	Después de los 40 años todo hombre debe hacerse un examen de próstata anual	1	2	8
067.	SRC08.	La salud reproductiva es tener las relaciones sexuales de forma libre y responsable	1	2	8
068.	SSC01.	La sexualidad está limitada a la genitalidad	1	2	8
069.	VSC11.	El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona infectada	1	2	8
070.	COC15.	El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón	1	2	8
071.	COC01.	El condón es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH	1	2	8
072.	SRC09.	Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada	1	2	8
073.	SRC06.	El control médico de la mujer embarazada es muy importante para la salud de la madre y del hijo	1	2	8
074.	VSC17.	Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH	1	2	8
075.	SRC01.	Una muchacha puede embarazarse por usar un baño público	1	2	8
076.	VSC10.	El VIH puede transmitirse por medio de la picadura de un mosquito	1	2	8
077.	SRC11.	Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos	1	2	8
078.	SSC07.	Tengo derecho a una práctica sexual plena y enriquecedora	1	2	8
079.	COC05.	El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad	1	2	8
080.	VSC05.	SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	1	2	8
081.	COC06.	El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene	1	2	8
082.	SRC07.	La salud reproductiva implica tener hijos en el momento que se considere oportuno	1	2	8
083.	SSC08.	En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja	1	2	8
084.	VSC21.	El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo	1	2	8
085.	VSC06.	El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo	1	2	8
086.	VSC19.	El SIDA no tiene cura	1	2	8
087.	SSC02.	La sexualidad es sólo lo biológico o anatómico	1	2	8
088.	COC12.	El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzocortante	1	2	8
089.	SRC05.	Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos	1	2	8
090.	COC10.	Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto	1	2	8
091.	SSC11.	El acto sexual es mejor cuando se consumen drogas	1	2	8
092.	COC08.	El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol	1	2	8
093.	SSC09.	El acto sexual es mejor cuando se toma licor	1	2	8
094.	VSC16.	El uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección con el VIH/SIDA	1	2	8
095.	VSC13.	El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada	1	2	8
096.	COC03.	Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base de agua	1	2	8

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si son ciertas, falsas o no sabe.

			Cierto	Falso	No Sabe
097.	COC14.	Sé cómo se usa correctamente el condón	1	2	8
098.	COC09.	Los condones deben ser guardados en lugares frescos	1	2	8
099.	COC16.	Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales	1	2	8
100.	VSC27.	La mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden ser totalmente curadas, con un tratamiento oportuno y adecuado	1	2	8
101.	VSC22.	Una vez que una persona se infecta con el VIH será para toda la vida	1	2	8
102.	VSC28.	Cualquier persona puede infectarse con el VIH/SIDA	1	2	8
103.	VSC24.	La Hepatitis B es una infección de transmisión sexual	1	2	8

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

			Total- mente de acuerdo	De acuer- do	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
104.	SSA16.	Un hombre puede esperar que su novia o esposa le sea siempre fiel	1	2	3	4	5
105.	SSA14.	Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son “marimachas” o “tortilleras”	1	2	3	4	5
106.	SSA11.	Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
107.	SSA06.	La mujer vale más cuando es virgen	1	2	3	4	5
108.	VSA06.	Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH me haría la prueba	1	2	3	4	5
109.	SSA15.	Los hombres que se preocupan por su apariencia física son “afeminados”	1	2	3	4	5
110.	SRA05.	Puedo acudir a los servicios de salud sin temor	1	2	3	4	5
111.	VSA08.	Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual	1	2	3	4	5
112.	VSA07.	Podría abrazar a una persona que tiene el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
113.	SSA05.	La masturbación causa acné	1	2	3	4	5
114.	COA05.	Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón	1	2	3	4	5
115.	SSA04.	Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres	1	2	3	4	5
116.	COA07.	Es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar el condón	1	2	3	4	5
117.	VSA01.	Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en algún lugar especial	1	2	3	4	5
118.	SSA07.	El hombre vale más cuando es virgen	1	2	3	4	5
119.	SRA03.	Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos	1	2	3	4	5
120.	SRA01.	La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual	1	2	3	4	5
121.	COA03.	Cuando se usa el condón no se siente nada	1	2	3	4	5

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

			Total- mente de acuerdo	De acuer- do	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
122.	SSA08.	El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer	1	2	3	4	5
123.	COA04.	Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón	1	2	3	4	5
124.	SSA13.	La masturbación la practican exclusivamente los hombres	1	2	3	4	5
125.	VSA03.	Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH	1	2	3	4	5
126.	COA08.	Me gustan más las relaciones sexuales cuando no uso el condón	1	2	3	4	5
127.	SRA04.	La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada	1	2	3	4	5
128.	SRA02.	Cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella	1	2	3	4	5
129.	VSA02.	Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH	1	2	3	4	5
130.	COA06.	La mujer que solicita que se use el condón en una relación sexual con ella significa que es muy jugada"	1	2	3	4	5
131.	SSA20.	Masturbarse es pecado	1	2	3	4	5
132.	SSA02.	Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para las mujeres	1	2	3	4	5
133.	COA02.	Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza	1	2	3	4	5
134.	SSA21.	Me siento presionado(a) por mis amistades para tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
135.	VSA04.	La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece	1	2	3	4	5
136.	SSA19.	Voy a tener relaciones sexuales hasta que me case	1	2	3	4	5
137.	SSA18.	Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo	1	2	3	4	5
138.	COA01.	Cuando se está casado (a) puede dejarse el uso del condón	1	2	3	4	5
139.	SSA17.	El acto sexual siempre debe culminar con la penetración	1	2	3	4	5
140.	SSA10.	Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual	1	2	3	4	5
141.	SSA01.	Las relaciones sexuales deben darse únicamente cuando hay amor de por medio	1	2	3	4	5
142.	SSA12.	Me da vergüenza hablar sobre sexo	1	2	3	4	5
143.	SSA09.	Siento temor de tener sexo porque puede resultar en un embarazo	1	2	3	4	5
144.	VSA05.	El SIDA es una enfermedad de prostitutas	1	2	3	4	5

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si lo hace siempre, casi siempre, a veces, casi nunca o nunca.

			Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
145.	SRP04.	Reviso mis genitales para detectar cambios o anomalías	1	2	3	4	5
146.	SRP02.	Me informo sobre planificación familiar	1	2	3	4	5
147.	SSP01.	Me masturbo	1	2	3	4	5
148.	SRP01.	Me informo sobre métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5
149.	VSP05.	Consumo drogas inyectables	1	2	3	4	5
150.	SRP03.	Me informo sobre enfermedades del aparato reproductivo	1	2	3	4	5

151.		Ya he tenido relaciones sexuales	1. Sí 2. NO (PASE A LA PREGUNTA 165.)				
------	--	----------------------------------	--	--	--	--	--

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si lo hace siempre, casi siempre, a veces, casi nunca o nunca.

			Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
152.	SSP02.	Practico el sexo oral	1	2	3	4	5
153.	COP01.	Uso el condón en mis relaciones sexuales	1	2	3	4	5
154.	SRP07.	Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
155.	COP03.	Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto	1	2	3	4	5
156.	SRP06.	Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales	1	2	3	4	5
157.	COP02.	Tengo relaciones sexuales sin usar el condón	1	2	3	4	5
158.	COP04.	Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo	1	2	3	4	5

Por favor, responda afirmativa o negativamente a lo siguiente.

			Sí	No
159.	SSP03.	Soy una persona sexualmente activa	1	2
160.	VSP02.	He tenido alguna infección de transmisión sexual	1	2
161.	SRP05.	Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual	1	2
162.	VSP03.	He tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de mis amistades	1	2
163.	VSP04.	He pagado para tener relaciones sexuales	1	2
164.	VSP01.	En la actualidad tengo una infección de transmisión sexual	1	2

165.	Para finalizar, por favor anote la hora en que termina de llenar el cuestionario.	HORA / _ / _ / MINUTOS / _ / _ /
------	---	----------------------------------

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y PARTICIPACIÓN

XIII. Anexo 2: Escalas Finales

ESCALA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA CLASIFICACIÓN Y NIVELES DE MEDICIÓN SEGÚN DIMENSIONES, CATEGORÍAS E ÍTEMES DESPUÉS DEL ANÁLISIS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD CONFIRMATORIO

Dimensión 1: Salud Sexual

Conocimientos: 1 = Cierto, 2 = Falso, 8 = No sabe.

SSC01	La sexualidad está limitada a la genitalidad
SSC02	La sexualidad es sólo lo biológico o anatómico
SSC03	Los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres
SSC04	La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen
SSC05	La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas
SSC06	La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombre y mujeres.
SSC08	En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja.
SSC09	El acto sexual es mejor cuando se toma licor
SSC11	El acto sexual es mejor cuando se consumen drogas

Actitudes: 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En desacuerdo, 5 = Totalmente en desacuerdo.

SSA02	Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para las mujeres
SSA04	Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres
SSA05	La masturbación causa acné
SSA06	La mujer vale más cuando es virgen
SSA07	El hombre vale más cuando es virgen
SSA08	El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer
SSA09	Siento temor de tener sexo porque pueden resultar en un embarazo
SSA10	Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual
SSA11	Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA
SSA12	Me da vergüenza hablar sobre sexo
SSA13	La masturbación la practican exclusivamente los hombres
SSA14	Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son "marimachas" o "tortilleras"
SSA15	Los hombres que se preocupan por su apariencia física son "afeminados"
SSA17	El acto sexual siempre debe culminar con la penetración
SSA18	Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo
SSA19	Voy a tener relaciones sexuales hasta que me case
SSA20	Masturbarse es pecado
SSA21	Me siento presionado(a) por mis amistades para tener relaciones sexuales

Prácticas: 1 = Siempre, 2 = Casi siempre, 3 = A veces, 4 = Casi nunca, 5 = Nunca.

SSP01	Me masturbo
SSP02	Practico el sexo oral

Prácticas: 1 = Sí, 2 = No.

SSP03	Soy una persona sexualmente activa
-------	------------------------------------

Dimensión 2: Salud Reproductiva

Conocimientos: 1 = Cierto, 2 = Falso, 8 = No sabe.

SRC02	La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo
SRC03	Las píldoras anticonceptivas causan cáncer
SRC04	La ducha vaginal previene el embarazo
SRC05	Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos
SRC09	Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada

SRC10	Después de los 40 años todo hombre debe hacerse un examen de próstata anual
SRC11	Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos
SRC12	Tengo acceso a información sobre planificación familiar
SRC13	Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos

Actitudes: 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En desacuerdo, 5 = Totalmente en desacuerdo.

SRA01	La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual
SRA02	Cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella
SRA03	Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos
SRA04	La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada
SRA05	Puedo acudir a los servicios de salud sin temor

Prácticas: 1 = Siempre, 2 = Casi siempre, 3 = A veces, 4 = Casi nunca, 5 = Nunca.

SRP01	Me informo sobre métodos anticonceptivos
SRP02	Me informo sobre planificación familiar
SRP03	Me informo sobre enfermedades del aparato reproductivo
SRP04	Reviso mis genitales para detectar cambios o anomalías
SRP06	Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales
SRP07	Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales

Prácticas: 1 = Sí, 2 = No.

SRP05	Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual
-------	--

Dimensión 3: VIH / SIDA / ITS

Conocimientos: 1 = Cierto, 2 = Falso, 8 = No sabe.

VSC01	VIH son las siglas para Virus de Inmunodeficiencia Humana
VSC04	El VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual
VSC05	SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VSC06	El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo
VSC08	El VIH es un virus que puede estar en el aire
VSC09	El VIH es un virus que puede estar en el agua
VSC11	El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona infectada
VSC12	El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada
VSC13	El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada
VSC16	El uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección con el VIH/SIDA
VSC18	El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo
VSC19	El SIDA no tiene cura
VSC20	Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de una persona con VIH/SIDA
VSC21	El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo
VSC22	Una vez que una persona se infecta con el VIH será para toda la vida
VSC23	La gonorrea es una infección de transmisión sexual
VSC24	La Hepatitis B es una infección de transmisión sexual
VSC25	La sífilis es una infección de transmisión sexual
VSC26	Las infecciones de transmisión sexual se pueden volver a contraer aunque la persona se haya curado
VSC27	La mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden ser totalmente curadas, con un tratamiento oportuno y adecuado

Actitudes: 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En desacuerdo, 5 = Totalmente en desacuerdo.

VSA01	Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en algún lugar especial
VSA02	Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH
VSA03	Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH
VSA04	La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece
VSA05	El SIDA es una enfermedad de prostitutas
VSA07	Podría abrazar a una persona que tiene el VIH/SIDA
VSA08	Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual

Prácticas: 1 = Sí, 2 = No.

VSP01	En la actualidad tengo una infección de transmisión sexual
-------	--

VSP02	He tenido alguna infección de transmisión sexual
VSP03	He tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de mis amistades
VSP04	He pagado para tener relaciones sexuales

Dimensión 4: Uso del Condón

Conocimientos: 1 = Cierto, 2 = Falso, 8 = No sabe.

COC01	El condón es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH
COC02	Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una mayor lubricación
COC03	Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base de agua
COC04	El material con que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual
COC05	El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad
COC06	El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene
COC07	El material de látex del condón puede soportar altas temperaturas
COC08	El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol
COC09	Los condones deben ser guardados en lugares frescos
COC10	Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto
COC11	Los condones se pueden llevar en las billeteras
COC12	El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzo cortante
COC13	El condón debe abrirse por una esquina con los dedos
COC14	Sé cómo se usa correctamente el condón
COC15	El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón
COC16	Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales

Actitudes: 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En desacuerdo, 5 = Totalmente en desacuerdo.

COA01	Cuando se está casado (a) puede dejarse el uso del condón
COA02	Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza
COA03	Cuando se usa el condón no se siente nada
COA04	Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón
COA05	Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón
COA06	La mujer que solicita que se use el condón en una relación sexual con ella significa que es muy "jugada"
COA07	Es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar el condón
COA08	Me gustan más las relaciones sexuales cuando no uso el condón

Prácticas: 1 = Siempre, 2 = Casi siempre, 3 = A veces, 4 = Casi nunca, 5 = Nunca.

COP01	Uso el condón en mis relaciones sexuales
COP02	Tengo relaciones sexuales sin usar el condón
COP03	Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto
COP04	Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo