

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
Y ARTES DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**

**TESIS**

**CONOCIMIENTOS DE SALUD SEXUAL Y USO DE  
ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES DE  
LA UNICACH EN TUXTLA GUTIÉRREZ**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**NATALIA IXCHEL ARAUJO HERNÁNDEZ**

**HARUMY BECERRA SCOTT**

**DIRECTOR DE TESIS**

**ARIADNA SANTIAGO NAVARRETE**



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

25 de octubre de 2024



Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas  
Dirección de Servicios Escolares  
Departamento de Certificación Escolar  
Autorización de impresión



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
28 de octubre del 2024

C. Harumy Becerra Scott  
Pasante de la Licenciatura en Psicología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado "Conocimientos de salud sexual y uso de anticonceptivos en estudiantes de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la UNICACH en Tuxtla Gutiérrez" en la modalidad de tesis.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su examen profesional.

**ATENTAMENTE**

**Revisores**

Mtra. Anahí Vázquez Pérez

Mtro. Luis Alberto Cabrera Victoria

Dr. Freddy Ocaña Hernández

**Firmas:**



Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas  
Dirección de Servicios Escolares  
Departamento de Certificación Escolar  
Autorización de impresión



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
28 de octubre del 2024

C. Natalia Ixchel Araujo Hernández  
Pasante de la Licenciatura en Psicología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado "Conocimientos de salud sexual y uso de anticonceptivos en estudiantes de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la UNICACH en Tuxtla Gutiérrez" en la modalidad de tesis.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su examen profesional.

**ATENTAMENTE**

**Revisores**

Mtra. Anahí Vázquez Pérez

Mtro. Luis Alberto Cabrera Victoria

Dr. Freddy Ocaña Hernández

**Firmas:**

# AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la directora de la presente investigación, la Mtra. Ariadna Santiago Navarrete, por el apoyo brindado durante la realización de esta, por la comprensión a las situaciones que se presentaron, por su fiel compañía ante las dificultades que también acompañaron a este arduo trabajo, pero sobre todo por respetar nuestras ideas y confiar en nosotras como estudiantes desde los primeros semestres de la carrera universitaria.

Asimismo, agradezco enormemente a mis revisores el Dr. Freddy Ocaña Hernández, la Mtra. Anahí Vázquez Pérez y el Mtro. Luis Alberto Cabrera Victoria, por la paciencia, el tiempo y el apoyo brindado; las virtudes de cada uno de ustedes nos han hecho crecer tanto personal como profesionalmente.

Pero un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, quienes nos brindan la fuerza, el entusiasmo y la pasión para seguir creciendo cada día. Por tanto agradezco a mi familia, especialmente a mi madre quien me ha apoyado incondicionalmente; también a mis hermanos por darme el ejemplo a seguir, por enseñarme a defender mis sueños e ideales.

Gracias a mis amigos, que siempre me han tendido una mano en los momentos difíciles, quienes además me animaban a seguir con esta investigación para poder llegar hasta el final.

Gracias a cada persona que ha estado presente durante estos cuatro años y medio de estudios, porque cada una de ellas –aunque muchas ya no se encuentren en mi día a día me han brindado un aprendizaje y me han ayudado a convertirme en lo que soy ahora.

# ÍNDICE

	<b>Págs</b>
Agradecimientos	
Introducción	
Planteamiento del problema	
Objetivo general	
Objetivo específicos	
<b>Capítulo 1: Sexualidad</b>	
1.1 Sexualidad humana	19
1.2 Actitudes	24
1.3 Educación sexual	39
<b>Capítulo 2: Métodos anticonceptivos</b>	
2.1 ¿Qué son los métodos anticonceptivos?	53
2.2 Tipos de métodos anticonceptivos	56
<b>Capítulo 3: Metodología</b>	
3.1 Enfoque y método	72
3.2 Técnicas e instrumentos	73
3.3 Población y muestra	74
3.4 Procedimiento	75
3.5 Análisis de información	75
3.6 Variables e hipótesis	76
<b>Capítulo 4: Resultados</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Referencias</b>	

# INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se elaboró con el objetivo de obtener el nivel de conocimientos de salud sexual y reproductiva a bien de buscar una correlación entre estos y el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos universitarios de la facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Se obtuvo dichos resultados a través de un instrumento estructurado por el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO).

La educación sexual en México es un tema el cuál se ha intentado abordar desde hace varias décadas. Sin embargo, la cultura y la sociedad aún mantienen cierto grado de conservadurismo que sostiene como tabú a la sexualidad, y a su vez, preserva las falacias que existen alrededor de ella.

Los conocimientos de salud sexual y reproductiva en Chiapas, así como la impartición de la educación sexual, aún carece de difusión entre su población, por lo que al escoger este tema, nos interesó conocer el nivel de conocimientos de los alumnos de la UNICACH.

En el programa educativo de la Licenciatura en Psicología en la UNICACH, cuenta con un semestre en el cual se lleva la materia de sexualidad, contrario la carrera de Desarrollo Humano, por lo que el beneficio de conocer el nivel de los alumnos radica en que, los egresados de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales tienen una labor directa con las personas en el ejercicio de su profesión.

A lo largo de la investigación, se encontró como sustento teórico a diversos autores que explican la importancia de la obtención de información durante las diversas etapas de la vida de las personas, pues el aprendizaje se verá afectado por sus experiencias y su contexto social. Así mismo, explican que es necesario un enfoque completo en el que no solo se aborde la visión objetiva de la sexualidad, sino también la subjetividad que abarca cuestiones emocionales y la corporalidad.

En el primer capítulo explicamos acerca de la metodología, el proceso de investigación y el enfoque cuantitvo que se utilizó. A su vez, se describe los aportes de teóricos de la educación sexual, quienes a lo largo de estos años han realizado investigaciones en diferentes contextos del mundo.

A través del capítulo dos, nos adentramos en la historia de la sexualidad y su investigación, desde las culturas antiguas, el auge de la religión cristiana y su influencia en el control de la sexualidad, así como los estudios que se fueron realizando desde los inicios del siglo XX. De igual forma, abordamos sobre la Educación Sexual Integral, la salud sexual y las estadísticas que se han realizado en Latino América al respecto.

Posteriormente, en el capítulo tres explicamos los métodos anticonceptivos, dividiéndolos por tipos y describiendo su uso y efectividad. Mencionamos también las prácticas con baja eficacia que son también conocidas como “métodos naturales” y los métodos anticonceptivos irreversibles.

En el capítulo cuatro hablamos sobre las actitudes hacia la sexualidad, explicando acerca del conservadurismo, el machismo, la homofobia y la discriminación hacia personas con VIH, así como también las falacias y concepciones erróneas sobre la sexualidad.

Los últimos dos capítulos, cinco y seis, abordan los resultados, la interpretación de estos, las conclusiones y los hallazgos de la investigación, en los cuáles no solo discutimos de las tres secciones del instrumento, la cuáles se dividen en conocimientos, prácticas y actitudes, sino del mismo modo, establecemos las categorías de análisis: desinformación, prácticas de riesgo y actitudes negativas, utilizando como referencia solo aquellos ítems que tengan una relación directa con dichas categorías.

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de los años, la perspectiva que la sociedad tiene sobre la sexualidad humana ha ido cambiando. Desde la idea de que la sexualidad es un tema del cual no se debe hablar abiertamente, sintiendo rechazo, asco y miedo, hasta la apertura de las nuevas generaciones para difundir información. Aún con los estigmas de los siglos pasados, es imposible no hablar de sexo y fecundación, pues estos forman parte de la naturaleza de las personas y del ciclo de la vida.

La asociación mexicana de la salud sexual (AMSSAC) (s.f) menciona que el término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Orientado en el sexo, incluyendo 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. Dejando en claro que la sexualidad no solo se refiere a las actividades sexuales si no también hace referencia a la orientación sexual, cómo se identifica cada persona, la forma de relacionarnos con otros y de expresarnos. Es decir, esta tiene un carácter multidimensional e integral.

La sexualidad, pues, es inherente a la raza humana. Nos ayuda a determinar nuestra identidad como personas definiendo nuestros gustos y preferencias. Tales puede ser hacia quiénes nos sentimos atraídos sexoafectivamente, como al simple hecho de no experimentar ningún tipo de atracción. Esta, al ser una parte importante de la vida de las personas, merece que cuidemos de ella teniendo una buena salud sexual.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.), la salud sexual "es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad". Esto quiere decir que es fundamental para la salud y el bienestar general de las personas, las parejas y las familias, y para el desarrollo social y económico de las comunidades y los países.

La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. (OMS, s.f.)<sup>1</sup>

Al hablar de salud sexual tenemos que cuestionarnos cómo podemos llevar una vida sexual saludable. Pues bien, para lograr esto es necesario tener una información adecuada que nos permita utilizarla libremente al momento de tener prácticas sexuales. Esta información es necesario que se obtenga a través de medios auténticos y actualizados, no obstante, con los nuevos medios de comunicación, resulta difícil para algunos jóvenes poder descartar la información no verídica.

Las fuentes de información a la que muchos jóvenes recurren, no siempre tienen el enfoque positivo que se requiere. Encontramos que en la actualidad, muchos de ellos basan sus conocimientos enteramente en material pornográfico que afecta de manera significativa en su percepción de su vida sexual.

Menciona Fernández, (2018), en el trabajo de fin de grado de enfermería:

Según cifras del 2006 ya el 30% de chicas y 70% de chicos veían pornografía en internet, dato bastante esclarecedor pero que nos puede resultar hasta escaso debido al gran avance de internet en la última década. Además, muchos adolescentes recurren a estas imágenes explícitas sexuales para poder encontrar referentes sobre sexualidad, por ejemplo, las posturas durante el acto sexual (p. 30).

Esto resulta particularmente alarmante debido a que dicho material audiovisual generalmente está creado a partir de ciertos cánones y expectativas exageradas de la sociedad, que pueden resultar altamente influenciadoras para una población vulnerable que requiere del correcto asesoramiento de una figura de autoridad segura. A su vez, perpetua mitos respecto a la sexualidad que pueden llegar a ser dañinos.

Estas expectativas y cánones, como las menciona Álvarez (2021) les enseña a las jóvenes un modelo físico hegemónico en el que los rasgos prevalentes de las actrices son añados y sin vello púbico, portando un cuerpo casi imposible de mantener para una mujer adulta, promoviendo una sexualización de la infancia y pedofilización de la pornografía. A su vez, en

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (s.f). Recuperado de: [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1)

dicho material pornográfico los videos más vistos son aquellos en los que protagonizan el sufrimiento de las mujeres o se promueve la violación y el incesto.

De igual forma, es importante considerar la normalización de las violencias que se pueden observar en la pornografía y que al no tener una base adecuada de información, puede llevar a la perpetuación de dichas violencias. Como también explica Merlyn et al. (2020), quienes realizaron un estudio en estudiantes ecuatorianos acerca del consumo de la pornografía y su impacto en actitudes y conductas. En dicho estudio, concluyeron que es posible observar una afectación en las conductas de aquellos universitarios que consumen regularmente de 1 a 2 horas material pornográfico, notando conductas violentas significativamente más elevadas. Dichos estudiantes afirmaron haber realizado prácticas sin autorización de la pareja tales como: jalar el cabello, tapar boca, dar cachetadas y asfixiar.

Es necesario que exista una conscientización de que las prácticas anteriormente mencionadas son una forma de violentar los derechos sexuales y reproductivos de las personas, pues toda práctica sexual saludable y respetuosa se debe llevar a cabo a través del consentimiento previo.

Para que se pueda dar esta conscientización, es necesaria la implementación de una educación sexual integral desde la educación básica pero que no debe detenerse únicamente al concluir las etapas de la primera formación, sino que esta se puede extender hasta el grado universitario, ya que al tener una educación sexual integral podemos asegurar que los jóvenes obtengan información que ha sido revisada por los especialistas de la salud capacitados en sexualidad, tales como los ginecólogos y los sexólogos.

Acercas de esto, Luisi (2018) argumenta que la educación sexual de calidad debe no solo dotar a los jóvenes de una sólida información académica y habilidades pertinentes sino que estas deben serles útiles para su bienestar físico, psicológico y emocional. Esta debe inclinarse al autocuidado y a saber conducirse informado, libre y responsablemente.

Por otro lado, en la revista *En Positivo* (2022) se menciona que es necesario “ofrecer una educación sexual en todas las etapas vitales que les permita fomentar su autoconocimiento, el respeto a la diversidad sexual, una vivencia placentera, positiva y respetuosa de su cuerpo y el

de los demás, así como dotarles de herramientas para que puedan protegerse de los riesgos asociados a la sexualidad, como abusos, agresiones, infecciones de transmisión sexual”<sup>2</sup>

Mencionar que la educación sexual es necesaria en todas las etapas vitales implica que los jóvenes, en los primeros años de su etapa adulta puedan ser capaces de desarrollar un pensamiento crítico que les permita tomar consciencia de todas las decisiones importantes en su vida.

En la gaceta de la UNAM relacionan a la Educación Sexual Integral (ESI) con el desarrollo personal que uno va teniendo durante su vida, beneficiando en el inicio de la vida sexual y las relaciones que se forman:

“La educación sexual integral es amplia y tiene que ver con un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en un currículo sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad, buscando proveer a la niñez y a las personas jóvenes los conocimientos, habilidades y valores que los empoderen para hacer de su salud, bienestar y dignidad una realidad, desarrollando relaciones sociales y sexuales respetuosas.” (párr. 5) (Robles, 2022)

La educación sexual integral no solamente sirve para visibilizar las violencias sexuales que se pueden ejercer, sino también para promover el uso de métodos anticonceptivos y la desmitificación de ellos.

De acuerdo al estudio realizado por Ávalos et al. (2010), respecto al uso de métodos anticonceptivos en jóvenes, se concluyó que los métodos anticonceptivos más conocidos son el preservativo (69%), las pastillas (15%) y por último el DIU (5%), mientras que solo el 12% opinó otros métodos anticonceptivos tales como el parche subdérmico o inyecciones. En cuanto a qué método prefieren utilizar, el anticonceptivo que obtuvo mayor porcentaje fue el preservativo con un 66%. De estos resultados, se indicó que el 41% de la población sí suele usar con frecuencia el preservativo, mientras que el 43% refirió lo contrario y el 16% no contestó.

Podemos afirmar, de acuerdo a lo anteriormente mencionado que si bien un gran porcentaje de la población de jóvenes sexualmente activa conoce acerca del condón, menos de la mitad lo

---

<sup>2</sup> En Positivo (2022). Recuperado de: <https://enpositivo.com/2022/10/17/la-importancia-de-la-educacion-sexual/>

utiliza y un porcentaje aún menor conoce otros tipos de métodos anticonceptivos además del preservativo.

Por otro lado, Contreras et al. (2020) realizó un estudio acerca del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en jóvenes universitarios mexicanos, en el cual se concluyó que el 46% de los jóvenes recibieron información antes de los 12 años, el 51% entre los 13 y los 17 años y sólo el 3% entre los 18 y los 24 años. Esta información fue dada por los profesores (51%), por mamá (34%), papá (4%), médico (3%) y otros medios (8%). De la población encuestada, el 69% afirmó haber tenido relaciones sexuales, de los cuales el 31% tuvo su primera relación sexual antes de los 12 años, el 62% entre los 13 y 17 años y el 38% después de los 18. A su vez, se les preguntó si usaron algún método anticonceptivo, donde el 64% informó que sí y el 36% que no.

Resulta alarmante dichos resultados al analizar que un porcentaje considerable inició su vida sexual antes de la pubertad, aún cuando el porcentaje de edad en la que escucharon por primera vez los métodos anticonceptivos coincidan. A pesar de tener dichos conocimientos, al ser una etapa vulnerable es posible que los niños corran riesgos en su salud o que, dependiendo de quién haya sido su pareja sexual, se vean involucrados en prácticas sexuales de riesgo, sin considerar la posibilidad de que haya existido algún tipo de abuso.

En el estudio realizado por Fernández et al. (2016) acerca de las prácticas sexuales de riesgo en estudiantes de educación media y superior, encontraron que, del grupo de jóvenes con vida sexual iniciada, solo el 47% utiliza siempre el condón en sus relaciones sexuales, mientras que, de los mismos estudiantes con vida sexual activa, casi el 40% refirió haber tenido sexo bajo el efecto del alcohol o de alguna droga.

Otro estudio que representa la problemática de las prácticas sexuales de riesgo se realizó en universitarios de Barrquilla, Colombia por Badillo et al. (2020) en el cual se concluyó que, del total de los participantes, estudiantes que en su mayoría tenían entre 20 y 28 años, el 50% de los encuestados inició su vida sexual entre los 15 y los 18 años, mientras que el 13% de los participantes, inició antes de los 15 años. De dichos estudiantes, el 73% refiere haber practicado el sexo vaginal sin condón al menos una vez, mientras que en relación al felatio sin condón, el total de alumnos que mencionan haberlo realizado más de una vez fue el 60.3%

De lo anteriormente mencionado se puede observar que existe un porcentaje considerable de jóvenes que tienen prácticas sexuales de riesgo que podrían afectar a su salud. Si bien no podemos asumir que en todos estos casos esto se haya debido a pocos conocimientos de salud sexual, sí es un factor para considerar.

Aunado a esto, no en todos los países del mundo la población de jóvenes recibe una educación sexual de calidad a una edad temprana. En México, la educación sexual se ha incluido en los programas de educación básica desde 1974. A pesar de ello, en 2017, los embarazos adolescentes ya eran considerados una epidemia y se mostraba un aumento en las ITS, siendo estas una de las 10 causas de morbilidad en el grupo de 15-44 años de edad. (Escamilla y Guzmán, 2017).

En México, no solamente existe resistencia a la educación sexual por parte de padres de familias conservadoras-religiosas, sino que también, al tener población indígena, muchas de las costumbres y tradiciones de dichas poblaciones no permiten las prácticas sobre sexualidad. Todavía existen casos donde incluso se les niega a las mujeres sus derechos humanos.

Según el Consejo Estatal de Población (COESPO), en la población de grupos indígenas del Estado de México, tales como otomí, nahua, mazahua, matlatzinca y tlahuica, las mujeres indígenas no tienen posibilidades de tomar decisiones propias, ya que, según su cultura, el destino de la mujer es el matrimonio y conformar una familia. (COESPO, 2022)

Por tanto, esto afecta a la población indígena que no tiene el acceso a la educación sexual integral ya que diversos autores apoyan la premisa de que para poder ejercer una vida sexual plena y sin riesgos, es necesario tener la facilidad de acceso a conocimientos.

En las investigaciones del patrón de educación sexual de los estudiantes de planteles universitarios de McCary surgió la conclusión de que la única relación positiva significativa implicó a los estudiantes que fueron instruidos con libros con auténtica precisión, mientras que los estudiantes que fueron instruidos por otros estudiantes o los mismos progenitores tuvo una correlación negativa con la información. Y en el caso de los sacerdotes y médicos que dieron la instrucción inicial no hubo relación alguna. (McCary et al., 1996).

Por otro lado, De la Cruz y Sáenz (2002) en la Guía de Orientación, Promoción y Educación para la Salud de la Cruz Roja, afirman que:

“...los jóvenes que han recibido una adecuada educación sexual (con mayúsculas), retrasan, con relación al resto de los jóvenes, la edad de su primer coito. No porque sean “tontos” ni “remilgados” o “remilgadas”, sino porque, y hablamos de valores, tienen un abanico tan amplio de alternativas eróticas que pueden optar por aquellas otras igual o más placenteras que el coito y con consecuencias que tienen costes mínimos” (p.13).

Esto quiere decir que al tener mayor información de conocimientos, los jóvenes pueden decidir en qué momento iniciar su vida sexual, ya que las expectativas que se tienen hacia el coito se ven reducidas gracias a la desmitificación de las diversas prácticas sexuales. Sin embargo, como ya señalamos, no todas las personas tienen esta facilidad al acceso de conocimientos pues pueden existir diversas situaciones que les impida buscar información, tales como la falta de acceso al internet o de libertad ya sea de sus parejas, de los progenitores o la misma cultura.

Ramos (2006) menciona que:

En lo que respecta a decidir libremente sobre la procreación, no les basta a las mujeres que exista una legislación que prescriba la libre determinación e incluso que haya información sobre sus derechos y en torno a la variedad de métodos anticonceptivos disponibles en el mercado, si no se dan a la vez condiciones para que ellas puedan ejercer ese derecho. La existencia de iguales oportunidades para hombres y mujeres, de acceder a la educación, las condiciones materiales para el acceso a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva y la capacidad para adquirir anticonceptivos, todas ellas muy relacionadas con la superación de los niveles de pobreza, son condiciones necesarias, pero no suficientes. (p. 204).

Dado a lo anterior mencionado, podemos observar que la falta de conocimientos de salud sexual es un problema que podría atentar contra los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Uno de los mayores riesgos acerca de esto es el desconocimiento de los diversos métodos anticonceptivos y la posibilidad de adquirir alguna infección de transmisión sexual al no utilizarlos así como otras prácticas sexuales de riesgo. La falta de educación sexual en México, vuelve importante la formación que se pueda dar a nivel universitario acerca de estos temas.

Es por esto que es importante saber ¿cuál es el nivel de conocimientos de salud sexual y cómo influye en el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de primero a octavo semestre de la facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas campus Ciudad Universitaria?

# JUSTIFICACIÓN

Para poder tener una vida sexual activa, plena y saludable es necesario obtener los conocimientos necesarios sobre salud sexual de manera que podamos cuidarnos tanto a nosotros mismos como a nuestra pareja sexual. En un escenario ideal, dichos conocimientos deben ser impartidos a través de la educación sexual integral (ESI) desde nuestra juventud y reforzarla hasta la adultez. Sin embargo, este escenario ideal está muy lejos de ser la realidad, pues la ESI no siempre ha existido y aún hoy nos encontramos con obstáculos para recibirla en las escuelas.

A la fecha, llevamos menos de un siglo desde que la educación sexual se empezó a desarrollar y no fue sino los países europeos quienes comenzaron esta trayectoria.

En la página de noticias Antena 3 (2020) mencionan que el pionero en instaurar la educación sexual en los centros educativos fue Suecia en 1955, siendo de manera obligatoria, y durante los años 70 los demás países europeos siguieron este ejemplo añadiéndola en sus planes de estudio.

En la actualidad, para Europa la educación sexual integral tiene tal importancia que es obligatoria en la escolaridad básica. Tal lo menciona Del Río (2021) en un estudio realizado en 2013 en donde se señala que 19 países de la Unión Europea marcan a la educación sexual como un módulo obligatorio dentro del ámbito educativo, y que los padres pueden escoger si sus hijos toman o no este tipo de materias. Sin embargo, en países como Alemania, los padres que no consientan que sus hijos lleven dichos módulos son multados.

Esto podría parecer una medida excesiva para aquellas culturas en donde la sexualidad aún sea tabú. Tal es el caso de América Latina, en donde se han dado protestas para evitar que la ESI se de en las primarias. No obstante, la educación sexual en algunos de estos países se empezó a integrar desde hace varios años.

Falconier (1997) explica que la educación sexual en América Latina se dio gracias a que en aquella época existía una gran preocupación acerca de la comparativa entre la tasa de natalidad elevada en países en desarrollo en contraste con la tasa decadente de los países desarrollados. Esta se constituyó gracias al Plan de Acción Mundial de Población aprobado en Bucarest en

1974 estableciendo tres áreas de estudio en donde se relacionan la sociodemografía, la población y ambiente familiar, y la familia y sexualidad.

La tasa de embarazos adolescentes y la adquisición de ITS ha sido un problema que ha acometido a Latinoamérica desde hace varias décadas, incluso en años más recientes. Aunado a esto, durante esa época se dio fuertemente el movimiento feminista, cuya consigna de igualdad de género y justicia social impulsaron a la promoción de los temas de sexualidad humana. (Muñoz, 2017).

Existen diversos autores que debaten sobre quién fue el primer país en Latinoamérica en implementar la educación sexual integral.

Por un lado, Rodríguez en el libro de Población, Desarrollo y Salud Sexual Reproductiva, menciona que, México fue el pionero en introducir la educación sexual en los planes educativos en el año 1974. Se incluyó en los últimos dos grados de primaria los temas de desarrollo hacia la pubertad y la reproducción; posteriormente, en secundaria se comenzaba a abordar temas de prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual (Micher, 2004, capítulo 1).

Sin embargo, Duque (2016) menciona que desde 1974 en Colombia se comenzaba a implementar la educación sexual mediante cursos y pláticas en los colegios desde los grados quinto y sexto de primaria, empero, no fue hasta 1991 donde se pudo implementar correctamente, especialmente en las escuelas y los hospitales, pues se crearon reglamentos que facilitaban la difusión de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Mientras que Preinfalk (2016) menciona que los primeros intentos en incluir la educación sexual en Costa Rica comienzan desde los años 60, más en la década de los 80 incremento el interés en educar a los jóvenes ya que se presentó un incremento de embarazos a temprana edad e infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, no fue sino hasta el 2001 donde se comenzó la creación de políticas que establecían a la educación integral de la expresión de la sexualidad humana como obligatoria desde el nivel básico educativo.

Por otro lado, la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) (2018), menciona que el ministerio de educación en 1991 publicó una política para el mejoramiento de la educación sexual en pro de la calidad de la educación que se recibía en Chile y no fue sino

hasta 1993 que se definió completamente una política donde se establecían temas como temas de salud sexual y reproductiva.

A través de lo anteriormente mencionado, si bien se observa que hubo intentos de integración de la ESI desde los años 60s, se puede afirmar que México fue el único país que logró establecerla desde 1974.

En comparación con lo dicho, Chile y Costa Rica no tienen más de 30 años incluyendo en sus planes de estudio la educación sexual integral, y de esta misma manera, el resto de los países latinoamericanos carecen de políticas que promuevan y aseguren su implementación.

Ronconi et al. (2023), en su estudio de Educación Sexual Integral en América Latina mencionan que, en cuestión legal, Argentina es el único país que tiene una ley específica dentro de la constitución acerca de educación sexual integral en comparación con el resto de países latinoamericanos, quienes tienen más bien leyes ambiguas refiriéndose a la importancia de la educación sexual. Estos países tienen algunas leyes y programas que refuerzan la impartición de conocimientos de manera independiente a la constitución, como en el caso de Cuba que tiene un programa de Educación Sexual con enfoque de género y derechos sexuales.

Dado el poco involucramiento del gobierno en la modificación del sector educativo, detectamos las dificultades de la impartición de conocimientos de salud sexual tanto en las escuelas como en la familia.

En el informe de “la encuesta de opinión sobre la educación sexual en Costa Rica” aplicado a mujeres y hombres mayores de 18 años, se encontró que la mayoría de los participantes (96.8%) coincide en que la educación sexual es algo que debe de enseñarse principalmente en casa, seguido de esto se señaló que los centros educativos (84.4%) deberían ser el segundo lugar que brinde este tipo de información a los jóvenes, dejando como último lugar a los libros (80.6%) como una fuente de información fiable. De acuerdo con las cifras obtenidas se muestra que el hogar como los centros educativos son considerados las dos fuentes importantes donde los niños, adolescentes y jóvenes deberían recibir este tipo de información para una mejor toma de decisiones. Por otra parte, en cuanto a si la educación que reciben sobre sexualidad es impartida correctamente, un 87% de la población entrevistada considera que se abordan muy pocos los temas educativos sobre la sexualidad, un 11% menciona que no

se brinda nada sobre estos temas dentro del sistema educativo y solo un 13% considera que se abarcan bien estos temas. (Gutiérrez, 2008).

No solo nos encontramos con una falta de recursos en nuestras leyes para el apoyo a la impartición de conocimientos de salud sexual, sino también nos encontramos con un segundo problema: que los maestros no se encuentran capacitados adecuadamente para la transmisión del material lo que resulta en una recepción carente de información o que esta esté desactualizada.

Jaimes (2022) en la página de noticias “La FM”, menciona que es alarmante la poca importancia que se pone a la capacitación de los profesores acerca de la educación sexual y con ello yendo de la mano la impartición de estos conocimientos hacia los jóvenes, pues un estudio realizado por el laboratorio de la economía de la educación de la Pontificia Universidad Javeriana, proporcionó resultados en donde se muestra que la preparación hacia los docentes educativos es escasa, dado que solo un 69.7% de los colegios que se encuestaron proporcionan una capacitación adecuada. De igual forma evidenció que un 73.63% de los colegios tampoco tienen información actualizada sobre la prevención de embarazos, mientras que, en relación con la educación para la prevención del VIH el 87.84% también carecen de formación.

Esto no solo es la realidad de Colombia sino de los demás países de América Latina. En muchas ocasiones, los docentes se limitan a preparar actividades como “educación sexual” que poco tienen de esclarecedor, pues en el mejor de los casos enseñan de manera vaga el uso del preservativo masculino, dejando de lado los demás métodos anticonceptivos y otros temas importantes como el consentimiento, el placer y la corporalidad.

Dichas situaciones desfavorecen a los jóvenes que posteriormente buscarán resolver sus dudas mediante otros medios poco menos fiables.

Hoy en día existen diversas investigaciones desarrolladas tanto en América Latina y Europa acerca de la educación sexual. Se evalúan los programas existentes y su eficacia, así como la preparación de los docentes. Principalmente Brasil, Colombia y España realizan investigaciones para evaluar la utilidad y la eficacia de los programas de educación enfocados a mejorar las conductas sexuales sanas. En ello se ha encontrado que fomentar buenas prácticas pedagógicas y la inclusión tanto de los docentes como de las familias se relaciona de manera positiva con el

aumento de conocimientos sobre sexualidad y cambios de actitud hacia esta, así como tolerancia frente a la diversidad sexual. (Rodríguez, 2020).

Actualmente en México, a pesar de que se ha tratado de integrar la educación sexual en el sistema educativo, no podemos afirmar completamente que se esté implementando de manera correcta.

De acuerdo con Rangel (1998), quien aplicó un programa de educación sexual en adolescentes en la ciudad de Monterrey se encontró una respuesta positiva en los alumnos ante la impartición de dicho material didáctico, donde los alumnos mostraron una necesidad de confiar en personas significativas a las cuáles les puedan compartir sus sentimientos e inquietudes respecto a estos temas.

Por otro lado, en una investigación más reciente realizada por Rico (2015) en Sonora, se encontró que en la población evaluada existe una carencia en los conocimientos de métodos anticonceptivos, ya que los jóvenes mayoritariamente respondieron conocer únicamente el preservativo. A su vez, de acuerdo con las respuestas obtenidas, a pesar de que la escuela y las instituciones de salud son de las principales fuentes de información, la mayoría de los adolescentes están poco o mal informados con respecto a la salud sexual y reproductiva.

No solamente Monterrey y Sonora han presentado estos problemas a lo largo de los años, sino que los estados menos desarrollados se encuentran en situaciones similares. Tanto por la religión, como por la cultura o el nivel socioeconómico, muchos jóvenes crecen sin tener acceso a los conocimientos necesarios para cuidar de su salud sexual. Tal es el caso de la población indígena en Chiapas la cuál es bastante prominente.

Chacón (2021) describe en el artículo periodístico acerca de la educación sexual que, en Chiapas, la educación sexual integral no existe debido a la mentalidad de la población, quienes opinan que dicha educación debe abordar únicamente la biología, es decir, los genitales y con el único fin de la reproducción.

Además de esto, existen otras dificultades. Tan solo en cuestión a la epidemia del VIH, Muñoz et al. (2018) mencionan que en Los Altos de Chiapas se encuentran dos problemáticas en la atención a los pacientes ya que por un lado algunos médicos carecen de preparación sobre prevención y atención de VIH y SIDA y a su vez existe una barrera de comunicación debido a

una traducción/interpretación infectiva. Si consideramos que esta situación se da principalmente en los hospitales, cabe preguntarnos la situación de la población indígena a nivel educativo.

No solo la falta de información adecuada puede resultar dañino contra la salud de los jóvenes, sino que también esta se ve reflejada en sus actitudes hacia los temas de sexualidad. Muchas veces, la desinformación puede manifestar actitudes negativas hacia diversas situaciones, ya que el desconocimiento puede producir incertidumbre y miedo que se refleja como rechazo hacia aquello que se desconoce.

Actualmente, la carrera de psicología en la UNICACH cuenta con una materia de sexualidad la cual se cursa en el tercer semestre, a diferencia de la carrera de desarrollo humano y otras carreras de ciencias de la salud que existe en la universidad.

La facultad de Ciencias Humanas y Sociales debe tener como prioridad proporcionar un ambiente seguro, en el que no solo los alumnos sino los docentes, tengan acceso a los conocimientos adecuados para favorecer tanto una vida sexual saludable como evitar situaciones de discriminación.

La importancia de la presente investigación radica en que se está partiendo de la población de estudiantes de psicología y desarrollo humano, para indagar el nivel de conocimientos de salud sexual y su relación con el uso de métodos anticonceptivos. Con base en los resultados, se podrá observar las necesidades de conocimiento de los alumnos y en lo futuro, promover criterios pedagógicos que les permita enriquecer la comprensión de una vida sexual saludable y responsable, para hacer elecciones informadas.

# OBJETIVOS

## GENERAL

- Analizar la relación entre nivel de conocimientos de salud sexual y métodos anticonceptivos en estudiantes de primero a octavo semestre de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales en la UNICACH campus Ciudad Universitaria.

## ESPECÍFICOS

- Inspeccionar el nivel de conocimiento sobre salud sexual de primer al octavo semestre en las carreras de psicología y desarrollo humano.
- Examinar si los alumnos utilizan métodos anticonceptivos por medio de la sección de prácticas del instrumento
- Contrastar los resultados de las tres secciones del instrumento utilizado entre los alumnos de psicología y desarrollo humano para distinguir las diferencias entre ellos

# CAPÍTULO I: SEXUALIDAD

## 1.1. SEXUALIDAD HUMANA

La sexualidad es una parte intrínseca del ser humano la cuál ha sido estudiada a lo largo de los siglos; es una dimensión de la persona compuesta por diferentes factores y que su experiencia se puede ver influenciada por la cultura y la sociedad. Pensar que la sexualidad se resume únicamente en la genitalidad y la penetración es una idea errónea.

En las civilizaciones antiguas la sexualidad no era un tema tabú. Basta con revisar algunos dioses de diversas mitologías para entender que la sexualidad, las prácticas sexuales y la concepción era algo que tenía un gran peso en la sociedad.

Como menciona Foucault en *Historia de la sexualidad vol. 2*, los griegos, al hablar de gestos y actos que nosotros llamamos sexuales utilizaban el adjetivo sustantivado, *ta aphrodisia*, traducido por los latinos como venérea y que hace alusión a la diosa griega del amor y la belleza Afrodita. (Foucault, 1984).

Sin embargo, con la llegada y expansión del cristianismo, la sexualidad fue condenada como pecado, pues la religión establecía que era un acto impuro y que únicamente debía ser utilizado para la procreación. Además, el valor de las mujeres era medido a través de la virginidad.

“En este sentido, la virginidad se constituyó como una tecnología del cristianismo, una tecnología disciplinaria del cuerpo y del espíritu; la virginidad será el culmen de todas las virtudes no porque rechace la corporalidad, sino porque a través de ella se manifiesta el trabajo continuo del alma sobre sí misma” (Ramírez, 2020, p.170).

Es decir que la virginidad era valorada debido a que esta implicaba un control sobre el alma y los deseos; una disciplina sobre uno mismo que se consideraba como un atributo importante para Dios.

De igual forma, Foucault (1977) menciona en *Historia de la sexualidad vol. 1*, que hasta finales del siglo XVII, las prácticas sexuales eran regidas por el derecho canónico, la pastoral cristiana y la

ley civil. Por esto, no solo hablamos de que la religión controlaba la visión subjetiva de la sexualidad sino que a su vez, a través de las leyes regulaba las actividades sexuales.

Aunque aún hoy en día la religión tiene una fuerte influencia en la sociedad y su percepción con la sexualidad, tenemos conocimientos gracias a filósofos, médicos y psicólogos que se han encargado de estudiarla.

Uno de los mayores exponentes respecto a la sexualidad humana fue Freud, quien a inicios del siglo XX publicó trabajos sobre la sexualidad infantil que si bien en su momento fueron controversiales, gracias a ellos hoy en día se le considera un pionero en el tema.

Antes de los trabajos de Freud, se consideraba que los niños carecían de sexualidad, sin embargo, no solo mencionaba que esto era incorrecto sino que, en su libro “Tres ensayos de teoría sexual” explica que el bebé presenta mociones sexuales observables desde su nacimiento hasta aproximadamente los tres o cuatro años de edad, en donde hay un periodo de decrecimiento o de sofocación, en el cuál aún se podrían expresar las mociones sexuales sin embargo, quedan mayormente en un estado de latencia debido a que se comienzan a presentar sentimientos de asco y vergüenza. A su vez, marca el cambio de la infancia a la adolescencia con la aparición del objeto sexual (Freud, 1905).

Posteriormente, a mitad del siglo XX, Alfred Kinsey realizó investigaciones acerca de las actividades sexuales de distintos grupos: casados, solteros, religiosas, sacerdotes, entre otros (Granero, 2014). Fue este mismo quien desarrolló lo que se conoce como la “escala de Kinsey”, un modelo que plantea que no existe solamente la dualidad entre heterosexualidad y homosexualidad, sino un espectro en el intermedio y además, la falta de interés sexual, es decir, la asexualidad.

Kinsey realizó diversos estudios acerca de la sexualidad humana como bien se ha mencionado. En su postulado Conducta Sexual de la Mujer, habla acerca del orgasmo y, similarmente a Masters y Johnson -quienes más tarde hablarían del ciclo de la respuesta sexual humana- explica las fases de la actividad sexual, profundizando en la cuestión anatómica y médica por la cual se producen los cambios fisiológicos, tales como la lubricación, el ritmo cardiaco, la respiración, entre otros. De dichos estudios, concluyó que el orgasmo femenino es un fenómeno igualmente esencial al masculino y que las mujeres parecen capaces de responder al

orgasmo con la misma rapidez que los hombres, a su vez que las únicas diferencias que hay en el proceso entre el hombre y la mujer son más bien psicológicas en lugar que biológicas. (Kinsey et al. 1967)

Estos estudios fueron importantes debido a que gran parte de la historia, la sexualidad se ha enfocado únicamente desde una visión masculina y se ha dejado la experiencia femenina de lado.

Por su parte, el matrimonio Masters y Johnson, un ginecólogo y una sexóloga, describieron en 1966 el ciclo de la respuesta sexual humana, proponiendo distintas fases desde el punto de vista fisiológico. Dichas fases son: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Estos estudios abrieron el panorama en el diálogo de la sexualidad pues al hablar de sexo y reproducción, ya no sólo se abordaba la penetración, sino que se les daba importancia a los llamados "juegos previos" que ayudarían a la lubricación de la vagina. (Granero, 2014).

A su vez realizaron el modelo Masters y Johnson, en 1959, para la terapia sexual en el cual desarrollaron un método para el tratamiento de los trastornos sexuales en el cuál, en lugar de trabajar únicamente con la persona que presentara alguna problemática, se incluía a la pareja para integrarla en el trabajo ya que esta se ve afectada también al momento de la relación sexual. Integraban los datos fisiológicos y psicosociales en la valoración del trastorno y en el tratamiento. También implementaron la utilización de un coterapeuta para poder tener una visión aún más objetiva, trabajando así entre terapeutas hombre-mujer. En las terapias se hacía uso de la focalización sensorial por fases en la que se inicia únicamente por el tocamiento del cuerpo de la pareja evadiendo las zonas genitales, y posteriormente, en las siguientes fases se incluyen estas, excluyendo la penetración, de manera que la pareja pueda concentrarse en trabajar la comunicación no verbal y la percepción de las sensaciones. (Masters et al., 1997)

En relación a lo anteriormente mencionado, podemos observar la importancia de su trabajo en la historia de la sexología, pues debido a la cultura y la fuerte influencia hetero patriarcal que se ha mantenido en las relaciones sexuales era imposible considerar que el sexo pudiera ser algo más que la penetración. Masters y Johnson, al realizar sus estudios y con la publicación de sus libros, abren un nuevo panorama en el que la relación sexual en las parejas no se trata únicamente del coito, sino que en esta influyen factores importantes como el conocimiento de

los gustos de ambos, así como la comunicación tanto verbal, como no verbal y los estímulos sexuales que ayudan al proceso de lubricación y excitación.

Por estos años, también se encontraba McCary et al. (1996) quienes estudiaban tanto la educación sexual como otros aspectos importantes de la sexología en esa época, como lo era las conductas sexuales, el fetichismo y otros términos que en ese entonces formaban parte del DSM como la transexualidad.

Por otro lado, un investigador del siglo XXI que ha aportado a la sexología en México es Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson quien fue un médico cirujano egresado de la UNAM, psiquiatra y terapeuta certificado. Fue el fundador del Instituto Mexicano de Sexualidad (IMESEX) y considerado referente en el estudio de la sexología en México. (Vitela, 2017). Álvarez-Gayou se extiende en temas de salud sexual, orientación sexual, expresiones comportamentales, respuesta sexual y disfunciones, entre otros estudios.

Álvarez-Gayou (2011) mencionaba que el sexo es un conjunto de características físicas determinadas a través de la genética y el cuál está constituido por 7 dimensiones: cromosómico, gonadal, génico, hormonal, órganos sexuales pélvicos externos e internos (OSPES y OSPIS) y sexo cerebral.

Es decir, el sexo se conforma a través de la combinación cromosómica, la cual da paso al desarrollo de las gónadas o el aparato reproductor del ser humano, el cuál es el encargado de liberar las hormonas correspondientes y que ayudan a la definición de los OSPES y OSPIS.

En adición, explica acerca de los estímulos sexuales efectivos (ESE) que son aquellas situaciones que provoquen una respuesta sexual. Estas, dependiendo de su origen pueden dividirse en: reflexogénicos, los cuales son los estímulos reflejo y los psicogénicos, que provienen de centros cerebrales. A su vez se dividen en exteroceptivos e interoceptivos. Los estímulos reflexogénicos exteroceptivos son aquellos que provienen del exterior, tales como la estimulación genital táctil, mientras que los estímulos reflexogénicos interoceptivos son los que se dan en algún fenómeno interno que provoca el reflejo como el estímulo de los nervios pudendos a través del llenado de la vejiga. Partiendo de esto, los estímulos psicogénicos exteroceptivos son aquellos que provienen del exterior y que son procesados por cualquiera de

los cinco sentidos, mientras que los estímulos psicogénicos interoceptivos se originan en los centros superiores, tales como los recuerdos, los sueños o las fantasías. (Álvarez, 2011)

Estos conceptos son particularmente esenciales para entender que la respuesta sexual no se da únicamente desde una cuestión física instintiva sino que influyen otros factores psicológicos y subjetivos que dependerán de las personas.

Así mismo, Álvarez-Gayou no solo hablaba de la sexualidad, sino también fue un importante teórico de la educación sexual en México.

Este proponía que se formaran cuadros técnicos especializados de alta calidad ya que el capacitar a los docentes únicamente con programas breves no había dado frutos en la salud y el bienestar de la niñez y los adolescentes. (Álvarez, 2005).

No basta únicamente con que los docentes hablen del embarazo y el preservativo masculino, sino que también aborden de una forma más amplia los diferentes temas de la sexualidad. Los jóvenes exploran sus cuerpos aún con las prohibiciones de los padres y en ocasiones, los temas como el placer, el consentimiento, el derecho a decidir tener un hijo o no, son cuestiones que quedan olvidadas debido a las instrucciones de los mismos docentes a pesar de los avances teóricos que se hicieron el siglo pasado.

En la actualidad, ya no solo nos interesa conocer la respuesta sexual humana, o las cuestiones fisiológicas que conlleva la sexualidad, sino también nos compete abordar los factores psicosociales y culturales que influyen en ella.

Es por esto que la sexología ha investigado aquellos aspectos que pueden ayudar al ser humano a gozar de una vida sexual activa, sana y plena.

Así pues, no solo hablamos de Gayou como un teórico de la educación sexual, pues a través de esta las personas podemos informarnos de manera correcta, sino que también tenemos otros puntos de vista, como se mencionó anteriormente, tenemos un precedente con McCary.

En la actualidad tenemos a Morgade et al (2011) que explica que la escuela tiene un carácter racionalista, el cuál deja de lado la subjetividad, y sus contenidos en cuanto a educación sexual carecen de rasgos como la afectividad y la corporeidad, es decir, aquello que es intuitivo, las exigencias y los deseos quedan fuera de las aulas. Esto se debe ya que hablar de sexualidad en

las escuelas obliga a los docentes a hacer visible los cuerpos sexuados, demostrando la necesidad de un pensamiento complejo y abierto para estos temas.

El morbo y otras actitudes negativas no solo afectan a los alumnos sino a los mismos maestros que se incomodan de hablar sobre sexualidad con los adolescentes. Es necesario dejar de lado los tabúes para poder normalizar y beneficiar el aprendizaje a través de la ESI.

Así mismo Díaz (2011) teoriza que en ocasiones, los alumnos repiten esquemas que escuchan o perciben de los mismos docentes o adultos cercanos en los que internalizan un miedo hacia la sexualidad y por tanto se categorizan ellos mismos entre los adolescentes que son descontrolados y los que son centrados. Esto se observa en los contenidos que ellos mismos solicitan sobre la educación sexual, pues estos van más a los peligros y cuidados de la misma. Sin embargo, en un diálogo más profundo surgen cuestionamientos y necesidades de abordar otros temas que resignifican la sexualidad y cuestionan su hegemonía.

Así pues, los alumnos se ven sugestionados por aquello que los maestros proyectan sobre estos temas. No existe una visión imparcial en la educación y esto conlleva a que se perpetúen estigmas en la sexualidad.

González y Castellanos (2017) acerca de esto menciona que la educación sexual debe tener una perspectiva y un panorama amplio, ya que el sujeto de la educación, en este caso, los alumnos, son sujetos de situación, es decir que las experiencias y los desafíos que experimentan a lo largo de su vida están relacionados con su entorno social y cultural, el cual va cambiando y por tanto, los desafíos cambian con ellos. Entre estos desafíos se ven la preparación del ser humano para la vida en la cual la educación sexual deberá formarlos para construir de forma personalizada su masculinidad o feminidad, así como apropiarse de valores, actitudes, conocimientos, habilidades, destrezas y recursos que les permitan vivir su sexualidad de modo autodeterminado y enriquecedor.

## **1.2. ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD**

Las actitudes y conductas de una persona son una referencia clara de la moral que obtenemos de nuestros padres en nuestros primeros años de vida. Estas actitudes se adquieren por diversos factores como el condicionamiento instrumental, es decir, los premios y castigos que

recibimos en la infancia, la modelación e imitación de otros y el refuerzo vicario u observación de las consecuencias de la conducta de otros. (Morales et al., 2007).

De este modo, las actitudes son adquiridas en el desarrollo moral del niño, en el cual aprende a cómo relacionarse con el mundo a través de lo que sus cuidadores le enseñan.

Piaget (1984), quien fue un gran aportador en la investigación del desarrollo del niño, menciona al realismo moral como una parte de este respecto a su visión del bien y el mal, es decir, de la misma moral. El realismo moral es una tendencia a considerar los deberes y valores que se relacionen con ellos como obligatoriamente impuestos sin importar las circunstancias en las que se encuentre. En este caso el deber es heterónimo, por lo que cualquier regla u obediencia que venga de un adulto es bueno mientras que, por otro lado, cualquier acto no conforme es malo. A su vez, cualquier regla debe ser llevada a cabo al pie de la letra.

Esto quiere decir que los niños toman como referentes a sus padres, quienes les enseñan a cómo conducirse por la vida de acuerdo a los valores morales y actitudes que ellos mismos fueron adquiriendo en su infancia.

Por tanto, se afirma que la moral es esencialmente social, es decir que solo se da en la sociedad según las necesidades de la misma y cumpliendo una función en ella. Al hablar de moral, no solo lo entendemos como un concepto único, sino dividido en dos: la moral que es normativa, y la moralidad que es fáctica. Es decir que solo la internalización de las normas representa la moral y al llevarlas a la acción conforma la moralidad. Sin embargo, en la actualidad solo la llamamos como moral a pesar de tener estas dos facetas (Sánchez, 1984).

La moral dicta las actitudes que las personas van a tener, pues debido a lo que hemos aprendido emitiremos juicios de valor ante las diferentes situaciones de la vida.

Morris y Maisto (2011) definen a la actitud como “una organización relativamente estable de creencias evaluativas, sentimientos y tendencias de conducta hacia el objeto.” (p.441). Esto quiere decir que las actitudes se van a ver influenciadas por nuestros conocimientos, emociones y nuestro entorno. Un niño al que se le enseña que todas las personas somos diferentes y tenemos los mismos derechos tiene mayor posibilidad de crecer con actitudes en contra de la discriminación.

La actitud es un concepto que se ha estudiado más a fondo en la psicología social, el cual se ha definido como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona.” (Allport, 1935, como se citó en Escalante et al., 2012).

Muchas veces, las actitudes que tomamos ante ciertas circunstancias se ven influenciadas por experiencias previas. Una persona que haya sido atacada por un perro en el pasado, puede modificar su actitud hacia los perros de una manera evitativa dado al miedo y la inseguridad que la experiencia previa puede provocar.

Escalante et al. (2012) menciona que “Las actitudes no constituyen una entidad observable, sino que son construcciones teóricas que se infieren de ciertos comportamientos externos, generalmente verbales” (p. 16).

Estos comportamientos son representaciones del entorno que rodea a la persona, ya sea la sociedad, la familia, la cultura, los amigos, entre otros. Estos círculos sociales forman parte importante en la adquisición de las actitudes de las personas, por lo que las opiniones que se tengan respecto a la sexualidad se verán influenciados por la historia de vida de cada individuo.

“Las actitudes hacia la sexualidad se definen como una predisposición a opinar, sentir y/o actuar ante estímulos sexuales, sean estos objetos, situaciones, orientaciones sexuales, normas o costumbres sociales y conductas sexuales” (López, 2009, como se citó en Orellana et al., 2022 ).

Así pues, es necesario tener en cuenta el contexto histórico y social de cada población para entender las actitudes que presenten. Reiterando la historia de la sexualidad podemos considerar que, en México, la iglesia tuvo una fuerte influencia sobre los habitantes desde la conquista.

Por medio de la iglesia se pudo controlar por mucho tiempo diversos aspectos de la humanidad. La sexualidad fue cuestionada y castigada, constituyendo dominio sobre ella a través del miedo y el castigo.

Foucault (1977) establecía que durante el siglo XVII se convirtió en regla la confesión de la sexualidad, en donde la iglesia decidía que la única validez para la sexualidad era aquella que sirviera para la procreación y eventualmente la producción en el campo industrial. Esta

obligación de confesión fue fijada como un estándar para valorar al buen cristiano y fungía como control para aquello que se consideraba como bueno o malo, pecaminoso o necesario.

Estas actitudes negativas, en donde calificamos al sexo como pecaminoso o vergonzoso son gracias a los prejuicios que la religión le atribuye. Sin embargo, el catolicismo no es la única religión que existe en el mundo y, por tanto, tampoco la única que ejerce una opinión sobre la sexualidad.

Alrededor del mundo existen varias culturas que tienen diferente forma de ver y practicar la sexualidad por lo que sus comportamientos y expresiones ante esta difieren. Tal como menciona González (2016) en su artículo de “15 costumbres sexuales curiosas en el mundo”, describe diferentes prácticas y actitudes que para la población mexicana católica podrían resultar extrañas o fuera de lo común. Un ejemplo es que en países asiáticos están prohibidas las muestras de afecto en público y que en países como Afganistán, India, Indonesia, Irak entre otros más, tienen aceptada la práctica de la poligamia donde pueden tener más de una pareja.

A su vez, la India junto los cingaleses de Sri Lanka practican la poliandria, la cual podría definirse de manera rápida como la poligamia femenina, mientras que en otros lugares la infidelidad está castigada, como es el caso de una tribu africana donde aplican veneno al miembro de la pareja para hacer daño a posibles amantes, o Hong Kong donde una mujer puede asesinar a su pareja si en dado caso le fue infiel. En países árabes, otros lugares dentro del occidente y Madagascar, creen que es incorrecto que una mujer pierda su virginidad antes del matrimonio, sin embargo, en Guam y otros países del pacífico ven mal que una mujer lleguen inexpertas al matrimonio, pues consideran que mientras más experiencias tengan es mejor. Así como estas costumbres y actitudes anteriormente mencionadas existen muchas más como rituales sexuales, otros tienen aceptado la zoofilia, el intercambio de parejas, entre otras.

Estomba (2018) menciona que, dado que la virginidad femenina en países árabes está íntimamente ligada con el honor y la pureza se han establecido métodos para que, no solo el marido pueda estar seguro de la virginidad de su esposa, sino que estas costumbres funcionan para que tanto la familia de la mujer como del hombre estén al tanto de si es una mujer “limpia”. Entre ellos está el mostrar la sábana a la familia después de haber mantenido relaciones coitales pues se tiene la creencia de que en el momento en el que deja de ser virgen la mujer, esta debe sangrar. Dicho mito puede ser bastante desafortunado pues no siempre se

da el caso del sangrado. De manera similar, una vez asegurado el marido de que su esposa era vírgen, este coloca una vela encendida en la ventana.

En México, la mayor parte de las familias profesan una religión católica, y esta dictamina los valores que se enseñan dentro ellas. A diferencia de otras religiones y/o culturas, como ya se mencionó, la iglesia católica establece que la pareja debe ser monogámica y por tanto, la sexualidad solo se debe gozar dentro del matrimonio.

De acuerdo con Vidal (2011), la iglesia solo reconoce que la vida sexual debe ser plena en el matrimonio, ya que sin esta no existiría la confianza necesaria en la vida conyugal y a su vez, solo debe servir para la procreación por lo que, la vida sexual fuera del matrimonio está prohibida.

Esta creencia errónea de la vida sexual afecta plenamente a aquellos jóvenes que hayan crecido profesando una fuerte fe, pues no es poco común que los jóvenes católicos terminen sintiendo emociones de culpa al iniciar su vida sexual fuera del matrimonio. De igual manera la iglesia tiene una fuerte influencia sobre los métodos anticonceptivos y sobre el derecho a la decisión de la maternidad, pues muchos de los católicos más fieles argumentan que el aborto en cualquier situación es un asesinato.

Además, por la misma resistencia y conservadurismo hacia la sexualidad, la religión en muchas ocasiones se posiciona en contra de la educación sexual. Tapia (2017) acerca de esto explica que la iglesia como algunas instituciones de padres de familia influyen de manera negativa en la inclusión de temas sexuales, pues las creencias e ideas que estos tienen llegan a perjudicar la práctica de los derechos sexuales y reproductivos. Con esto se le niega la información sobre sexualidad a niños y adolescente, llegando a rechazar la diversidad sexual, las relaciones fuera del embarazo y el aborto seguro.

Así pues, existe una necesidad de una educación laica que permita implementar proyectos educacionales con contenido veraz y adecuado, para que los jóvenes adquieran mejores actitudes hacia la sexualidad y, por consiguiente, tengan prácticas seguras.

Esta relación entre actitudes y prácticas se puede observar en el estudio de Trejo y Díaz (2013) acerca de las actitudes y orientación sociosexual en una muestra mexicana, donde se evaluó a 112 jóvenes de 19 a 26 años. De esto se concluyó que, mientras más actitudes restringidas

hacia la sexualidad presenten las personas, tendrán una menor cantidad de parejas sexuales y de forma contraria, mientras más abierta se encuentre a tener diferentes parejas sexuales, tendrá una menor cantidad de mitos y tabúes.

Se puede observar en dicho estudio que, a pesar de que tener pocas parejas sexuales es una manera de prevenir el contagio de las ITS, esta se puede ver influenciada por el miedo y el desconocimiento de los métodos de protección que actualmente existen. Por otro lado, aquellas personas que deciden compartir su sexualidad de manera diversa se encuentran más informados sobre la salud sexual.

### **1.2.1. ACTITUDES NEGATIVAS DE LA SEXUALIDAD**

Hemos definido a las actitudes como una predisposición hacia un cierto tema que está basado en las posturas y los valores que se nos han enseñado de pequeños y que a su vez, conforme vamos creciendo se van moldeando de acuerdo a nuestro entorno. Estas actitudes pueden ser positivas y favorecedoras, o por otro lado negativas.

Un ejemplo de una actitud negativa son los prejuicios, que por la etimología de la palabra lo podemos definir como una concepción negativa hacia algo sin conocerlo a profundidad. Las actitudes negativas y los prejuicios tienen un alto impacto en nuestra vida no solo porque nos predispone a evadir, odiar o temer un cierto tema, sino porque estas mismas actitudes pueden afectar a terceros provocando actos de discriminación.

Una actitud que podría considerarse como base de muchas otras actitudes negativas son las ideologías conservadoras o también conocido como conservadurismo.

Definimos a la ideología conservadora como una actitud de rechazo hacia el cambio, sea este social, político o cultural. Hablamos de una actitud rígida ante las nuevas perspectivas que se van incorporando en la sociedad y el ser humano de manera individual.

Espejel (2016) describe al conservadurismo como “una condición psicológica propia del ser humano; una actitud de defensa al statu quo, o hasta una corriente ideológica clásica” (p.36).

Vemos entonces, la ideología conservadora tratando de mantener a la sexualidad como algo vergonzoso: se enfoca en mantener tabúes muchos temas al respecto como una forma de control sobre los jóvenes.

Wilhelm Reich (1985) afirma que “El carácter específico de la ideología sexual conservadora es la negación y la degradación de la sexualidad que, en la sociedad autoritaria, acompañan al individuo en el proceso de la represión sexual” (p.65).

Ante esta represión, evitamos que las personas obtengan información adecuada y útil que podría esclarecer diversas falacias con respecto a la sexualidad, así como también evitan diversificar las prácticas sexuales que bien, hechas de manera segura podrían enriquecer la experiencia de los jóvenes.

Como ya se ha mencionado en la historia de la sexualidad y en el capítulo de métodos anticonceptivos, la religión a sido crucial en la cultura de la humanidad. Dado que el conservadurismo y la religión se ven comúnmente relacionados, las ideas y falacias cimentadas en el pasado se perpetúan a través de ambos.

Sanabria et al. (2016) menciona en un estudio realizado sobre la "Influencia de la religión en la toma de decisiones sobre sexualidad en estudiantes católicos practicantes" conformado por 8 estudiantes, siendo cuatro hombres y cuatro mujeres, se encontró que en la mayoría de los participantes, la religión ha influido en sus vidas y en la toma de decisiones. Los participantes que no han iniciado su vida sexual tienen esa motivación de continuar de esta manera por “el amor que le tienen a Dios y a su religión”, y algunos que la han iniciado sienten culpa o cargo de conciencia por no seguir los reglamentos que promueve su iglesia. Así mismo, en cuanto al uso de anticonceptivos, algunos de los participantes están en contra de estos pues los ven como una forma de dañar su cuerpo y sería una forma de promover únicamente la satisfacción sexual.

A su vez, la religión establecía que la vida sexual debía tener como función únicamente la reproducción, cuya idea fue esencial, para la base del machismo que se vive en todo el mundo y en América Latina, pues una actitud machista hacia la sexualidad es considerar que las mujeres solamente pueden tener una vida plena al ser madres.

En México como en los demás países latinoamericanos aún predomina este tema en donde se tienen ideas o pensamientos en los que el hombre tiene más poder sobre la mujer por el simple hecho de ser hombre, reduciendo a la mujer como una máquina de procreación que no podrá tener una vida social o laboral satisfactoria de otra manera.

Moral y Ramos (2016) mencionan que se puede definir al machismo como una ideología que defiende y justifica la superioridad y el dominio del hombre sobre la mujer; exalta las cualidades masculinas, como agresividad, independencia y dominancia, mientras estigmatiza las cualidades femeninas, como debilidad, dependencia y sumisión.

Esto se puede observar en los comentarios que se hacen con respecto a las “necesidades del hombre”, en las que se justifica una conducta violenta durante el sexo con la excusa de que esto es parte de su naturaleza.

Chang (2020) escribe en el periódico *La Estrella de Panamá*, que “Para Pedro Rondón, psicólogo especialista en sexualidad, el machismo implica una serie de creencias, actitudes y comportamientos sexistas que presuponen una superioridad, control y dominio del hombre hacia la mujer”.

A pesar de que, junto con el conservadurismo, el machismo podría asumirse una actitud predominante en personas de generaciones anteriores, todavía existe una prevalencia en los jóvenes de hoy en día.

Acerca del machismo sexual, Mamani et al. (2020) realizaron un estudio comparativo en universitarios peruanos y chilenos, en donde se reportó que los estudiantes peruanos obtuvieron resultados más altos que los chilenos, denotando un nivel de machismo mayor. Sin embargo, al estudiarse las variables de estado civil, año de estudios, religión y si tenían hijos o no, no se obtuvieron resultados significativos. Contrario a los resultados en los que se analizaron el nivel de consumo de sustancias psicoactivas, aquellos universitarios que obtuvieron niveles menores de consumo, a su vez se encontró un nivel menor de machismo.

Por otro lado, en 2021 en la universidad de Monterrey se realizó un estudio que tenía como objetivo determinar el nivel de machismo en jóvenes mexicanos. En dicho estudio se observó que los jóvenes que se encuentran entre los 18 a 24 años son los que presentan tener conductas, actitudes y creencias machistas (Cavazos y Ramírez, 2021).

Estos jóvenes, muchos con una vida sexual activa, proyectan sus actitudes machistas como bien se mencionó anteriormente durante el acto sexual. Nos encontramos con estas actitudes desde niveles bajos, en donde los hombres no se preocupan por el placer de su pareja sino

únicamente el de ellos, pero también puede escalar a actos de violencia durante la relación, sea esta formal o informal.

El machismo en los varones, de acuerdo con el especialista Rondón, se puede manifestar de diversas maneras. Una de ellas es la idea de que al ser su deber tomar la iniciativa en los actos sexuales, no se preocupan tanto por el disfrute de su pareja sino por el contrario en probar que son buenos en el sexo. A su vez, este tipo de hombres tiene más riesgo de contraer y transmitir ITS por su promiscuidad y no tomar medidas preventivas. De igual forma, prevalece la idea de que la responsabilidad protección recae en la mujer y que el hombre es infiel por naturaleza (Chang, 2020).

De acuerdo a lo anterior, podemos observar que los hombres, al creer que son las mujeres quienes deben cuidarse y usar métodos anticonceptivos, usualmente evaden la responsabilidad y le echan la culpa a sus parejas, mientras que al mismo tiempo, por las mismas actitudes machistas se encuentran renuentes a usar el condón.

Algunos mitos acerca de los métodos anticonceptivos recaen en estas mismas ideas y actitudes, pues existen hombres quienes afirman que al usar el condón se pierde la sensibilidad, o no se disfruta igual, así como también es tomado a ofensa pues si no se usa condón es porque la pareja le tiene confianza, o es “una muestra de amor”.

Lozano y Rocha (2011) relacionan a la masculinidad hegemónica con el machismo y la homofobia, estableciendo que:

“La masculinidad hegemónica es sinónimo de otros conceptos como machismo o patriarcado. Ésta, hace referencia a una forma de ser hombre que permite el sentirse por encima de las mujeres y de lo que se entiende como femenino. Fomenta, particularmente, en la construcción sociocultural del ser hombre ensalzando aspectos ligados a la orientación al logro, el trabajo, la fuerza física, el tener poder adquisitivo, el demostrar liderazgo y competencia, factores que por sí solos no son negativos, empero en la lógica de la hegemonía masculina se traducen en elementos empleados en el uso y abuso de poder?”.  
(p.105)

Es decir, las actitudes homofóbicas tienen una base en el machismo, pues es considerado que, al momento en que dos hombres se sienten atraídos, uno de ellos debe de asumir un papel sumiso, que se relaciona inconscientemente con la feminidad, la cual, el mismo machismo devalúa.

La homofobia es un acto de discriminación hacia las personas que se sienten atraídas a su propio género de manera sexoafectiva.

Lozano y Díaz (2010) afirman:

“El término homofobia fue popularizado por primera vez en la academia en 1973 por el psiquiatra Weinberg en su libro titulado “Society and the Healthy Homosexual”. El autor lo definió como una fobia acerca de los homosexuales, que parece estar asociada con un miedo al contagio, un miedo a que se reduzcan las cosas por las que uno peleó, como el hogar y familia”. (p.106)

Se ha estudiado las actitudes homofóbicas de los hombres en diferentes momentos de la historia, ya que no es poco común, que dichas actitudes puedan resultar en actos violentos o crímenes de odio.

Lozano (2009) en su investigación menciona que:

“...se observa una agresión y una percepción mucho más negativa de los hombres homosexuales que de las mujeres homosexuales. Este dato ha sido encontrado en múltiples investigaciones y concuerda con la hipótesis inicial.

En una sociedad heterosexista y machista, donde los valores masculinos adquieren una mayor importancia y prevalece una subordinación de la mujer y de lo femenino, es entendible una percepción negativa hacia los hombres gays. Se concede una importancia exagerada al instrumentalismo masculino. Por ello, el hombre homosexual es doblemente negativo, porque no sólo es femenino y por ello mal visto, sino que además, como hombre, decidió adquirir estas características femeninas y rechazar su masculinidad” (p.164).

A pesar de que la comunidad LGBT haya luchado por sus derechos casi a la par de la revolución sexual, esta sigue siendo violentada aún en la actualidad, no solamente por personas mayores sino incluso entre los mismos jóvenes.

De igual forma, Piña y Aguayo (2015), en su estudio acerca de la homofobia en estudiantes universitarios de México, encontraron que:

“Los testimonios indican que los homosexuales son mal vistos por la sociedad, debido a sus preferencias, opiniones y manera de vestir. Los argumentos no son neutrales, tienen una carga negativa porque se reconoce que son diferentes y no son plenamente aceptados por la familia, la sociedad, la religión”. (p.25-26).

Álvarez-Gayou menciona que entre los prejuicios que existen acerca de las personas homosexuales están el hecho de que hay mayor "promiscuidad", así como el mito de la prostitución entre homosexuales, cuando diversos estudios revelan que un gran porcentaje de hombres y mujeres gay nunca han pagado por una relación sexual. (Álvarez, 2011).

Los hombres atribuyen a la homosexualidad calificativos negativos y etiquetan a las personas como "puñales", "jotos", entre otros. Esta actitud negativa no se encuentra hacia las lesbianas, pues los hombres se mantienen neutrales. Es posible que esto se deba a que, dada dicha creencia asuman que si se muestran empáticos hacia la minoría pueden poner en riesgo su propia masculinidad y ser vulnerables ante los mismos prejuicios que se encuentran en una sociedad falocéntrica, heterosexista y represora. (Lozano, 2009).

Dentro de la homofobia, también nos encontramos con la discriminación hacia personas con VIH, pues esta fue considerada por mucho tiempo una "enfermedad de homosexuales".

Como ya se ha mencionado, el VIH es un virus que ataca al sistema inmunológico, debilitándolo y provocando complicaciones en diferentes enfermedades que pueden provocar la muerte.

En los años 80s, con el inicio de la epidemia del VIH/SIDA, existía un prejuicio muy fuerte acerca de cómo las personas podían contraer el virus.

Aún a la fecha existen muchos estigmas alrededor del virus, pues a pesar de que han existido campañas de prevención y conscientización, la gente sigue sin tener suficiente información al respecto. Arellano (2020) plantea que aún hace falta hablar más de la salud sexual, ya que, aunque se tengan ciertos conocimientos de prevención de las ITS, en los servicios de salud todavía no se aborda el tema de cómo continuar una vida sexual plena y segura tras el diagnóstico de una ITS.

Tomando en consideración lo anteriormente dicho, nos encontramos como muchos jóvenes que, al no tener los conocimientos suficientes del VIH y su tratamiento, adoptan actitudes de miedo e incluso fobia hacia dicho virus y a las personas con resultados positivos sin tomar en cuenta que en la actualidad existen tratamientos para su control.

En 2015 se realizó un mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México, en el cual se encontró que algunas de las acciones

discriminatorias observadas fueron denostación, burla y negación de servicios, así como crímenes de odio (Orozco et al., 2015).

A su vez, Campillay y Monárdez (2019) mencionan que los contextos en los cuales se da predominantemente la discriminación son el ámbito sanitario, socio demográfico y el familiar.

### **1.2.2. FALACIAS Y ERRORES DE LA SEXUALIDAD**

La sexualidad, como muchos otros temas en la actualidad posee diversas creencias erróneas que se han cimentado en la antigüedad y que se han ido transmitiendo con el paso de los años a pesar de que la ciencia haya ido desmintiendo dichas creencias. Esto podría deberse a que la ciencia, si bien se puede difundir con mayor facilidad gracias a la tecnología, aún esta se distribuye mayormente en el ámbito académico al que no todas las personas pueden o les interesa acceder.

Dichas ideas o creencias erróneas que denominaremos falacias se han utilizado para mantener un control sobre los jóvenes acerca de su sexualidad pues están fundadas en el miedo y la sumisión. De igual forma, no solo nos encontramos con falacias que limitan a los jóvenes o específicamente a las mujeres sino también a personas con discapacidades o adultos mayores.

Sin embargo, es necesario entender principalmente qué es una falacia. Así pues, Orrego (2020) define a las falacias como un argumento que podría parecer válido pero que oculta un error. Para una falacia es importante ocultar el error de una manera que este parezca como verdad, es decir que pueda pasar por la lógica inadvertidamente.

A pesar de que actualmente nos encontramos en la era de la tecnología y las fuentes de información, esto no implica que haya una mayor cantidad de recepción de información verídica. Existen una gran cantidad de páginas web cuya información no es veraz o certera y que la facilidad de su acceso puede resultar en la propagación de falacias. Tanto las generaciones más jóvenes como las más viejas se encuentran con el reto de realizar una profunda investigación de qué datos son reales y cuáles no.

McCary et al. (1996) mencionan que a pesar de que hoy en día tenemos mayor acceso a la información y las personas se encuentra más renuentes a aceptar ciertas creencias sin fundamento acerca de la sexualidad, se siguen creando nuevos mitos al respecto que no solo

pertenecen a la población general sino también a algunos profesionales con alto nivel de educación y que puede resultar peligroso. Entre ellos, algunos de los mitos que se presentan son los siguientes:

En cuestiones fisiológicas se tienen diversas creencias tanto de los hombres como de las mujeres con perspectivas diferentes. Entre ellas podríamos dividir las que a las mujeres se le mide más por su valor y a los hombres por su potencia sexual. Es decir, tenemos afirmaciones como que el himen es prueba contundente de la virginidad de una chica, mientras que en el caso de los hombres el tamaño del pene es importante para el placer de su pareja. También existen otras creencias fisiológicas como que el deglutir el semen durante una felación provoca el aumento de peso y que el tamaño del pene puede calcularse por el tamaño de las manos y de los pies. Otra falacia perjudicial es la creencia de que la esterilización disminuye el apetito sexual del hombre o de la mujer.

Igualmente menciona que existen mitos con respecto al mismo acto sexual, como el hecho de que se debe evitar el coito durante el embarazo, o que, en cuestiones de reproducción, el útero succiona el semen eyaculado. Esta afirmación afecta a la percepción de las personas con respecto a los métodos anticonceptivos. Así mismo, con respecto a la actividad sexual, una de las prácticas más demonizadas es la masturbación, alrededor de la cuál se tienen varias creencias como que esta puede provocar trastornos físicos o que únicamente pueden realizarla los hombres. Sin excluir a la concepción que se tiene del aborto y de la educación sexual, todas estas ideas erróneas afectan a la población en general y a sus actitudes para el disfrute de una vida sexual plena y libre.

Bataller (2014) coincide acerca de este punto, pues afirma que las vivencias de la sexualidad, y por tanto su concepción, dependen de la cultura. A su vez, menciona que como falacias de la sexualidad podemos encontrar la idea de que es mejor no educar sobre sexo ya que este es malo, así como únicamente un objeto de consumo. También, un error concebido sobre la sexualidad es que la etapa fértil es equivalente a la vida sexual, asumiendo que personas mayores, o muy jóvenes no tienen prácticas ni expresiones sexuales, así como la negación social de la sexualidad de las personas con discapacidad.

Vemos pues, que los teóricos de la educación sexual coinciden en las falacias que existen sobre estos temas, aunado a que reiteran la importancia de promover los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva como una acción para contrarrestar estas creencias.

Como se explicó anteriormente, las falacias deben de tener un argumento que parezca válido a primera instancia. Además de que las juventudes pueden ser bastante impresionables con las cosas que consumen en internet, las afirmaciones previamente mencionadas son creíbles debido a la desinformación que existe sobre temas de sexualidad.

González et al. (2002) explican que las creencias erróneas que tenemos hoy en día de la sexualidad, desde su origen social tienen raíces con el pasado en donde la cultura occidental prevalece una idea sexista en la que lo femenino es delicado y debe ser pasivo, poco explorado, mientras que lo masculino debe ser fuerte y agresivo.

De esta forma nos encontramos con ideas como que el coito sólo debe de conformarse por la penetración, que al inicio de la vida sexual esta se debe esperar con brusquedad, que el orgasmo solo es válido si este se da de manera simultánea o que el sexo oral es algo “sucio”.

Retomando la influencia de la religión sobre la percepción de las personas sobre la sexualidad, nos encontramos ya no solo con grupos religiosos que condenan al aborto y al uso de métodos anticonceptivos, sino que también propagan esta desinformación a través de redes sociales y páginas web.

Simón (s.f.) menciona que los métodos anticonceptivos atentan contra los derechos humanos, la igualdad de sexos y contra el derecho a la educación, ya que es mejor usar métodos naturales de regulación de la fertilidad, como el reconocimiento de las fases fértiles de la mujer pues estos son sencillos de aprender y de enseñar.

Observamos comentarios como el anteriormente nombrado en los cuáles grupos conservadores comparten su opinión acerca de la sexualidad, métodos anticonceptivos, aborto, entre otros.

Por otro lado, poco se habla de la sexualidad en la vejez, por lo que esta falta de información genera concepciones falsas e incertidumbre en los adultos que poco a poco se van acercando más a esa nueva etapa de la vida como vimos anteriormente.

La lógica dicta que conforme el cuerpo va envejeciendo, este comienza a tener disfunciones en todo su sistema y los órganos sexuales reproductores pélvicos internos y externos no son la excepción. Sin embargo, no sabemos cómo se vive la sexualidad en la vejez.

Según Herrera (2003), en su investigación sobre la sexualidad en la vejez, en donde se revisó literatura de todos los estudios epidemiológicos explica que el cese de la actividad sexual depende de muchos factores, entre ellos el estado de salud y la incapacidad física y mental tanto del sujeto como de la pareja. A su vez, las expectativas impuestas por el entorno social afectan a la disfunción sexual. Asumir que el poco interés en la sexualidad o la escasa actividad sexual son características ineludibles son falacias basadas en la discriminación por edad (o ageísmo) o por el sexismo.

Es decir, si bien es importante considerar las limitantes de la edad en la vida sexual, también hay que tomar en cuenta que al tener hábitos saludables desde la pubertad que es donde comienza la maduración física hasta la juventud y lo que sigue de esta, las deficiencias sexuales que podrían llegar a presentar serán menores a como se piensa.

A pesar de que no se habla o se investiga mucho acerca de la sexualidad en los adultos mayores, esto no quiere decir que sea menos importante. No basta con tener información en la juventud, pues la sexualidad nos acompaña a lo largo de nuestras vidas y se termina excluyendo a cierto grupo de personas disidentes que no son consideradas como seres sexuados.

Así mismo, otro ejemplo de los mitos que existen acerca de la sexualidad es su presencia en personas con discapacidad intelectual. La sociedad al estar cimentada en una ideología falocéntrica, en la cual se toman en cuenta estándares patriarcales y coitocéntricos tiene una tendencia a ignorar a todo aquello que se salga de la norma. Las personas con discapacidad intelectual son comúnmente infantilizadas y por tanto consideradas como seres asexuados, mas esto está lejos de la realidad.

Losada y Muñiz (2019) mencionan acerca de esto que:

“Si pensamos que un menor con DI es asexuado, se estaría negando la integridad de su persona; si se estima que las únicas conductas que estos pueden adoptar son conductas puramente instintivas, torpes e hipersexualizadas, se residiría en descuidar el aspecto afectivo-relacional, alejándonos de la idea de que estos sujetos necesitan de contacto, tienen interés por su cuerpo, por el otro, manifiestan inquietudes, aspectos todos deben ser guiados y educados”. (p.13).

Esto quiere decir que el hecho de que una persona padezca de discapacidad intelectual no quiere decir que carezca de necesidades sexuales, pues estos como los demás también poseen intereses hacia el propio cuerpo, por lo que es necesaria una educación adecuada sobre sexualidad adaptada a sus capacidades y necesidades.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la falta de información conduce a que existan creencias erróneas con respecto a aquellos temas de los cuales desconocemos. Estas creencias ya sean mitos o falacias generan actitudes negativas en las personas pues muchos de los mitos están basados en una cultura que busca silenciar y demonizar a la sexualidad, volver a dichos temas algo de lo cuál no se debe hablar, que se debe de mantener en privado y que es mejor no ver porque causa incomodidad.

### **1.3. EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL**

La educación sexual integral está definida como un proceso educativo que se basa en los derechos humanos y la perspectiva de género. Esta debe abarcar todos los aspectos que integran a la sexualidad como lo son el aspecto cognitivo, psicológico, físico y social utilizando información científicamente adecuada (Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, 2021).

Actualmente los temas que se abordan no son los suficientemente amplios y dejan espacio a dudas que los jóvenes terminan reprimiendo. Se habla acerca de las infecciones de transmisión sexual y de cómo prevenirlas, pero no de los tratamientos que existen, la vida sexual plena y segura después de un diagnóstico y la desmitificación de la contracción de dichas infecciones.

A su vez, la visión hegemónica que tienen las escuelas sobre la ESI no permite el cuestionamiento a las diferentes experiencias sexuales que podrían salirse de la heteronorma.

Ante esto, García (2015) menciona:

"La inclusión de la educación sexual en los programas de educación para la salud permitió, durante una época de bonanza, extender las intervenciones centradas en la prevención. Con el objetivo de reducir el embarazo adolescente, la transmisión de infecciones genitales y el VIH, cada programa de intervención educativa en salud dedicaba numerosas sesiones a hablar de anticoncepción, preservativos y prácticas eróticas. Aunque hay que agradecerles a esos programas la legitimación de la importancia de la educación sexual, en ellos no se trabajaba priorizando el sexo, ni la vivencia de la sexualidad, ni la identidad

sexuada, ni el deseo, ni las relaciones de pareja, ni la familia, ni la procreación; es decir, los campos conceptuales que articulan el esquema del hecho sexual humano, y que son más bien ininteligibles si no se presentan y se explican juntos de forma coherente. Dicho de otra forma, que un chico y una chica no utilicen el preservativo, no depende de que no sepan dónde conseguirlo y cómo utilizarlo, sino de muchas otras cosas que sistemáticamente han quedado fuera de las explicaciones, las intervenciones educativas y los talleres de prevención." (pp 17-18).

Es decir, a pesar de que haya habido intentos por integrar la ESI en las escuelas, al no tener una visión más amplia de esta, incluyendo temas importantes como la identidad sexuada, el consentimiento, las relaciones de pareja entre otros temas, no resulta tan efectiva ante la toma de decisiones de los jóvenes en cuanto al cuidado de su salud sexual.

De acuerdo con Rojas et al. (2017), en su artículo sobre educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México, mencionan que los temas que los jóvenes han llegado a recibir en cuanto a la educación sexual se tratase son el uso del condón y cómo protegerse de las infecciones de transmisión sexual, siendo el VIH el tema más tratado entre ellos. También se reportó que los temas menos abordados son sobre las relaciones y el placer, así como el cómo llegar a vencer las barreras que existen para facilitar la adquisición de condones u otros de los métodos anticonceptivos.

Ambos autores coinciden con la premisa de que no basta con tener información sobre cuestiones objetivas para que la experiencia sexual sea plena y segura, sino que es importante considerar otros factores que se interconectan para que los jóvenes decidan usar los métodos que están a su alcance.

El temario de los países que ya han incluido a la educación sexual en su programa educativo desde hace varias décadas, como Suiza, incluyen aspectos diversos y con perspectivas amplias como la cuestión biológica así como la conciencia corporal, el embarazo, la anticoncepción, el aborto, las ITS, el consentimiento, los derechos sexuales y la identidad de género y orientación sexual. (Heredia y Rodríguez, 2021).

No obstante, la carencia de un proyecto educacional extensivo que permita a los jóvenes decidir protegerse durante las prácticas sexuales no es el único obstáculo de la ESI en Latinoamérica ya que aunado a esto, se considera que está íntimamente asociada con la ideología de género y genera rechazo.

Según Mejía (2013) en México, la educación sexual se propuso en 1932 como un intento de disminuir las estadísticas de embarazos adolescentes y el contagio de ITS, sin embargo, esta razón de ser fue evolucionando con los años y ampliándose para poder fomentar las relaciones equitativas y la prevención de abusos de menores. Ante esta necesidad, una de las medidas que se tomaron fue la edición de los libros de texto gratuito para los últimos dos años de primaria. Ante la inclusión de estas medidas, la respuesta general fue bastante abierta y aceptada por la población y la iglesia católica, sin embargo, esto no se ha mantenido de esta forma.

En los últimos años, estos libros se han vuelto a modificar para incluir más temas en relación a la educación sexual. Ya no solo se abordan temas de anticoncepción sino también de diversidad como los diferentes tipos de familia que pueden existir, incluyendo a las familias monoparentales.

En Perú se inició un movimiento llamado "Con Mis Hijos No Te Metas" (CMHNTM), organizado por padres de familia con creencias homofóbicas y transfóbicas que consideran que si se les enseña a los niños acerca de la sexualidad, estos se "convertirán" en adultos homosexuales o transexuales.

"Según los organizadores de la campaña, el problema del plan de estudios es que introducía en las escuelas lo que ellos llaman «ideología de género». Con eso se refieren a la idea de que «no se nace únicamente varón o mujer, como la naturaleza ha establecido, sino que la identidad 'de género' se construye a partir de vivencias que uno tiene»" (Meneses, 2019, p. 132).

Hay que mencionar que no solamente en Perú existe una oposición hacia la ESI, pues en otros países de Latinoamérica que se ven fuertemente influenciados por la religión y la cultura conservadora son afectados en sus actitudes hacia estos programas.

Montero et al. (2017) mencionan que en Chile existe una tensión entre la doctrina católica, las vivencias de los jóvenes y las creencias de las familias y los profesores, por lo que se presenta una dificultad al desempeñar los programas debido a las actitudes y perspectivas de los adultos encargados de educar a los jóvenes. A su vez, la cultura chilena se ve fuertemente sexualizada pese a la gran influencia religiosa.

Por otro lado cabe hablar de la situación en México, que, tan solo en nuestro estado nos encontramos con noticias sobre comunidades que han quemado los actuales libros gratuitos que hablan sobre temas de sexualidad e inclusión.

En el artículo del periódico El País, Zerega (2023) se narra:

“Padres y madres de una comunidad tzotzil en Chiapas quemaron los ejemplares que diseñó y repartió para el próximo ciclo escolar, que empieza en una semana, como protesta por entender que “son del diablo”. Las familias se han quejado de que las páginas enseñan “el comunismo”, “el homosexualismo” y “el lesbianismo”. Los libros, diseñados a partir de un nuevo modelo educativo llamado la Nueva Escuela Mexicana, han estado rodeados de polémica desde el inicio por plantear una forma de enseñar diferente a la que se tenía hasta ahora.”

Mas la educación sexual integral es una necesidad en la formación de las personas, pues con esta no sólo se busca la no enfermedad, que por sí sola no es salud, sino que se trata de buscar un estado de bienestar en la sexualidad.

Los mitos y creencias que existen alrededor de esta misma estigmatizan y ponen en riesgo a muchas personas en su día a día al no tener los conocimientos necesarios para contradecirlos. Mas aún, el acceso a la información y la obtención de conocimientos idóneos no solo contrarrestan la propagación de falacias perjudiciales para la salud sexual sino que beneficia a una actitud positiva hacia la misma experiencia.

Referente a la educación sexual a nivel universitario, se han realizado estudios en varios países latinoamericanos. En primer lugar, Ruíz et al. (2005) examinaron a 1106 estudiantes colombianos de las facultades de Medicina, Rehabilitación y Jurisprudencia. De esto se concluyó que los alumnos creen saber lo necesario en temas de salud sexual y reproductiva cuando sus conocimientos son escasos. La calificación en porcentajes que obtuvieron de acuerdo con los conocimientos generales, sólo el 13.6% se encuentra en la categoría de “muy bueno”. En cuanto a los conocimientos de métodos anticonceptivos, en esta misma categoría se encuentra únicamente el 16.8% y con relación a las enfermedades de transmisión sexual, solamente el 18.7% se considera con muy buenos conocimientos. De igual forma se concluyó que la población estudiantil se expone a una gran cantidad de actitudes de riesgo.

Por otro lado, en el estudio realizado en la Universidad Autónoma de Zacatecas, Trejo et al. (2011) concluyeron que, en los estudiantes de Ciencias Químicas, Odontología y Nutrición, el 30.8% manifestó ser sexualmente activo y de dicha población el 90.6% utilizaban algún tipo de método anticonceptivo. El método anticonceptivo más empleado fue el preservativo con un 85.7% de uso y los métodos orales u hormonales con un 21.9%. En dicho estudio también se

pudo observar que aquellos estudiantes que afirmaron tener mucho conocimiento sobre sexualidad fueron aquellos que tuvieron su primera relación sexual a una edad temprana. La principal fuente de información de los estudiantes fueron los padres (67.6%) y los amigos (53.6%). En relación con las ITS, el 99.6% de los estudiantes habían escuchado sobre ellas.

De acuerdo con lo anterior, si bien en el estudio realizado en México no se evalúa precisamente cuáles son sus conocimientos, podemos observar una divergencia considerable entre el estudio realizado en Colombia en 2005. Esto podría deberse a diferencia entre los años en que se realizaron ambas investigaciones, así como el contexto cultural.

En contraste, en la universidad de Babahoyo, Ecuador, se realizó un estudio sobre conocimientos de salud sexual y reproductiva en estudiantes de obstetricia y enfermería. En dicho estudio se observó que a pesar de que las mujeres obtuvieron mejores respuestas verdaderas, aun así, su porcentaje resultó bajo siendo un 32% versus 25% entre hombres y mujeres; por el contrario, los porcentajes de respuestas falsas, donde los ítems contienen afirmaciones erróneas, resultó que los hombres seleccionaron dichas respuestas con un 40% en comparación con las mujeres quienes tuvieron un 33%. Los estudiantes de manera general presentaron un nivel medio en conocimientos y en comportamiento, en el cual los estudiantes de obstetricia tuvieron un mejor promedio en comparación con los de enfermería (Ordoñez et al., 2017).

Resulta importante señalar que los resultados de dicha investigación son alarmantes dado el enfoque de ambas carreras. Los profesionales de la salud deben prepararse particularmente para temas, ya que son ellos quienes ayudaran a compartir la información con la población general. No podemos tener un acceso a la salud sexual por completo si la información que se obtiene no es adecuada.

### **1.3.1. SALUD SEXUAL**

Se ha hablado de la salud sexual, mas, para empezar a definirla primero tenemos que entender qué es la salud por sí misma, delimitando sus características para poder aplicarla a otros ámbitos. Ante esto, la OMS definió a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud,

afirmando que la salud no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, s.f.)<sup>3</sup>. Es decir, que cuando decimos que estamos sanos, no solamente abarcamos el ámbito biológico, que si bien forma parte esencial, también es necesario que nos encontremos en una buena condición física, que tengamos una buena estabilidad mental y que a su vez nos encontremos bien en nuestras relaciones interpersonales.

Con relación a la salud sexual, afirmaríamos que no sólo es la ausencia de infecciones de transmisión sexual sino que es un estado de bienestar integral en el que una persona puede disfrutar de una vida sexual activa libre de violencia, eligiendo en qué momento y con quién llevar a cabo actividades sexuales.

Adicionalmente se afirma que la salud sexual "requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coerción, discriminación ni violencia" (OMS, s.f.)<sup>4</sup>.

En México, todas las personas tienen derechos sexuales y reproductivos, los cuáles se establecen en torno a las necesidades humanas respecto a la sexualidad. Entre ellos, los derechos que poseen las personas son: el derecho a decidir sobre su cuerpo y su sexualidad, a ejercerla y disfrutarla, a decidir con quién o quiénes se relaciona; el respeto a la privacidad e intimidad, el derecho a decidir sobre su vida reproductiva; acceso a la educación integral en sexualidad, a los servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros. (Instituto Nacional de las Mujeres, 2017).

En cuestión al derecho del respeto a la privacidad e intimidad en la era de la tecnología, nos encontramos con una gran preocupación dado que una de las actividades más comunes entre jóvenes tanto menores como mayores de edad es el *sexting*. Por su nombre en inglés, el sexting es una práctica sexual moderna en la cuál se lleva a cabo un intercambio de fotografías o videos gráficos de carácter sexual vía internet. (Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM, 2017).

---

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud (s.f). Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20%20enfermedades%C2%BB>.

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud (s.f). Recuperado de: [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1)

Uno de los mayores riesgos del sexting es la exposición particularmente de las jóvenes a la divulgación de dicho material íntimo. Al encontrarnos en un mundo donde la violencia de género aún es un conflicto que viven las mujeres en el día a día, muchas de ellas se encuentran con la desprotección de su intimidad ya que aún no existen suficientes leyes que protejan nuestra vida a nivel cibernético. La divulgación de material íntimo es una violación a los derechos humanos y sexuales debido a que atenta con la libertad de disfrutar la sexualidad de uno mismo bajo sus propias condiciones.

En México existe la ley Olimpia, que entró en vigor relativamente reciente, en el año 2020 gracias a la activista Olimpia Corral Melo. Esta ley lucha contra la violencia digital de la cuál mencionamos anteriormente en donde se busca combatir los actos de acoso, hostigamiento, amenazas, insultos, vulneración de datos entre otras cosas, así como sancionar la difusión de material íntimo. La ley Olimpia contempla de 3 a 6 años de prisión para aquellos que realicen estas acciones. (Gobierno de México, 2021).

Gracias a esto, hoy en día el derecho a la privacidad de todas las personas se ve respaldada a nivel jurídico. Sin embargo, esta situación solo se encuentra en México y otros países del mundo se ven desprovistos de este resguardo, no solo respecto al derecho de la privacidad, sino también a otro de los derechos sexuales y reproductivos más importantes: el derecho de decisión sobre su vida sexual y reproductiva.

En relación a esto nos encontramos con el debate del aborto. Por derecho, las mujeres deberían poder decidir sobre su cuerpo, así como el momento de su vida en el que quieran iniciar su maternidad.

Álvarez-Gayou (2011) mencionaba que en México hay una alta mortalidad femenina debido a abortos clandestinos. Ante esto, comenta que los profesionales de la salud deben adoptar una actitud no valorativa y científica en cuanto a la sexualidad, esto quiere decir que no haya una imposición de los valores propios.

El aborto, como muchos otros temas de sexualidad, es un tema controversial. Aún existe una población considerable que está en contra del aborto legal.

En 2022, el aborto libre y sin condiciones en México ha sido despenalizado únicamente en Ciudad de México, Oaxaca, Hidalgo, Veracruz, Baja California, Colima, Sinaloa, Guerrero y Baja California Sur. Sin embargo, aún faltan varios estados por legalizarlo (Guillén, 2022).

Según el Guttmacher Institute (2008) en el año 2006 se llevaron alrededor de 874,747 abortos en mujeres mexicanas, mientras que, en el mismo año, 149,700 de estas fueron hospitalizadas por complicaciones post-aborto.

Si bien el aborto seguro puede tener complicaciones como se ha mencionado anteriormente, esto solo recalca la importancia de una atención legalizada y con perspectiva de género, pues el aborto clandestino pone en un mayor riesgo a las mujeres que lo lleven a cabo. Ante esto, la Secretaría de Salud del Gobierno de México (2023) menciona que el aborto clandestino es un problema de salud pública pues este representa una de las principales causas de mortalidad materna.

Es alarmante que las estadísticas resulten elevadas, pues si bien hay grupos que están en contra de su legalización, estos no consideran que aquellas mujeres que deseen abortar lo harán aún si esto no está legalizado. Por ello se recalca la importancia de la conscientización sobre estos temas a través de la educación sexual.

No solamente cabe mencionar al aborto y a los derechos sexuales como parte del programa educativo, sino también la responsabilidad de cuidarnos y cuidar a nuestras parejas sexuales para evitar la contracción de ITS. Por tanto, evitar las prácticas sexuales de riesgo constituye parte de esta responsabilidad hacia la salud sexual.

Para Badillo et al. (2020) las prácticas sexuales de riesgo se definen como "las prácticas sexuales vaginales, anales y orales sin protección, relaciones sexuales con parejas casuales o desconocidas, el uso de drogas intravenosas en las relaciones, la promiscuidad y la edad temprana de inicio de vida sexual entre otros". (p. 423).

A su vez, Santiesteban et al. (2019) mencionan comportamientos en la actualidad que ponen en riesgo de contagio del VIH en hombres jóvenes homosexuales y bisexuales tales como el *Bareback*: la práctica de sexo anal sin condón de modo intencional entre parejas que no son estables; *Bug chasing*, por su traducción cazadores de virus, en la cual uno de los participantes

presenta estatus serológico positivo; y *Gift giver*: individuos que se prestan a donar el virus a quienes deseen recibirlo.

Es decir, tenemos a jóvenes empezando su vida sexual, a una edad cada vez más temprana, y manteniendo una vida sexual activa sin el uso de métodos anticonceptivos efectivos tales como el condón, que no sólo previene el embarazo, sino que, al ser un método de barrera, también disminuye el riesgo de contagio, debido a que, si bien una pareja estable no es garantía para no contraer una ITS, las probabilidades de hacerlo con múltiples parejas aumentan. Así pues, los métodos anticonceptivos de barrera son indispensables para prácticas sexuales.

### **1.3.2. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Ya se ha mencionado que una de las posibles consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo son las infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo que es importante conocer qué y cuáles son.

Estas, por su definición son aquellas que se contraen a través del contacto sexual, es decir, cualquier tipo de penetración, ya sea vaginal o anal, o sexo oral (Malpartida, 2020).

Por consiguiente, las personas que mantengan relaciones sexuales sin preservativos tienen altas probabilidades de adquirir algún tipo de ITS. Así mismo, el riesgo aumenta en los casos en los que se mantengan relaciones con diversas parejas sexuales.

Ante esto, la situación más importante a tomar en cuenta es que muchas veces la sintomatología no es visible; existen ITS que son categorizadas como asintomáticas por un periodo extenso en el que la infección se desarrolla.

El CENSIDA (2016) explica que algunos de los síntomas que sirven para considerar si se tiene una ITS son las molestias en el sitio del contacto sexual luego de una relación sin usar condón; granitos, llagas o úlceras que pueden o no producir dolor o ardor; flujo vaginal acompañado de mal olor, comezón o ardor y en el caso de los hombres secreción en la uretra o el recto acompañado de dolor y ardor. Todos estos síntomas pueden presentarse desde la primera semana hasta los tres meses.

Cada ITS tiene una sintomatología diferente, aunque muchas comparten características similares. Aunado a que es bastante fácil contagiarse, las ITS son más comunes de lo que se piensan.

La Organización Mundial de la Salud (2021) explica que al rededor de 374 millones de personas contraen clamidiosis, blenorragia, sífilis y tricomoniasis, mientras que, más de 500 millones de personas entre las edades de 15 y 49 años, son portadoras del virus del herpes simple.

Como todo diagnóstico, es crucial la detección temprana de dichas infecciones para poder llevar un tratamiento que permita una pronta recuperación, o en el caso de las infecciones incurables, un buen control de su desarrollo y obtener un buen pronóstico.

La OMS (s.f.) establece que de las ITS virales más comunes y que carecen de opciones terapéuticas son el VIH, el virus del herpes simple de tipo 2, los virus de la hepatitis B y C, el virus del papiloma humano (VPH) y el virus linfotrópico T humano de tipo 1.<sup>5</sup>

No obstante, el esfuerzo de las instituciones de salud pública por promover la concientización del VIH y el VPH, la desinformación que existe alrededor de las ITS incurables aún es prominente.

No solo existen falacias alrededor del diagnóstico sino tampoco se incita la difusión de los recursos que actualmente existen. Un ejemplo de esto es el PrEP, una pastilla que ayuda a la prevención del VIH.

Según el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA] (2019), la pastilla PrEP, es un tratamiento preventivo de ingesta diaria que tiene como función proteger a los usuarios que tengan relaciones sexuales constantes con un uso del condón irregular.

Así mismo, en un estudio Capella et al. (2018) mencionan que:

“se observa que actualmente existe un elevado desconocimiento por parte de la sociedad sobre los aspectos relacionados con el VIH/SIDA, a pesar de que la visión entorno a la enfermedad del VIH/SIDA ha evolucionado bastante respecto a años anteriores. Este desconocimiento engloba toda la

---

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud (s.f). Recuperado de: [https://www.who.int/es/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab_1)

realidad referente al virus del VIH y la enfermedad del SIDA, ya que no solo nos encontramos con una falta de información hacia a la manera de contraerse, sino que también existe desconocimiento sobre las consecuencias que tiene, o la cantidad de gente afectada por esta.” (p. 19).

Es imposible erradicar el contagio de las ITS, sin embargo, el autoconocimiento, los estudios regulares en el caso de las personas sexualmente activas con prácticas de riesgo y la difusión de información en los centros educativos y de salud pública son esenciales para el abordaje de esta problemática que a su vez, presentan casos de discriminación hacia aquellas personas portadoras de alguno de estos virus.

Entre las ITS más comunes que se han expuesto, podemos encontrarlas con las siguientes características:

- Clamidiosis

La clamidiosis o clamidia es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Es una infección bastante frecuente tanto en hombres como mujeres y esta es curable con antibióticos. Sin embargo, sin tratamiento puede provocar infertilidad y embarazo ectópico, así como la prematuridad en mujeres embarazadas. Algunos de los síntomas más frecuentes en mujeres son los cambios en la secreción vaginal, sangrado entre periodos menstruales o después de las relaciones sexuales, dolor en el abdomen bajo y la sensación de ardor al orinar, mientras que los hombres presentan secreción en el pene y dolor en los testículos. También pueden presentarse en una infección anal tanto en hombres como mujeres. (OMS, 2023).

Como lo explica la OMS, la clamidia es una de las ITS más comunes a nivel mundial. Esta, al igual que muchas otras puede ser asintomática y en el caso de las mujeres embarazadas, pueden transmitirla durante el parto.

- Sífilis

Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (s.f.), la sífilis es una infección causada por la bacteria *Teponema Pallidum*, y su transmisión se da por el contacto con úlceras infecciosas en los genitales, en el ano, los labios o la boca, así como también por transfusiones de sangre o transmisión al bebé durante el embarazo. Esta infección, si no es tratada puede

aumentar el riesgo de contracción de VIH, así como dar lugar a morbilidad y mortalidad sustanciales.<sup>6</sup>

La sífilis, al igual que la Clamidia puede ser asintomática, presentando un problema para aquellas personas que no se realizan estudios de sangre con regularidad teniendo una vida sexual activa. En adición a esto, de no ser tratada, puede durar muchos años y desarrollarse en diversas etapas en las que se desencadenan una serie de sintomatología que puede llegar al desarrollo de enfermedades cerebrales y cardiovasculares (OMS, 2024).

- Tricomoniasis

Por otro lado, la tricomoniasis es causada por el parásito *Trichomonas vaginalis* y es una ITS curable bastante frecuente a nivel mundial. Según la tasa de prevalencia, la tricomoniasis alcanza un máximo al rededor de los 40 y 50 años. Esta infección es particularmente asintomática en al menos un 50% de las mujeres y un 70-80% en los hombres. (OPS, s.f.)<sup>7</sup>

Por su facilidad de contagio y su cualidad asintomática, es bastante común que las personas se infecten. No obstante, aunque sea una infección curable y su tratamiento sea sencillo, la tricomoniasis también puede provocar complicaciones sobre todo en mujeres embarazadas.

Algunas de las complicaciones durante el parto pueden ser que el bebé nazca de forma prematura, con bajo peso o que la misma madre transmita la infección durante el parto natural. (Mayo Clinic, 2022).

- Herpes simple

La OMS (2023) explica que el virus del herpes simple (VHS) o herpes es una infección que provoca vesículas o úlceras dolorosas y que se propaga por el contacto de piel con piel. Contrario a las infecciones anteriormente mencionadas que pueden ser curadas con antibióticos si se trata a tiempo, el herpes puede únicamente tratarse mas no cursarse. Esta infección tiene dos tipos de virus: el VHS-1 que se propaga por contacto bucal y el VHS-2 que se propaga por contacto sexual. Ambos tipos de virus pueden causar el herpes genital.

---

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/sifilis>

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/tricomoniasis>

- Hepatitis

La OMS (2023) menciona que la hepatitis B es una infección del hígado que se transmite durante el parto, la primera infancia, a través de la sangre u otros líquidos corporales durante las relaciones sexuales. Esta infección puede provocar una enfermedad aguda o crónica y solo en 2019 causó al rededor de 820 000 muertes por cirrosis o carcinoma hepatocelular. La hepatitis B se puede prevenir con una vacuna que se administra después del nacimiento.

Dado al medio de contagio, una persona puede contraer la infección por los fluidos corporales de la pareja infectada incluso a través de la saliva, contrario a otras ITS.

Por otro lado, la hepatitis C es una inflamación del hígado que, al igual que la hepatitis B puede provocar cirrosis y cáncer hepático ante sus gravedad y cronicidad. Se estima que al rededor de 58 millos de personas con esta infección y, según las estadísticas en 2019, cerca de 290 000 fallecieron por las complicaciones. La hepatitis C tiene tratamiento y cura en el cual se emplean medicamentos antivíricos. Su transmisión es a través de la sangre y aunque el riesgo de transmisión sexual es bajo, en el caso de la penetración anal puede haber una mayor exposición. Sin embargo esta no se contagia por la leche materna ni por la saliva (OMS, 2023).

- Virus del papiloma humano

La Organización Panamericana de la Salud (s.f.), describe al Virus del Papiloma Humano (VPH) como un virus que contiene ADN e infecta las mucosas orales y genitales. Este virus tiene más de 240 variedades y 15 de ellas están relacionadas con el cáncer de cuello uterino, de vulva, vagina, ano y orofaríngeo.<sup>8</sup>

A su vez, Centers for Disease Control and Prevention (2023) explica que el VPH se puede contraer al tener sexo vaginal, anal u oral con otra persona que tenga el virus. Debido a que en ocasiones el VPH es asintomático, muchas personas se infectan durante la relación sexual pues a pesar de que el condón ayuda a prevenir la infección, este puede no cubrir todas las áreas importantes que podrían propagar el virus. Los síntomas pueden no presentarse o incluso aparecer años después de tener sexo con alguien infectado, por lo que es difícil delimitar cuándo se contrajo la infección por primera vez.

---

<sup>8</sup> Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Recuperado de: <https://www.paho.org/es/campanas/chile-tu-vida-importa-hazte-pap/que-es-que-consecuencias-trae-virus-papiloma-humano>

- VIH/SIDA

La OMS (s.f.) define al VIH como un virus que provoca una infección, la cual ataca al sistema inmune, por lo que, aquella persona con VIH es más propensa a contraer enfermedades con complicaciones y algunos tipos de cáncer. Este virus puede ser asintomático durante los primeros meses de infección, así como también puede presentar síntomas gripales como lo son la fiebre, cefalea, erupción y anginas. A medida que la enfermedad avanza, los síntomas se van ampliando, incluyendo la inflamación de los ganglios linfáticos, la pérdida de peso, diarrea entre otros.<sup>9</sup>

Tanto el VIH como el SIDA no tiene cura, únicamente un tratamiento que permite el control del virus y una mejor calidad de vida.

De acuerdo con ONUSIDA (2021) en 2021, 38.4 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo y 1.5 millones de personas contrajeron la infección en ese mismo año; mientras que 650.000 personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida.

Aunado a esto, a pesar de que se han hecho esfuerzos por mejorar las condiciones de vida de las personas afectadas por el VIH, este todavía no cuenta con un tratamiento que erradique la enfermedad, únicamente que se controle (Campillay y Monárdez, 2019). Sin embargo, aún existe un fuerte estigma con respecto al VIH/SIDA lo que provoca que las personas afectadas sufran de exclusión y discriminación.

Ya que las ITS son un problema de salud que puede llevar a la muerte de muchos jóvenes que desconozcan tener un diagnóstico, es importante conscientizar la revisión periódica, tanto física como en laboratorios, en el caso de los jóvenes que hayan iniciado su vida sexual y que la mantengan de manera activa.

Los métodos anticonceptivos, si bien ayudan a prevenir embarazos no deseados, también se enfatiza mucho al hablar de ellos la necesidad del uso del condón para disminuir el riesgo de contagio.

---

<sup>9</sup> Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Recuperado de: [https://www.who.int/es/health-topics/hiv-aids#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1)

## CAPÍTULO II: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

### 2.1. ¿QUÉ SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

En actualidad, los métodos anticonceptivos han dejado de ser un tema tabú entre los jóvenes ya que ha habido campañas de conscientización acerca del uso del condón desde hace varios años. Sin embargo, para hablar de estos es necesario empezar a definirlos.

A pesar de que no tenemos datos exactos, podemos suponer que en la prehistoria no existía un control de natalidad, por lo que se le atribuye la aparición de estos con el comienzo de la humanidad (Clavero, 2018).

El Instituto de Salud del Estado de México (2018) define a los métodos anticonceptivos como sustancias, objetos o procedimientos que evitan que la mujer quede embarazada. Permiten tener el control de la natalidad, ayudando a las parejas a decidir si desean o no tener hijos hasta el momento en que estén preparadas para ello.

Los métodos anticonceptivos resultan importantes ya que ayudan a ejercer el derecho a decidir en qué momento una pareja desea procrear y también a llevar una vida sexual saludable, evitando contrar infecciones de transmisión sexual.

Sin embargo, como se mencionó, no tenemos claridad en qué momento se comenzaron a utilizar los métodos anticonceptivos como control de natalidad. Existen algunos registros de los primeros métodos en la historia, sin embargo, no podemos saber con exactitud.

Clavero (2018) menciona a dichos registros de la siguiente manera:

"El documento más antiguo que existe en nuestra historia, donde se menciona explícitamente la existencia de la anticoncepción, es el Papiro de Petri, escrito en Egipto hacia 1.850 a.de c. En él aparecen varias recetas destinadas a este fin; una aconsejando el uso de excremento de cocodrilo con una pasta de hierbas. Otra consistía en irritar la mucosa vaginal con miel y bicarbonato de sosa natural. La primera puede considerarse como un método de barrera para absorber el semen en el esponjoso excremento de cocodrilo y, la segunda, como un espermicida por la acción del bicarbonato." (p. 57).

Además del excremento de cocodrilo y la miel utilizados en el antiguo Egipto, se le atribuye también a Hipócrates el uso de un tubo de plomo para insertar medicamentos en úteros humanos. De igual forma, en el papiro de Ebers, hay una receta que menciona el consumo de

brotos de acacia triturados con miel para la introducción en la vulva con un lienzo empapado de la mezcla como método anticonceptivo de una duración de uno a tres años (Gamboa y Gutiérrez, 2015).

Podemos observar, de acuerdo a Clavero y a Gamboa y Gutiérrez, que desde la antigüedad, los seres humanos hemos buscado métodos naturales que ayuden a evitar la fecundación, sin embargo, con el auge de la religión cristiana, vino una época en donde se condenó la homosexualidad y los anticonceptivos, debido a que el único fin de la sexualidad debía de ser tener hijos luego del matrimonio, mentalidad que aún se mantiene en ciertos lugares en la actualidad.

San Juan Crisóstomo fue el primero en oponerse a los anticonceptivos -anteriormente conocidos como contraceptivos-, siendo apoyado por diversos pensadores cuya opinión influyó fuertemente en la historia. (Clavero, 2018).

Posteriormente, tras la separación de la iglesia del Estado, actualmente existe una mayor accesibilidad hacia los métodos anticonceptivos, los cuales en México son otorgados de manera gratuita en las instituciones de salud pública.

Ante esto, la iglesia no se quedó callada, pues en 1968, el papa Pablo VI publicó el *Humanae Vitae*, subtítulo como “Sobre la regulación de la natalidad”, en donde establece que solo los hombres rectos reflexionan sobre las consecuencias de los métodos anticonceptivos, pues estos son definidos como un camino fácil que propicia la infidelidad en el matrimonio y la degradación de la moralidad, ya que, los seres humanos son débiles por naturaleza, y a estos no se les debe ofrecer un medio fácil para el rompimiento de la ley moral, acabando con el respeto a la mujer. Además de que estos métodos anticonceptivos no deberían de estar bajo la regulación de las autoridades públicas ya que a estas no les preocupa las exigencias morales (Pablo VI, 1968).

Pascual (s.f.) en la página web Catholic.net afirma que el uso de métodos anticonceptivos provocan un desorden que daña el respeto hacia el hombre y la mujer, que hiere la relación de pareja y que obstaculiza la confianza en la providencia, basándose en el *Humanae Vitae*. Este artículo publicado al rededor de 2017 mantiene comentarios de usuarios tanto a favor como en contra.

Se debe mencionar que la elección de los métodos anticonceptivos no es algo que debe tomarse a la ligera; debido a que los métodos anticonceptivos hormonales pueden provocar cambios importantes en el cuerpo y/o salud de quién los utilice, es importante que se acuda con un profesional de la salud para evaluar qué método es mejor para la persona.

En el manual de obstetricia y ginecología el dr. Carvajal y la dra. Barriga (2022) mencionan que:

“Existe una variada gama de métodos anticonceptivos que las parejas pueden usar; no existe uno que sea superior al resto, sino que cada uno tiene sus indicaciones. Nuestro rol como médicos es conocer cada uno de ellos, orientar a las parejas en los beneficios y efectos adversos de cada uno de estos métodos, y permitirles adoptar una decisión sobre su uso” (P.602)

Así pues, la asistencia de los médicos es importante ante dicha decisión, ya que ellos ayudarán a analizar las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

En la revista Forbes (2022) se menciona que para la elección de un método anticonceptivo es necesario tener en cuenta el tiempo que se utilizará el método, ya que algunos tienen indicaciones de no más de 3 años. Considerar enfermedades como diabetes, cardiopatías, antecedentes trombogénicos y cáncer de mama. El precio de los anticonceptivos, pues si bien algunos son gratuitos, como ya se ha mencionado, en los centros de salud pública, también es importante considerar que no todas las personas tienen el acceso a dichos centros. También es importante considerar si se desea o no tener hijos, ya que existen métodos irreversibles que garantizan una efectividad en su totalidad tales como la vasectomía y la ligadura tubárica.

Dichos aspectos a considerar se deberán dialogar con el médico de confianza para poder seleccionar el método más adecuado, al mismo tiempo que se necesita considerar la recepción del cuerpo de la persona que utilizará los métodos, ya que muchas veces el mismo organismo rechaza los métodos anticonceptivos hormonales o provoca efectos adversos que podría ser perjudiciales para la salud y la vida personal.

Sánchez y García (2001), en la revista Anales de pedagogía, mencionan que algunos de los factores que afectan el uso de métodos anticonceptivos tienen que ver con la escasa información, la ausencia de educación en las escuelas, las ideas erróneas sobre anticoncepción como el uso de la marcha atrás en las relaciones sexuales, la falta de supervisión, sentimiento de urgencia, asumir riesgos y baja percepción de estos, entre otros.

Con esto concluyendo que los métodos anticonceptivos son aquellos que ayudan al hombre como a la mujer a limitar la reproducción de manera permanente o temporal, de igual manera ayuda a prevenir infecciones de transmisión sexual, existiendo diferentes tipos dependiendo su uso. Aunque existe una amplia información acerca de los métodos anticonceptivos que actualmente existen, todavía hay personas que utilizan métodos anticonceptivos naturales como si fueran bastante eficaces, cuando existen varias opiniones que desmitifican esto, entre ellos está la abstinencia, la interrupción del coito o la marcha atrás, la ducha vaginal y el método del calendario. Por ello, es importante mencionar qué tipos de anticonceptivos existen, su forma de uso y su eficacia para que las personas puedan tomar una decisión informada basada en la evidencia.

## **2.2. TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Si bien existen diferentes tipos de métodos anticonceptivos, no se pueden considerar unos mejores que otros dado que cada uno tiene diferentes indicaciones y no a todos les funciona el mismo. Debido a esto hay que tomar en cuenta que cada método tiene ventajas y desventajas, efectos secundarios, efectividad, entre otras características.

En el boletín informativo de la UNAM (2021) se menciona lo siguiente: “Entre quienes iniciaron su vida sexual, la mayoría (97 por ciento) conoce al menos un método anticonceptivo; sin embargo, más de la mitad no utilizó ninguno en su primera relación sexual”.

Anteriormente hemos mencionado las investigaciones que se han realizado en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, los conocimientos de estos y la edad de la primera relación sexual. Se ha observado que la mayoría de las personas conocen el condón masculino, sin embargo, aunque es el único que evita las ITS, es importante saber también las diferentes clasificaciones y la efectividad de los demás métodos para poder utilizar aquel que se adecue mejor a las circunstancias de cada persona.

### **2.2.1. Métodos anticonceptivos de barrera**

Los métodos anticonceptivos de barrera, son aquellos que, como su nombre lo dice, proporciona una barrera que evita el contacto directo entre el pene y la vagina. Casey (2020) describe que “Los anticonceptivos de barrera impiden la entrada de los espermatozoides en el

útero de la mujer. Pertenecen a este grupo el preservativo o condón, el diafragma, el capuchón cervical y la esponja anticonceptiva. Algunos preservativos contienen espermicidas. Estas sustancias deben usarse conjuntamente con los preservativos y con otros tipos de anticonceptivos de barrera que no los contengan”.

Es decir, los métodos anticonceptivos de barrera son aquellos que evitan que el espermia viaje hasta el útero, sin embargo, de todos estos métodos el único que previene las ITS es el condón ya que tanto en el diafragma como en el dispositivo intrauterino, los genitales siguen estando expuestos.

- Preservativo masculino

El preservativo o condón masculino es una funda de látex, poliretano, caucho de silicona o intestino de cordero que cubre el pene en su totalidad. Este reduce de manera eficaz las infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH al proteger el contacto de los genitales. Además de esto, los condones también protegen contra el virus del papiloma humano al reducir el riesgo de lesiones cervicales precancerosas. La tasa de embarazo al año con el uso del condón masculino es de un 2% con un uso perfecto y un 18% con un uso típico (Casey, 2022).

Al ser el único método anticonceptivo junto con el condón femenino que previene las ITS, es importante utilizarlo en caso de que se tenga más de una pareja sexual, e incluso se recomienda usarlo teniendo una pareja estable.

Bottini de Rey (2019) define al condón como una funda de latex que deberá colocarse al inicio de la erección, de manera que, después de la eyaculación, el semen queda depositado en el preservativo y no toma contacto con la mucosa de la vagina. Este tiene una efectividad del 95% en un uso correcto y constante.

Es el método anticonceptivo más conocido y más utilizado por su efectividad y su accesibilidad, además de que es de los más fáciles de utilizar pues su colocación es rápida y sencilla.

Al usar el condón es importante abrir la envoltura con cuidado utilizando únicamente la yema de los dedos. Posteriormente, se coloca el condón en la cabeza del pene erecto y se saca el aire de la punta del condón. Luego, se desenrolla hasta la base del pene. Al finalizar la relación sexual, se debe retirar el condón con cuidado y se deberá depositar en el bote de la basura. Para

su uso correcto es necesario también no guardarlos en la billetera, ya que el calor y la fricción los puede dañar; utilizar únicamente los condones de látex o poliuretano y junto con estos usar únicamente lubricantes a base de agua o silicona par evitar que se rompa. También se debe de cerciorar antes de su uso que el condón no tenga defectos, roturas o que haya pasado la fecha de vencimiento, y estos se deben guardar en un lugar fresco y seco. (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

- Preservativo femenino

Al igual que el preservativo masculino el condón femenino está hecho de poliuretano. Tiene una forma elongada, como una bolsa con un anillo interior y uno exterior. El primero, se inserta en la vagina con cuidado y el exterior permanece afuera. Se recomienda que el condón no se coloque más de 8 horas antes de la relación sexual y al momento de la penetración, el pene deberá ser guiado a través del anillo externo, de manera que el semen sea depositado en la bolsa y los espermatozoides no puedan viajar hacia el útero. Según las estadísticas, solo el 5% de las mujeres se embarazan al año con un uso perfecto, y un 21% con un uso típico (Casey, 2022).

Por otro lado, Bottini de Rey (2019) menciona que el condón femenino tiene una efectividad del 95% en su uso correcto y sostenido, concordando con las estadísticas de Casey.

Con lo anteriormente mencionado se observa que al igual que su contraparte masculina, el condón femenino tiene una efectividad bastante alta y una de las ventajas es que este se puede colocar con horas de anticipación a diferencia del condón masculino. Sin embargo, este no es tan popular e incluso es más caro en su compra en farmacias.

De igual forma, su método de colocación podría resultar difícil gracias a los estigmas entre las mujeres respecto a su propio cuerpo, ya que aún hay cierta resistencia a la autoexploración y el introducir por primera vez el condón femenino podría provocar temor e incertidumbre.

- Diafragma

El diafragma, similar al condón femenino tiene un anillo que se encaja en el cuello uterino, sin embargo, este en lugar de ser una bolsa tiene una cúpula. Están hechos convencionalmente de látex y en diferentes tamaños dependiendo de la anatomía de la persona que lo utilice, por lo que un médico especialista deberá colocarlo según sea adecuado para que su uso sea cómodo.

Debido a que debe de ir amoldado a la anatomía del usuario, en caso de algún parto o cambio significativo de peso, el diafragma convencional deberá reajustarse. La tasa de embarazo en el primer año son del 6% con el uso perfecto, y el 12% con un uso típico. Debido a esto, se utiliza en conjunto con un espermicida para proporcionar una barrera efectiva contra los espermatozoides (Casey, 2022).

A su vez, Bottini de Rey (2019) explica que el diafragma es un anillo cubierto de latex que previene el ascenso del esperma al cubrir el cuello uterino. Este, usado junto con un espermicida, aumenta su eficacia del 80 al 90%.

Como se puede observar, el diafragma mantiene un porcentaje considerable de embarazos aún en su uso constante. Aunque las estadísticas de ambos autores varían alrededor de un 10%, es importante notar que no es el método más eficaz contrario a otros métodos tanto de barrera como hormonales.

La elección de este método dependerá de las circunstancias de cada persona, a su vez, considerando otros métodos anticonceptivos como complemento para una mayor eficacia.

- Dispositivo Intrauterino (DIU)

Según el IMSS (s.f.), el dispositivo intrauterino de cobre (DIU) es un método anticonceptivo elaborado de plástico en forma de T, rodeado de cobre, que impide el paso de los espermatozoides.<sup>10</sup>

El DIU se conoció gracias a Hipócrates, ya que este descubrió que la introducción de un cuerpo extraño en el útero de las camellas las dejaba estériles. Sin embargo, este fue utilizado en la mujer hasta que Richard Richter, quien creó un dispositivo en forma de anillo, hecho de seda en 1909 lo aplicó por primera vez. (Clavero, 2018).

Como se ha observado en los capítulos anteriores, el DIU es uno de los métodos más conocidos en conjunto con las pastillas, los preservativos y las inyecciones.

---

<sup>10</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f). Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/diu-cobre>

Es importante aclarar que el DIU es un método anticonceptivo tanto hormonal como de barrera. El tipo de anticonceptivo que sea dependerá de la marca de dicho dispositivo. El DIU de cobre Paragard no contiene hormonas, sin embargo, los DIUs Mirena, Kyleena, Liletta y Skylla utilizan la hormona progestina. (Planned Parenthood, s.f.)<sup>11</sup>

El porcentaje de efectividad del DIU, si se aplica correctamente, es mayor al 98% (IMSS, s.f.)<sup>12</sup>

De acuerdo con las estadísticas mencionadas, el DIU, por su porcentaje de efectividad alto, es uno de los más populares entre las mujeres que acuden a planificación familiar.

- Espermicidas

Es un método menos conocido que los anteriormente mencionados debido a su baja efectividad y dado que no es mencionado en las pláticas de salud sexual.

Díaz y Schiappacasse (2017) definen a los espermicidas como químicos en formas de jaleas, cremas, espumas y ovulos que se aplican en la vagina para inmovilizar y matar a los espermias. Sin embargo, este método anticonceptivo es el menos efectivo en su uso individual. Según las estadísticas, alrededor de 18 de cada 100 mujeres se embarazan durante un año de uso, mas en el uso habitual, después del año las cifras se elevan a 29 mujeres. Por su poca efectividad es más común que sean utilizados en conjunto con el diafragma.

Es considerado un método de barrera ya que el gel forma una barrera protectora ante la entrada de los espermias al útero y este no contiene hormonas. Usualmente se usa en conjunto con otros métodos anticonceptivos.

## **2.2.2. Métodos anticonceptivos hormonales**

Carvajal y Barriga (2019) explican que la anticoncepción hormonal (también conocida como anticoncepción sistémica) es el método más efectivo y por tanto, globalmente usado. Este funciona a través de la aplicación de las principales hormonas ováricas: el estrógeno y la progesterona.

---

<sup>11</sup> Planned Parenthood (s.f). Recuperado de: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/dispositivo-intrauterino-diu>

<sup>12</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f). Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/diu-cobre>

Las hormonas son secretadas y absorbidas por el cuerpo de la persona que los utilice, evitando la ovulación y por tanto el embarazo, sin embargo, estas no previenen las infecciones de transmisión sexual puesto que los genitales se encuentran desprotegidos, por lo que es recomendable utilizarlos junto con algún método de barrera.

Es importante considerar que, al utilizar hormonas para impedir el ciclo menstrual pueden haber efectos secundarios que afecten a la salud, por lo que estos métodos son los que más deben ser considerados y evaluados por los profesionales de la salud sexual.

Entre los métodos hormonales se encuentran la píldora combinada y la mini píldora, anillo vaginal, implantes subdérmicos, inyectables y el parche transdérmico.

- Métodos orales

Los métodos anticonceptivos hormonales orales, son aquellos que para su consumo están dosificados en píldoras que su ingesta dependerá del tipo de píldora a utilizar.

Entre las ventajas de los anticonceptivos orales es que reducen la aparición de cólicos menstruales, trastorno disfórico premenstrual, sangrado uterino anormal, anemia ferropénica, trastornos mamarios no cancerosos, quistes ováricos, infecciones en las trompas de Falopio, cáncer de útero y cáncer de los ovarios. En estos dos últimos, el efecto permanece durante por lo menos 20 años después de haber dejado de tomar los anticonceptivos. Por otro lado, como desventajas podemos encontrar efectos secundarios como sangrados entre periodos los primeros meses, hemorragias periovulatorias que es un sangrado que se produce entre períodos cuando las mujeres toman la píldora. También pueden provocar náuseas, distensión abdominal, retención de líquidos, hipertensión arterial, dolor en las mamas, migrañas, acné y alteraciones del apetito y del estado del ánimo, entre otros (Casey, 2020).

### **Píldora combinada**

La diferencia entre la píldora combinada, con la minipíldora que mencionaremos posteriormente, es la composición de hormonas en cada una.

La píldora combinada es una pastilla compuesta por las hormonas estrógeno y gestágeno, la cuales inhiben la ovulación y diferenciación, así como la maduración del folículo dominante (AEPCC, 2018, p.16).

Dado a su proceso hormonal, en el cuál se inhibe la ovulación, tiene una efectividad bastante alta, evitando el proceso de fecundación del óvulo. Sin un óvulo fértil que pueda recibir a los espermatozoides, es poco probable que se pueda dar la gestación.

Se estima que la eficacia de la píldora combinada preescrita de la manera adecuada es muy alta. Según las estadísticas, cuando se consume de manera constante y sin errores, existe menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias en el primer año de tratamiento. Sin embargo, Esta está condicionada por fallas de la usuaria en la indicación o consumo del anticonceptivo. Se ha encontrado que, en personas que utilizan este método, el 42.2% de los embarazos no planeados se asociaron al consumo irregular de la píldora (Vásquez y Ospino, 2020).

Sin embargo, es importante que las usuarias consuman de manera estricta y regulada según su prescripción, pues de lo contrario, la efectividad puede bajar.

### **Minipíldora**

Contrario a la píldora combinada, la minipíldora contiene una única hormona llamada progesterona, la cual actúa volviendo el moco cervical más espeso, de manera que los espermatozoides no puedan ascender al útero, evitando la fecundación. A su vez, afecta el transporte de los óvulos a través de las trompas de falopio. Tiene un porcentaje de efectividad variable entre el 87% y el 99.7% por lo que no es tan confiable como la píldora regular (Coccio, s.f.).

Dado a los componentes de la minipíldora, en el uso de este método anticonceptivo sí se produce la ovulación en contraposición al proceso de la píldora combinada, sin embargo, en lugar de la ausencia de un óvulo fértil, en este caso, los espermatozoides no alcanzan a ascender para poder fecundarlo.

Para garantizar su efectividad es necesario que se tome por dos días de manera correcta, mas su eficacia requiere de una administración constante. Sus estadísticas de embarazo es de menos de 1 de cada 100 personas, mas en su uso habitual hay cerca de 0 embarazos de cada 100 que lo utilizan durante un año (Ministerio de salud, 2019).

- Anillo vaginal

Otro método anticonceptivo hormonal menos conocido es el anillo vaginal, el cual, como su nombre lo indica, es un anillo que contiene hormonas y estas se liberan progresivamente por un periodo de tiempo para prevenir los embarazos.

El anillo vaginal es un dispositivo circular flexible y transparente, hecho de plástico y de unos 5 centímetros de ancho que se inserta en la vagina. Este libera las hormonas estrógeno y progesterona que se liberan durante tres semanas, de manera que suprime la ovulación para evitar que los ovarios liberen un óvulo y este pueda ser fecundado por los espermatozoides. Después de las tres semanas de uso, este es necesario retirarse para que se de la menstruación y una semana después se coloca un nuevo anillo para el siguiente ciclo. Según las estadísticas, 1 de cada 100 mujeres queda embarazada en su uso correcto. (Johansson, 2022).

Ya que, al igual que la píldora combinada, el anillo vaginal contiene estrógeno, este evita la ovulación de manera que los espermatozoides no tengan manera de fecundar los óvulos. Sin embargo, por su composición no protege contra infecciones de transmisión dado que los genitales quedan expuestos. Así como en el resto de métodos anticonceptivos, ante el uso del anillo vaginal es importante utilizar el condón masculino o femenino que eviten las infecciones de transmisión sexual.

- Implantes subdérmicos

Este método anticonceptivo un poco más conocido que el anillo vaginal es bastante popular debido a su efectividad y el tiempo de duración antes de su cambio.

De acuerdo con el IMSS (s.f.) el implante subdérmico es una varilla flexible que se aplica de forma subdérmica, en la cara interna del brazo que libera una hormona derivada de la progesterona, la cual evita la ovulación y hace más espeso el moco del cuello del útero. Tiene una eficacia alta desde las primeras 24 horas después de su aplicación con un porcentaje de efectividad mayor al 99.5%.<sup>13</sup>

Asimismo, una característica atractiva entre sus usuarios es el hecho de que tenga una alta eficacia desde las primeras 24 horas de su aplicación como lo menciona el IMSS.

---

<sup>13</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f). Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/implante-subdermico#:~:text=Es%20un%20anticonceptivo%20temporal%20altamente,efectividad%20es%20mayor%20al%2099.5%25>.

Por otro lado, el Ministerio de salud (2019) menciona que su eficacia es alta durante el lapso de 3 a 7 años según el tipo de implante que se haya obtenido. Mas este método no ofrece ningún tipo de protección contra alguna ITS o VIH.

- Inyectables

Los métodos anticonceptivos inyectables, como su nombre lo mencionan, es una inyección combinada de las hormonas estrógenos y prostágenos o solamente prostágenos puros. La fórmula dependerá del esquema de aplicación, por lo que para una aplicación mensual se utiliza la combinación de estrógenos y prostágenos, y para una aplicación trimestral se utilizan los prostágenos puros (Carvajal y Barriga, 2019).

Este método puede ser usado por cualquier mujer sana que desee espacia o evitar sus embarazos, mas debe haber sido aconsejada previamente por un médico de la salud sexual. En el caso de las inyecciones trimensuales, que como se mencionó anteriormente, son aquellas que sólo contienen progestina, es recomendada únicamente en mayores de 18 años. Las inyecciones anticonceptivas que contienen hormonas combinadas pueden ser usadas por toda mujer sana que desea evitar o espaciar sus embarazos, y que haya recibido consejería previamente. Las inyecciones hormonales que contienen sólo progestina, las de aplicación trimestral, se recomiendan en mujeres mayores de 18 años. Ambos tipos de inyecciones, tanto mensuales como trimestrales tienen una efectividad alta, con eficacia mayor al 99%, sin embargo, como reacciones secundarias pueden presentarse dolor de cabeza, náuseas o mareos, cambios en la menstruación y manchas en la piel que disminuirán gradualmente. (IMSS, s.f.)<sup>14</sup>

A pesar de su alta eficacia, es posible que un factor a considerar al usar este método anticonceptivo sea la misma inyección.

A su vez, Díaz y Schiappacasse (2017) mencionan que la tasa de embarazos al año es de 1 en cada 1000 mujeres que usan la inyección de manera correcta. Con el uso habitual, el 3% de las mujeres pueden embarazarse en el primer año de uso.

---

<sup>14</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f). Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/hormonal-inyectable#:~:text=Los%20anticonceptivos%20hormonales%20inyectables%20de,efectividad%20es%20mayor%20al%2099%25>.

- Parche transdérmico

Es un pequeño adhesivo cuadrado del color de la piel que se pega ya sea en el abdomen, las nalgas, la parte superior del torso o del brazo. Este contiene una combinación de estrógeno y progesterona que se libera poco a poco y que ingresan a través de la piel, inhibiendo la ovulación y aumentando la densidad del moco cervical. El parche transdérmico se debe cambiar cada semana por tres semana, y a la cuarta no se usa para poder producir la menstruación. Tiene una efectividad alta con excepción a las mujeres que pesan 90 kilos o más. En este caso, el porcentaje de efectividad disminuye al 94% (Coccio, s.f.).

Por su facilidad de uso, el parche anticonceptivo o parche transdérmico más mujeres podrían preferir este método, sin embargo, al igual que todos los métodos anticonceptivos hormonales, no solo es importante considerar una protección contra las ITS sino que además se deberá mantener cierta rigurosidad en su aplicación, pues de lo contrario su efectividad puede disminuir.

Casey (2020) menciona que "Los parches cutáneos y los anillos vaginales contienen estrógenos y una progestina. Se deben utilizar durante 3 semanas y, después, se dejan de usar durante 1 semana para que acontezca la menstruación. Si la mujer no comienza a usar el parche o el anillo durante los 5 primeros días después de su periodo menstrual, debe emplear un método anticonceptivo de respaldo durante la primera semana de uso del parche o del anillo".

En esta comparación, la elección del método anticonceptivo se basará mayormente en la comodidad de la usuaria. Con un alto porcentaje de efectividad, muchas mujeres escogen el parche transdérmico ya que su aplicación es sencilla.

Según el IMSS (s.f.), el parche transdérmico es altamente eficaz incluso a partir de las 24 horas de su aplicación, con un porcentaje de efectividad del 99%.<sup>15</sup>

A pesar de las diversas ventajas que, aunque poco frecuente tiene como efecto secundario manchado o sangrado entre menstruaciones. Dicho sangrado puede volverse más frecuente tanto más tiempo se emplee (Casey, 2020).

---

<sup>15</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f). Recuperado de:<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/parche-anticonceptivo>

### 2.2.3. Métodos anticonceptivos irreversibles

A pesar de ser el tipo de métodos más efectivos entre todos los anteriormente mencionados, los métodos anticonceptivos irreversibles aún causan incertidumbre entre las personas. Ya sea por el miedo a que posteriormente deseen procrear o tener más hijos, tanto como por posibles efectos secundarios, las personas aún mantienen estigmas acerca de estos métodos.

Los métodos anticonceptivos irreversibles, al igual que los métodos hormonales son de los métodos más efectivos dado su cualidad de irreversibilidad. Son usados en aquellos casos en los que tanto el hombre como la mujer están seguros de que no desean tener más hijos. Estos métodos engloban la esterilización quirúrgica femenina y masculina, y tiene un índice de Pearl de 0.5 en el primer año post cirugía (Carvajal y Barriga, 2019).

Estos métodos son procesos quirúrgicos que por lo general no requieren de mayores cuidados post operatorios. En el caso de la ligadura se deberá desinfectar el área y comúnmente, mientras que en ambas operaciones se recomienda no tener relaciones sexuales durante un periodo el cuál especificará el médico, tanto más cuanto que en el caso de la vasectomía, podrían quedar residuos de espermatozoides vivos que deberán ser desechados para lograr una efectividad del 100%.

- Ligadura tubárica.

También conocida como ligadura de trompas o esterilización femenina es el método irreversible que se realiza en mujeres. Existen dos procedimientos para la ligadura de los cuales indicará también su nivel de irreversibilidad. Ya sea se corten y suturen las trompas o que simplemente se atan. Sin embargo, y dado a las características de los métodos anticonceptivo irreversibles, es importante notar que en el caso del procedimiento donde únicamente se atan, este puede retirarse en el caso de las mujeres que deseen un embarazo.

El método de esterilización femenina, ligadura tubárica u obstrucción tubaria bilateral (OTB) es una técnica quirúrgica compleja en el que se ingresa a la cavidad abdominal para cortar y ligar las trompas. Dado la complejidad de la intervención es necesario el uso de anestesia mayor (Carvajal y Barriga. 2022).

No es precisamente una técnica reciente pues su implementación data desde finales del siglo XIX. Sin embargo, esta técnica no es tan popular como lo podrían ser otros métodos.

Clavero (2018) afirma que:

"Las técnicas quirúrgicas aplicadas a la mujer, como lo es la ligadura tubárica, se comenzaron a indicar a finales del siglo XIX, generalmente como complemento de la cesárea. Su auge se produjo en la década de los 60 del siglo pasado, al ser solicitada por las numerosas mujeres que no deseaban tener más hijos. Se accedía a las trompas por vía abdominal, cesáreas o minilaparotomías, o a través de la vagina por colpotomías, hasta que la laparoscopia prácticamente ha desplazado a ambas vías." (p. 59).

De acuerdo con el IMSS este es un método altamente efectivo y tiene una efectividad mayor al 99% cuyas ventajas es que no produce como efectos adversos alteraciones en el carácter, aumento de peso, menopausia prematura o disminución del deseo sexual. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que no ofrece protección contra infecciones de transmisión sexual. (IMSS, s.f.)<sup>16</sup>

Este método no tiene ningún requerimiento de edad y a su vez es muy poco común que se presenten problemas graves después del procedimiento, sin embargo, como todos los procedimientos quirúrgicos esto no es descartable. (Planned Parenthood, s.f.)<sup>17</sup>

- Vasectomía

Por otro lado, la esterilización masculina es llamada vasectomía y es, junto con el preservativo masculino, el único método anticonceptivo para los hombres.

El método de esterilización masculina o vasectomía es una oclusión de los conductos deferentes a nivel del conducto espermático. Esto bloquea la vía de salida de los espermatozoides en la eyaculación y comúnmente es una cirugía ambulatoria (Carvajal y Barriga. 2022).

Como mencionan los doctores Carvajal y Barriga, la vasctomía es una intervención quirúrgica de tipo ambulatoria, lo cual constituye una opción de muy bajo riesgo. Es incluso más sencilla que la intervención de la ligadura tubárica y tiene alrededor del mismo tiempo de que esta fue aplicada por primera vez.

---

<sup>16</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f). Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral>

<sup>17</sup> Planned Parenthood. (s.f.). Recuperado de: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/esterilizacion-ligadura-de-trompas/que-tan-segura-es-la-ligadura-de-trompas>

La vasectomía se le atribuye a John Hunter quien realizó por primera vez dicha cirugía en 1777, sin embargo, fue hasta la década de los 60 del siglo pasado que se volvió un método recurrente (Clavero, 2018).

Es uno de los métodos más efectivos y sin efectos secundarios que existen en la actualidad. Sin embargo, aún existen muchas dudas por parte de la población masculina respecto a este método anticonceptivo.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019):

“La vasectomía no es totalmente efectiva hasta 3 meses después del procedimiento. A lo largo del primer año se producen algunos embarazos porque la pareja (el hombre, la mujer o ambos) no ha usado preservativos u otro método anticonceptivo efectivo de forma sistemática y correcta en los primeros 3 meses después de la intervención, antes de que la vasectomía sea plenamente efectiva” (p. 232)

#### **2.2.4. Prácticas con baja eficacia**

Muchas de las prácticas que a continuación describiremos son consideradas como métodos anticonceptivos naturales, lo cual quiere decir que no se utiliza ningún tipo de hormona o medicamento, sino que son métodos que se pueden llevar a cabo al momento del acto sexual.

Por esta razón, su efectividad es bastante baja o puede ser irregular ya que se ven involucrados los ciclos hormonales de las mujeres, su nivel de fertilidad, entre otros aspectos.

En el manual de obstetricia y ginecología, Carvajal y Barriga (2022) describen a los métodos naturales como métodos que no utilizan fármacos o dispositivos y que son una alternativa para aquellas parejas que desean limitar o posponer el embarazo. De igual manera hacen mención que este tipo de métodos pueden ser usados en cualquiera de las etapas de la vida reproductiva de la mujer como la lactancia, ya que durante este periodo la mujer produce la hormona prolactina, la cual inhibe la ovulación y por tanto no se puede dar la fecundación.

Dada su baja eficacia y su impredecibilidad, estos métodos no son tan recomendados, pues no solo hay un amplio riesgo del embarazo, sino que están basados en mitos y falacias acerca del acto sexual.

- Interrupción del coito

La interrupción del coito, como su nombre lo menciona es cuando, durante el acto sexual, el hombre eyacula por fuera de la vagina, de manera en que los espermias no sean depositados y por tanto no se de la fecundación.

Planned parenthood (s.f) describe al coito interrumpido o eyaculación por fuera de la vagina como una práctica sin hormonas y gratuita que previene los embarazos sin la necesidad de ir al doctor o a la farmacia.<sup>18</sup>

Sin embargo, es importante resaltar la poca eficacia del método debido a lo que se conoce como el líquido preseminal, pues este en ocasiones puede contener espermias que funcionen para la fecundación.

Pike (2020) explica que existe la posibilidad de que el líquido preeyaculatorio entre en contacto con los espermias y aunque la cantidad de estos sean bajas, la posibilidad de embarazo sigue existiendo. Por tanto la marcha atrás no se considera un método eficaz, ya que de cada 100 personas que utilizan la marcha atrás como único método, de 20 a 27 quedarán embarazadas en el plazo de un año. Además de que es un método difícil de usar a la perfección ya que en ocasiones podrían no lograr retirar el pene a tiempo.

Dicho método se ha utilizado con el desconocimiento de lo anteriormente mencionado y aunado a esto, otro factor a considerar es que no siempre se puede controlar el momento de la eyaculación, pues se tiene que ser bastante precisos para que no penetren los espermias.

- Ducha vaginal

La ducha vaginal es un proceso en el cuál se utiliza una solución específica para lavar la cavidad vaginal después del coito de manera que no queden residuos de espermatozoides.

Chávez et al. (2009) mencionan que las duchas vaginales son un lavado interno de la vagina con un irrigador con agua o con una solución con medicamentos, vinagre, bicarbonato de sodio entre otros. Sin embargo esta práctica no es tan recomendable, ya que según el estudio que realizaron en mujeres peruanas de 15 a 37 años sexualmente activas, el 20.1% mostró tener

---

<sup>18</sup> Planned Parenthood (s.f). Recuperado de: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/eyaculacion-fuera-de-la-vagina-coitus-interruptus/cuales-son-los-beneficios-de-retirar-el-pene-antes-de-eyacular>

una mayor propensión a adquirir vaginosis bacteriana aunado a otros factores de riesgo, tales como tener dos o más parejas sexuales y la edad joven en la primera relación sexual.

Por otro lado, en el estudio realizado por Alemán et al. (2010) a mujeres cubanas de 17 a 74 años concluyeron que la vaginosis bacteriana se presentó con mayor frecuencia en las mujeres, con una prevalencia de 36%.

Según lo anteriormente mencionado, es posible notar una prevalencia de infecciones tras el uso de la ducha vaginal. Esto podría deberse ya que la vagina tiene un ph que regula la limpieza de la misma y que, al usar productos para un lavado podría alterar el ph adecuado.

Women's Health (2015) explica que los médicos no recomiendan las duchas vaginales ya que altera el equilibrio de la flora vaginal así como su acidez, pues la vagina requiere de bacterias benignas y nocivas que protegen de infecciones e irritaciones. Al mismo tiempo, no previenen las ITS, que por el contrario, podrían proliferar al no tener la capa de protección de las bacterias benignas, y de igual manera no previene el embarazo.

- Método del calendario

Es un método que podría ser útil para las mujeres cuyo ciclo menstrual es altamente regular debido a que se basa en mantener relaciones únicamente durante los días de menor fertilidad.

Según Ramírez (2021), el método del calendario, también conocido como Ogino y de Knaus, se basa en identificar los días fértiles en función a la ovulación. Esto quiere decir que se mantiene un calendario de los ciclos menstruales para identificar la época de mayor fertilidad, sin embargo, al basarse únicamente en el ciclo menstrual, resulta poco fiable y poco recomendable ya que existe una amplia variabilidad del ciclo en las mujeres.

No solo puede resultar algo impreciso identificar los días fértiles en el ciclo regular de la mujer, sino que existen condiciones hormonales en las que dicho ciclo se altera, convirtiéndose en irregular por lo que resulta aún más complicado poder identificar el proceso de ovulación. Además, existen otros factores que podrían alterar el ciclo menstrual como lo son el estrés.

La estadísticas de embarazo a lo largo de un año son de 24 parejas de cada 100 que usan exclusivamente este método como planificación familiar, por lo que resulta poco fiable.

Aunado a que las mujeres pueden concebir desde 5 o 6 días antes de ovular y que los ciclos pueden volverse irregulares. (Gordon, 2022)

- Abstinencia

Si bien hay parejas que deciden practicar la abstinencia sexual, es importante considerarla una expresión comportamental de la sexualidad en lugar de un método anticonceptivo ya que el sexo no se limita únicamente a la penetración vaginal

Como se ha mencionado antes, los métodos anticonceptivos son aquellos que se puedan utilizar durante o después de la relación sexual, por lo que no solo es equívoco considerar a la abstinencia como tal, sino que a su vez, perpetúa la heteronormatividad del acto sexual.

Planned Parenthood (s.f.) lo describe de la siguiente manera: “Abstinencia quiere decir no tener sexo. El sexo sin penetración vaginal es cuando tienes otras actividades sexuales diferente al sexo vaginal.”<sup>19</sup>

Mas la abstinencia, es un término que tuvo mucha popularidad con la religión cristiana. De acuerdo con el capítulo anterior, se explicó que en la antigüedad la sexualidad y la fertilidad eran cuestiones sagradas que incluso tenían a sus propios dioses para ofender.

Ya que la cultura es y ha sido por mucho tiempo un factor crucial en la sexualidad y en la concepción, cabe profundizar sobre el impacto de la misma en las personas, quienes obtendrán de esta cimientos para las actitudes que tendrán respecto a la sexualidad.

---

<sup>19</sup> Planned Parenthood. (s.f). Recuperado de: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/abstinencia-y-sexo-sin-penetracion-vaginal>

# CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

## 3.1. ENFOQUE Y MÉTODO

La presente investigación se realizará desde el enfoque cuantitativo con un diseño correlacional transeccional, ya que se busca aproximaciones sobre el conocimiento que tienen los estudiantes universitarios en la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales en relación a la cantidad de jóvenes que usan métodos anticonceptivos, en el ciclo escolar agosto-diciembre del 2022.

Hernández et al. (2010) definen a la investigación cuantitativa como un tipo de investigación que “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”. (p. 4).

El alcance de la investigación es correlacional debido a que nos interesa identificar el nivel de conocimientos de salud sexual en los jóvenes y cómo esto ha influido en el uso de métodos anticonceptivos en su vida sexual. “La investigación correlacional nos servirá debido a que tiene como finalidad conocer la relación o asociación que existe entre variables o conceptos” (Hernández et al., 2010).

A través de una correlación directa se espera obtener que ante un mayor nivel de conocimientos de salud sexual haya un mayor uso de métodos anticonceptivos y mejores actitudes.

Según Hernández et al. (2010):

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. (p. 151).

Esto hace a la investigación transeccional ideal para este proyecto pues se pretende que la recolección de datos se lleve a cabo en una sola ocasión con los estudiantes de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, campus Ciudad Universitaria.

Así mismo, el presente trabajo está sustentado principalmente en la teoría de McCary, ya que explica la importancia de la educación sexual desde una edad temprana a partir del inicio de la

vida escolar del niño. McCary et al. (1996) explicaba que los conocimientos de la sexualidad no son innatos, sino que se deben aprender los tres aspectos básicos: el biológico, el psicológico y el social. Sin embargo, al tomarse de fuentes poco confiables, el aprendizaje puede verse afectado produciendo confusión, ignorancia y sentimientos de culpa. El resultado de esto se ve reflejado en las actitudes y las prácticas de los jóvenes conforme van desarrollándose.

Para evitar esto, es necesario tener una actitud abierta, comprensiva y sensitiva a fin de superar los prejuicios sobre la sexualidad humana, ya que la educación actual refleja pensamientos antiguos que influyen en la enseñanza de los conceptos.

No solo en la educación básica, sino también encontramos a psicólogos clínicos y trabajadores sociales con poca información que puedan ofrecer a los jóvenes sobre sexualidad, por lo que se ve necesaria la implementación de materiales didácticos actualizados y con auténtica precisión para la elaboración de los programas de educación sexual. A su vez, es necesario que esta se implemente a una edad más temprana dado que desde edades tales como los 10 y los 14 años un porcentaje considerable ya sabe acerca de temas como el embarazo, el coito, la masturbación y la prostitución, mientras que los aspectos de mayor ignorancia se refieren a la anticoncepción e ITS (McCary et al. 1996).

Actualmente se han realizado varios estudios sobre los conocimientos de salud sexual en América Latina, así como las prácticas y las actitudes alrededor de la sexualidad con diversos instrumentos elaborados específicamente para su medición. Varias universidades se han tomado la tarea de desarrollar dichos instrumentos que permitan no solo evaluar una dimensión, en este caso los conocimientos, sino que se pueda investigar de manera amplia diversos aspectos que influyen sobre los jóvenes.

## **3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

La principal técnica que se usará para la realización de dicho trabajo es la propuesta de una escala psicométrica de Rodrigo Vargas Ruiz pues cuenta con las características necesarias para llegar a los objetivos que se esperan obtener de dicho proyecto.

Esta escala llamada Conocimientos, actitudes y prácticas en la salud sexual y la salud reproductiva: propuesta de una escala psicométrica, creada por Rodrigo Vargas Ruiz en 2007,

se elaboró a través de cuatro escalas que pretenden medir conocimientos, actitudes y prácticas en la salud sexual y reproductiva.

La escala inicial se conformó por 288 ítems divididos en cuatro dimensiones (salud sexual, salud reproductiva, VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual y uso del condón) y cada dimensión en tres categorías (conocimientos, actitudes y prácticas). Quedando compuesta con 128 ítems agrupados en las tres categorías y las cuatro dimensiones propuestas.

Se acudió al uso de diversas degradaciones de respuestas tipo Likert, dependiendo de lo que se estaba midiendo, siendo los siguientes:

- 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.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La unidad de análisis de este estudio consiste en jóvenes adultos universitarios de cualquier edad, mientras que la población se delimitó a los alumnos pertenecientes de la facultad Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas en el campus Ciudad Universitaria en Tuxtla Gutiérrez, habiendo un total de 4,422 matriculados (Solórzano, 2023). Según el informe de gestión universitaria de la UNICACH. De dichos matriculados en el curso agosto-diciembre 2022 hubo un total de 1033 alumnos matriculados de primer a noveno semestre en la carrera de Psicología y 173 alumnos matriculados de primer a octavo semestre en la carrera de Desarrollo Humano, siendo un total de 1,206 alumnos matriculados en la facultad.

Para nuestra población consideramos a todos los alumnos de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, siendo un total de 1,206. Sin embargo, por cuestiones de disponibilidad de tiempo de los alumnos así como su disposición de participación, seleccionamos a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia a una muestra conformada por un total de 192 alumnos de la carrera de Psicología y 111 de Desarrollo Humano. Los participantes se

escogieron al momento de la aplicación, solicitando su participación voluntaria en los horarios de clase con la autorización previa de los docentes de la facultad.

Previamente a la aplicación del instrumento se les explicó el motivo y el objetivo de la investigación, enfatizando en la importancia de su participación en esta. Posteriormente se les proporcionó las instrucciones al momento de contestar el cuestionario y haciendo incapié en que sus respuestas serían completamente anónimas.

### **3.4. PROCEDIMIENTO**

La investigación se realizó bajo el siguiente procedimiento:

1. Solicitud y aprobación del área de Formación Integral del Estudiante para realizar la aplicación del instrumento.
2. Contacto y plática con autoridades de la UNICACH para obtener el permiso de la realización de la investigación dentro de las instalaciones.
3. Selección de los alumnos encuestados de acuerdo a la disponibilidad de horario y voluntad de participación
4. Explicación y aplicación del instrumento en las aulas de clase.
5. Recolección de datos
6. Vaciado de la información obtenida en el programa SPSS
7. Integración de resultados
8. Elaboración de tablas y gráficas
9. Análisis correlacional de los resultados obtenidos

### **3.5. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN**

Una vez obtenida la información de los resultados, se llevará a cabo una suma simple de los ítems que conforman las escalas en el programa SPSS y posteriormente se obtendrá un puntaje de manera general y por dimensiones de los resultados. Se realizará finalmente un análisis correlacional de los resultados obtenidos.

## **3.6. VARIABLES E HIPÓTESIS**

### **3.6.1. Hipótesis**

- Existe una correlación entre el nivel de conocimientos de salud sexual y el uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la UNICACH.
- A mayor conocimiento sobre salud sexual, mayor uso de métodos anticonceptivos
- A mayor conocimiento sobre salud sexual, mejores actitudes respecto a la sexualidad.

### **3.6.2. Variables de la investigación**

Variable independiente

- Conocimientos de salud sexual

Variable dependiente

- Actitudes en relación a la sexualidad
- Sexo
- Edad
- Carrera
- Semestre
- Uso de métodos anticonceptivos

Condón masculino, condón femenino, DIU, pastillas anticonceptivas, diafragma.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

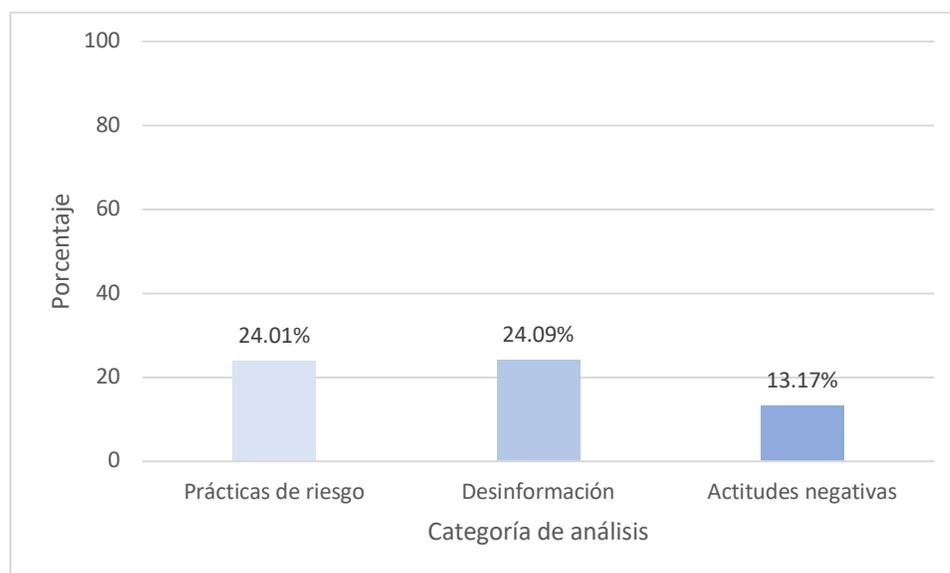
Para realización del estudio cuantitvo la unidad de análisis consistió en jóvenes universitarios de cualquier edad que se encontraran estudiando en la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Se aplicó el instrumento a un total de 192 alumnos de la carrera de Psicología y 111 de Desarrollo Humano.

Del total de instrumentos aplicados, el 21.5% de los alumnos respondieron ser una persona sexualmente activa, con un 15.9% de respuesta "casi siempre", un 19.2% "a veces", un 15.2% "casi nunca" y el 28.1% que no mantienen una vida sexual activa.

Se evaluaron a los alumnos a través de las secciones incluidas en el instrumento, divididas como conocimientos, actitudes y prácticas. De estas tres secciones obtenemos 3 unidades de análisis descritas como prácticas de riesgo, las cuales comprenden ítems tales como el uso del condón, diversas parejas sexuales, consumo de drogas y prostitución; desinformación, correspondientes a los resultados erróneos de la sección de conocimientos; y actitudes negativas, evaluadas en relación con los ítems cuyas afirmaciones son de miedo, rechazo, pensamientos machistas o discriminación respecto a la sexualidad, excluyendo aquellos que se relacionan con una actitud positiva.

Para la selección de dichas unidades de análisis se compararon los ítems más significativos y se sacó un promedio de cada una de ellas a bien de obtener los siguientes porcentajes.

**Gráfica 1. Porcentajes de categorías de análisis**

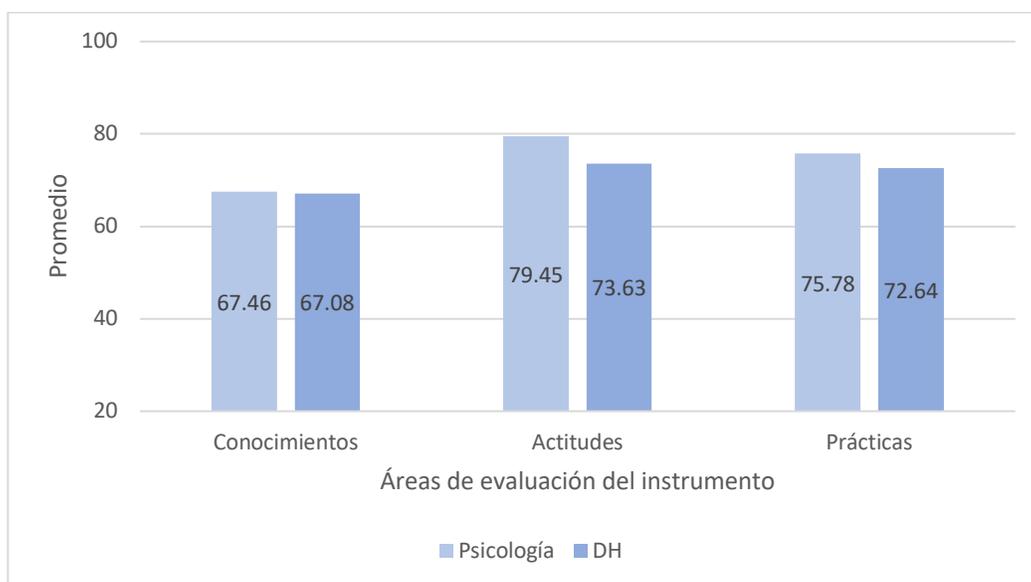


Referente a esto, como se puede observar en el gráfico previamente adjunto, se encontró que el porcentaje de alumnos que mantienen o han mantenido prácticas de riesgo es del 24.01%.

En tanto que el porcentaje de alumnos con mayor desinformación fue del 24.09% y los alumnos con mayores actitudes negativas fue del 13.17%.

Si bien se puede observar una similitud entre la cantidad de alumnos que tienen información errónea o desconoce sobre temas de salud sexual y reproductiva con el porcentaje de alumnos que han mantenido prácticas de riesgo, no se encuentra como tal una correlación con las actitudes negativas, ya que el promedio de dicha categoría de análisis difiere.

**Gráfica 2. Resultados por carrera**



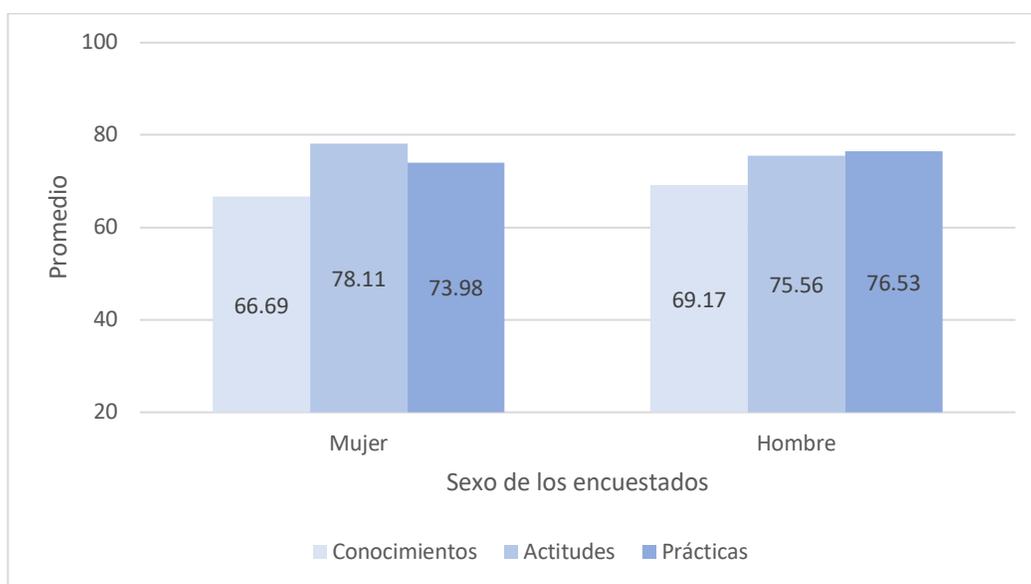
Con respecto a los resultados de las encuestas aplicadas en relación a ambas carreras y de acuerdo a las secciones del instrumento, se demostró que la carrera con un promedio más alto de acuerdo a los conocimientos, fue Psicología con una media de 67.46 mientras que Desarrollo Humano (DH) obtuvo 67.08. Siendo el área de conocimientos la que tuvo una calificación menor, se puede observar que ambas carreras tienen un porcentaje similar de alumnos que poseen a penas los conocimientos suficientes para obtener un resultado aprobatorio, sin embargo, queda aún distante del promedio ideal, siendo incluso riesgoso para ellos mismos

En el área de actitudes, de igual manera, Psicología obtuvo un promedio más alto, de 79.45 en comparación con DH que obtuvo 73.63. El área de actitudes aborda las diferentes posiciones

que se pueden tener con respecto a temas de salud sexual y reproductiva, tales como las prácticas de riesgo, los anticonceptivos, ITS y los estereotipos. En otras palabras, un porcentaje mayor de alumnos de Psicología tienen una concepción más abierta con respecto a temas de sexualidad.

Por último, en el área de prácticas la carrera de Psicología obtuvo una media mayor de 75.78 en comparación con Desarrollo Humano, de 72.64. Es decir, que los alumnos de la carrera de Psicología tienen más inclinación al uso del condón o de algún otro método anticonceptivo que proporcione una práctica segura, a su vez de que son menos propensos al uso del alcohol y drogas durante la actividad sexual.

**Gráfica 3. Resultados por sexo**



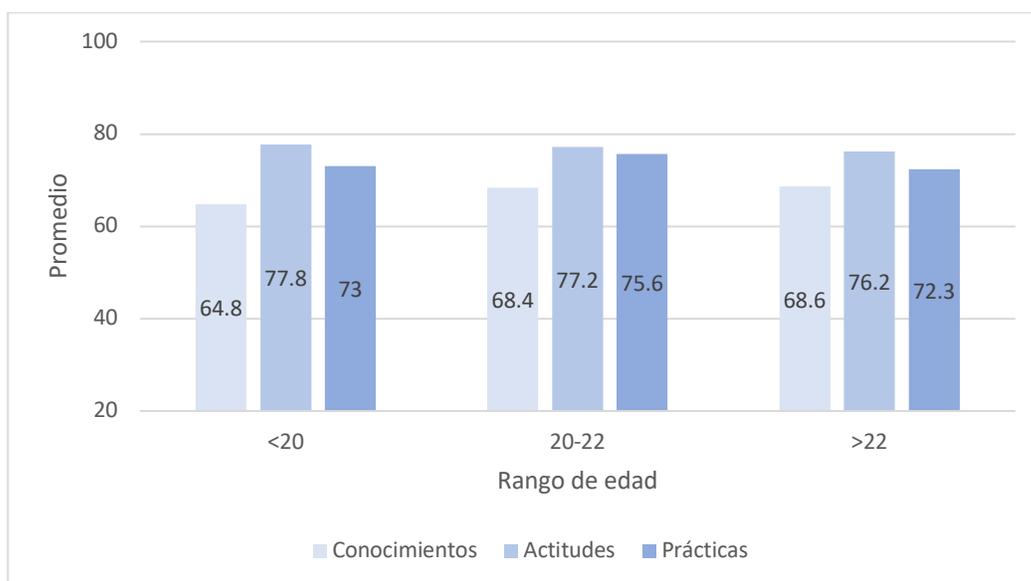
En la categoría correspondiente a la sección de conocimientos por sexo se encontró que la media más alta se obtuvo en los hombres con un promedio de 69.17, mientras que las mujeres obtuvieron un 66.69. Aunque ambas cifras sean consideradas altas también nos podría demostrar que ambos sexos les hace falta más conocimientos sobre estos temas.

En cuanto a la siguiente categoría la cual corresponde a las actitudes, se encontró que las mujeres obtuvieron un promedio más alto de 78.11 que los hombres, quienes obtuvieron un

75.56. Esto indica, que si bien existe una diferencia mínima, las mujeres están más inclinadas a tener mejores actitudes que los hombres, ya sea porque tienen una mentalidad más abierta o un nivel de conservadurismo menor.

Por último, pero no siendo menos importante se encuentra el área prácticas, de la cual, los hombres tuvieron nuevamente un mayor promedio que las mujeres, con un 76.53 en comparación con el 73.98.

**Gráfica 4. Resultados por edad**



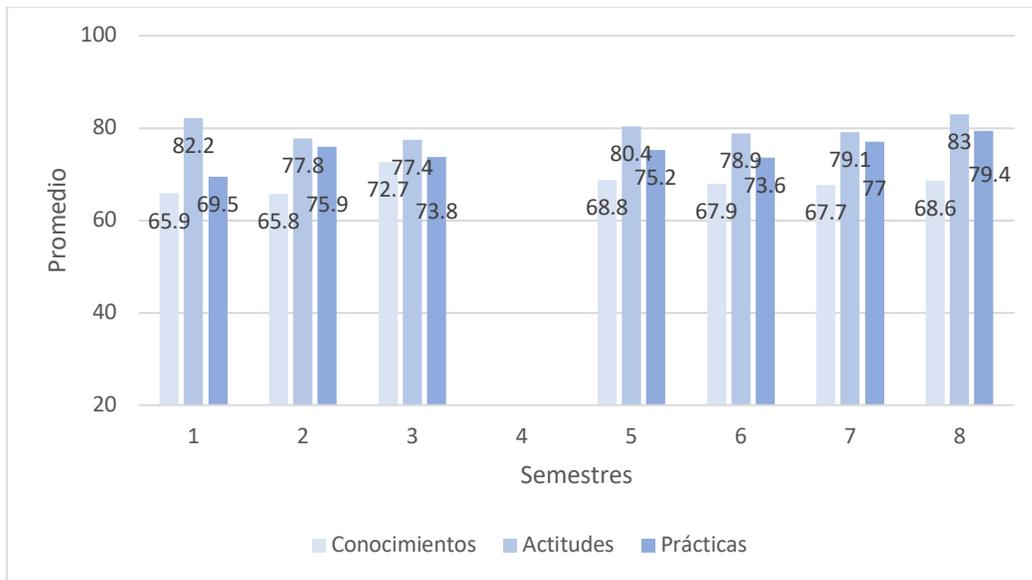
En relación a la edad de los encuestados, se dividió en tres categorías: siendo menores de 20, de 20 a 22 y más de 22 años. De acuerdo a esto, obtuvimos que respecto al área de conocimientos, hay un mejor nivel en los alumnos con más de 22 años (68.6), seguido de los alumnos que tienen de 20 a 22 (68.4) y aquellos estudiantes que tienen menos de 20 tuvieron un menor promedio (64.8). Se asume que esto es debido a que los alumnos que tienen más de 22 años han tenido una mayor oportunidad de experimentar así como de investigar y obtener recursos para el acceso a los conocimientos.

En el área de actitudes los menores de 20 años obtuvieron una media de 77.8, los alumnos que están entre los 20 a 22 años un 77.2 y los mayores a 22 un 72.3. Si bien los tres porcentajes no son bajos se demuestra que los mayores de 22 años tienen menos actitudes positivas en cuanto

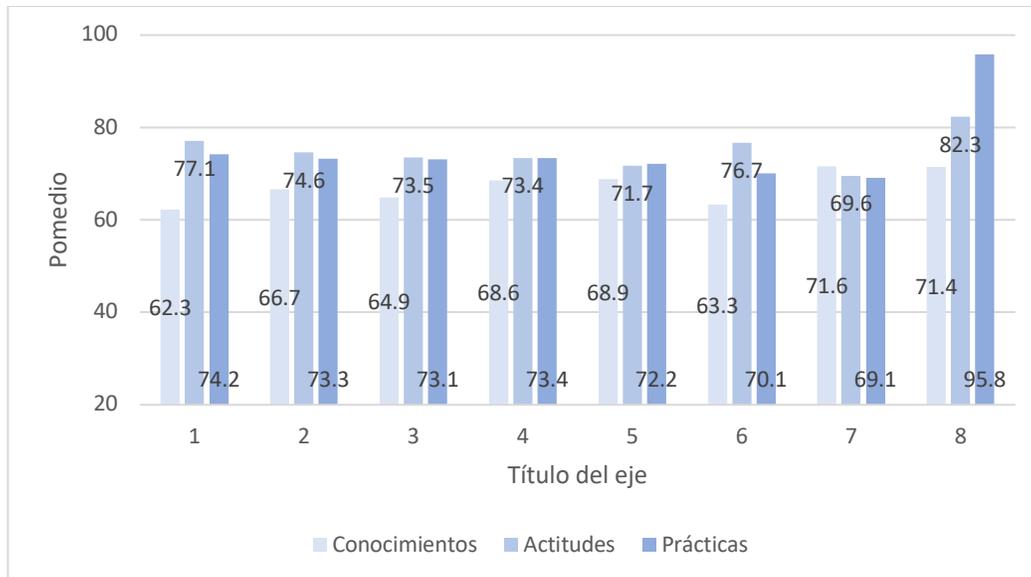
a temas relacionados a la salud sexual y los menores de 20 siendo más abiertos o positivos en cuanto a estos mismos.

Al mismo tiempo se encontró que la edad en la que tienen mejores prácticas es entre 20 a 22 años con un promedio de 75.6, siguiendo de los menores de 20 con un 73.0 y los mayores de 22 años con 72.3.

**Gráfica 5. Resultados por semestre de psicología**



**Gráfica 6. Resultados por semestre de Desarrollo Humano**



Para concluir, los resultados de acuerdo al semestre correspondiente de los participantes en el área de conocimientos se recabó lo siguiente:

En la licenciatura de Psicología el semestre con un porcentaje más alto fue 3° con un 72.7, mientras que el más bajo fue 2° con un 65.8. Por otra parte, en la licenciatura de Desarrollo Humano, el semestre que presentó tener más conocimientos fue 7° con un 71.6 y el más bajo fue 1° con un 62.3.

En la gráfica adjunta, se puede observar que en los semestres de psicología no existe como tal un incremento escalonado, sino más bien, se mantiene de forma constante y hay un mejor resultado únicamente en el semestre en el que se lleva la materia de sexualidad, mientras que DH tiene un resultado más heterogéneo, ya que no hay ningún incremento o decremento gradual.

En el área de actitudes, los estudiantes de 8° semestre de Psicología obtuvieron un 83.0 de promedio, mientras que los de 3° un 77.4, siendo el más bajo. Mientras que DH, el semestre que mejor actitudes tuvo fue el 8° semestre, con 82.3, mientras que el promedio más bajo con 69.6 fue 7° semestre.

Para finalizar, en el área de prácticas se encontró que de la licenciatura en Psicología, el semestre que tiene menores prácticas de riesgo por un mejor promedio en dicha área, es el 8° semestre con un puntaje de 79.4 y el semestre que obtuvo menor promedio, fue 1°, con un

69.5; seguido de esto, en la licenciatura de DH al igual que psicología, 8° semestre fue el que mejores resultados obtuvo en prácticas con un 95.8 de puntaje, y 7° obtuvo el más bajo con un 69.1.

# CONCLUSIONES

La investigación se realizó con el método cuantitativo para evaluar el nivel de conocimientos de salud sexual, el uso de métodos anticonceptivos y las actitudes con respecto a la sexualidad de los alumnos de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, campus Ciudad Universitaria, de primero a octavo semestre del ciclo agosto-diciembre de 2022.

Para esto utilizamos la propuesta de escala psicométrica en Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad Nacional de Costa Rica, en el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO). A través del enfoque correlacional, se buscó encontrar si existe una relación entre los conocimientos, las prácticas y las actitudes de los alumnos. Esto a través del paradigma transeccional, puesto que la evaluación se llevó a cabo en un sólo ciclo escolar de dicha facultad.

Nos respaldamos de la teoría de McCary et al. (1996) quienes hablaban de la importancia de una educación sexual integral en cada una de las etapas de crecimiento, ya que, a pesar de que existen menos prejuicios con respecto a la sexualidad gracias a la revolución sexual, las generaciones que nos preceden siguen teniendo tabúes que les impide hablar abiertamente acerca de estos temas, además de que existen otras situaciones que afectan a la adquisición de los conocimientos.

Hoy en día aún tenemos a profesionales y especialistas que no tienen todos los recursos para poder impartir la información adecuados y esto se vuelve una situación en cadena en la que los alumnos no son capacitados de manera correcta.

El proceso estuvo compuesto por la elaboración del marco teórico, la aplicación del instrumento en los alumnos durante el ciclo escolar agosto-diciembre del 2022, tanto en el turno matutino como vespertino; durante la evaluación se abordó con los alumnos que era un proceso totalmente voluntario y anónimo. Posteriormente se realizó un vaciado de los datos en el programa SPSS, seguido de la elaboración de tablas y el análisis de los datos.

De acuerdo a los resultados se indentificó que:

En cuestión de conocimientos, los alumnos de ambas carreras tienen una deficiencia, pues si bien tuvieron un porcentaje aprobatorio hay una necesidad significativa en el refuerzo de los conocimientos de salud sexual ya que obtuvieron un promedio de 67.46 en psicología y 67.08 en Desarrollo Humano. Esto se puede deber a que en el plan de estudios de Desarrollo Humano no se lleva la materia de Sexualidad en ningún módulo en comparación con Psicología, que cursa dicha materia en el tercer semestre.

En relación a las prácticas, los alumnos de psicología tuvieron un promedio mayor con 75.78 a Desarrollo Humano, cuyo resultado fue de 72.64, denotando que tienen prácticas saludables y seguras mediante el uso de métodos anticonceptivos, sin embargo, también existe un área de oportunidad en el mejoramiento de estas.

Por otro lado, en la dimensión de actitudes se obtuvo el promedio más alto de ambas carreras en relación a las tres dimensiones, siendo psicología un promedio de 79.45 y Desarrollo Humano 73.63.

Se encontró una diferencia mínima en relación al sexo de la población, en donde los hombres demostraron tener mejores prácticas y mejores conocimientos, sin embargo, en la sección de actitudes las mujeres obtuvieron un mejor puntaje.

Como mencionaban González y Castellanos reiterando el capítulo 1, la diferencia entre los resultados de ambos sexos se podría explicar debido a que de acuerdo a las experiencias de vida, cada persona va desarrollando su propia perspectiva con respecto a la sexualidad, y sus conocimientos son cimentados de diversas formas, nutriéndose de dichas experiencias.

Es decir, hablando de un contexto conservador en el que a las mujeres se les restringe más respecto a su sexualidad, puede existir hasta cierto grado miedo e inseguridad para investigar y acercarse hacia las personas adecuadas para informarse.

Por otro lado, en el apartado de edad encontramos que, aunque los alumnos de >22 años poseen más conocimientos, son los que menos prácticas seguras realizan. Mientras que los alumnos de 20-22 años obtuvieron un mejor resultado de acuerdo a prácticas seguras y los alumnos <20 años fueron quienes obtuvieron mejores actitudes. Cabría estudiar más a fondo estos resultados de mayor heterogeneidad dado que no existe ninguna relación entre los resultados de las 3 dimensiones.

En relación a los resultados de acuerdo al semestre, se identificó que, en psicología, el mejor puntaje fue 8°, aunque en el área de conocimientos, el mayor puntaje fue 3°.

Por el contrario, en la carrera de Desarrollo Humano, los resultados tuvieron más variabilidad, mostrando una irregularidad entre los semestres con mayor y menor puntaje. Esto evidencia que, conforme van avanzando en la Licenciatura, no obtienen mayores conocimientos de salud sexual y mejores prácticas, sino que dependen enteramente de la información que cada alumno haya obtenido en su educación básica e investigue en su vida cotidiana.

En cuanto a lo anteriormente mencionado coincide con lo que refiere Díaz, pues explicaba que las instituciones carecen de la información que el alumnado consideran básicas y/o necesarias tales como la prevención de ITS, métodos anticonceptivos entre otros, de igual forma siendo necesarios los conocimientos prácticos, no solo objetivos

Consecuentemente, de la aplicación del instrumento se encontró que, a nivel general en los resultados por carrera, la hipótesis a mayor conocimientos sobre salud sexual, mayor uso de métodos anticonceptivos se confirma. Sin embargo, los resultados divididos por sexo y por edad, dicha hipótesis no se cumple.

Por el contrario, en la hipótesis: a mayor conocimiento sobre salud sexual, mejores actitudes respecto a la sexualidad, esta se cumple únicamente de manera general en los resultados por carrera y por sexo, mientras que por edad, se ve un decrecimiento en las actitudes positivas hacia la sexualidad.

Dado el objetivo que dirigió esta investigación “Analizar la relación entre nivel de conocimientos de salud sexual y prácticas seguras en estudiantes de primero a octavo semestre de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales en la UNICACH campus Ciudad Universitaria” podemos concluir que se observa, entonces, una diferencia si bien no muy notoria pero presente entre los resultados de ambas carreras.

Como hallazgos significativos, encontramos que en los resultados, si bien en un porcentaje bajo, hubo alumnos que respondieron de manera totalmente de acuerdo o de acuerdo a las siguientes afirmaciones:

- Todas las personas infectadas con VIH deberían estar encerradas en algún lugar especial.

- El SIDA es una enfermedad de prostitutas.
- La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece.
- Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH.
- Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual.

Aunque la mayoría de dichos porcentajes no hayan sido mayores a 3%, resulta alarmante que, por mínimo que sea, haya estudiantes con fuertes actitudes de odio y desinformación hacia personas con VIH/SIDA y trabajadoras sexuales; y que, aunado a ello, también haya personas que escogieron “ni de acuerdo, ni en desacuerdo”, pues al estar en una postura neutral podría indicar una indolencia a este tipo de discriminación.

La facultad al ser especializada en las humanidades, tiene como deber promover los derechos humanos y la no discriminación, no sólo a sus alumnos y personal que podrían encontrarse en las situaciones anteriormente mencionadas, sino también a cualquier persona de la población general.

# REFERENCIAS

- Alemán, L., Almanza, C. Y Fernández, O. (2010). Diagnóstico y prevalencia de infecciones vaginales. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(2), 62-103. Recuperado en 11 de marzo de 2024, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000200008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200008&lng=es&tlng=es).
- Álvarez, A. (2021). Sobre la pornografía y la educación sexual: ¿puede “el sexo” legitimar la humillación y la violencia?. *Gaceta Sanitaria*, 4(35), 379-382.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2005). La aceptación de la educación de la sexualidad en la escuela: Hablan 15 mil padres de familia mexicanos. *Revista De Estudios De Antropología Sexual*, 1(1), 113–126.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2011). *Sexoterapia Integral*. El Manual Moderno.
- AMSSAC asociación. (s.f). Definiciones Básicas. Recuperado el 7 de marzo de 2023. <https://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>
- Antena 3. (2020). *¿Cómo es la educación sexual en el sistema educativo de Europa?* [https://www.antena3.com/noticias/mundo/como-educacion-sexual-sistema-educativo-europa\\_202001185e22ee520cf20f1d1a862e65.html](https://www.antena3.com/noticias/mundo/como-educacion-sexual-sistema-educativo-europa_202001185e22ee520cf20f1d1a862e65.html)
- Arellano, L. M. (2020). Sexo con VIH, una historia de resistencias. *Revista De Estudios De Antropología Sexual*, 1(10), 166–188. Recuperado a partir de <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/15896>
- Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). (2018). Educación sexual en Chile orientaciones para una política pública [Archivo PDF]. <https://media.elmostrador.cl/2020/07/INFORME-EIS-CHILE-junio-.pdf>
- Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC). (2018). Métodos anticonceptivos, infecciones VPH, y lesiones premalignas de cuello uterino [https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2019/01/AEPCC\\_revista09-Anticonceptivos-web.pdf](https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2019/01/AEPCC_revista09-Anticonceptivos-web.pdf)

- Ávalos, L., Briceño, D., González, M., Paita, D., Rico, V. y Saldaña, A. (2010). Factores que influyen en la utilización de métodos anticonceptivos en los jóvenes. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 6(2), 88-96
- Badillo, M. V., Sánchez, X. M., Vásquez, M. B., & Día, A. P. (2020). Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enfermería Global*, 19(59), 422-449. Epub 10 de agosto de 2020. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412161>
- Bataller, V. (21 de julio de 2014). *Mitos, falacias y errores acerca de la sexualidad*. Sexólogos sin fronteras. <https://sxlgf.org/mitos-falacias-y-errores-acerca-de-la-sexualidad-2/>
- Bottini de Rey, Z., García, D., Goodall, C. y Perrioux de Videla, J. (2019). *Métodos anticonceptivos. Información para conocer, discernir y decidir*. Editorial de la Universidad Católica Argentina.
- Campillay, M.C. , y Monárdez, M.M. (2019). Estigma and discrimination in people with HIV/AIDS, an ethical challenge for health professionals. *Revista de Bioética y Derecho*, (47), 93-107. Epub 16 de diciembre de 2019. Recuperado en 02 de marzo de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872019000300008&lng=es&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008&lng=es&tlng=en).
- Capella, S., Navarro, J. y Fajardo, M. (2018). La estigmatización del VIH/SIDA: La respuesta desde el trabajo social. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (7), 15-23. <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/322341>
- Carvajal. J. A, Barriga, M. I. (2019). Manual de obstetricia y ginecología. (10 Edición). <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf>
- Carvajal. J. A, Barriga, M. I. (2022). Manual de obstetricia y ginecología. (13 Edición). [https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022\\_compressed.pdf](https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf)
- Casey, F. E. (2020) Anticonceptivos de barrera. Manual Merck versión para público general. <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/salud-femenina/planificaci%C3%B3n-familiar/anticonceptivos-de-barrera>

- Casey, F. E. (2020) Métodos anticonceptivos hormonales. Manual Merck versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/planificaci%C3%B3n-familiar/m%C3%A9todos-anticonceptivos-hormonales>
- Casey, F. E. (2022). Anticonceptivos de barrera y otros anticonceptivos pericoitales. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/planificaci%C3%B3n-familiar/anticonceptivos-de-barrera-y-otros-anticonceptivos-pericoitales>
- Cavazos, V. M. y Ramírez, N. L. (2021). Machismo y práctica sexual en jóvenes mexicanos. [Tesis de Posgrado, UDEM]. Repositorio UDE.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA]. (28 de octubre de 2016). *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*. <https://www.gob.mx/censida/es/articulos/infecciones-de-transmision-sexual-its-76848>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA]. (20 de septiembre de 2019). *¿Qué es la Profilaxis Pre Exposición (PrEP)?*. <https://www.gob.mx/censida/articulos/que-es-le-profilaxis-pre-exposicion-prep>
- Centers for Disease Control and Prevention. (25 de Julio de 2023). *Infección genital por el VPH: Hoja informativa básica*. <https://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-s.htm#print>
- Centers for Disease Control and Prevention. (06 de Julio de 2016). *Uso del condón masculino*. <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/spanish/male-condom-use.html>
- Chacón, W. (27 de mayo de 2021). Educación sexual, necesaria desde preescolar. Cuarto Poder. <https://www.cuartopoder.mx/chiapas/educacion-sexual-necesaria-desde-preescolar/365997>
- Chang, A. (10 septiembre de 2020). ¿Afecta el machismo la intimidad?. *La estrella de Panama*. <https://www.laestrella.com.pa/vida-y-cultura/salud/afectael-machismola-intimidad-KOLE432998>

- Chávez N, Molina H, Sánchez J, Gelaye B, Sánchez SE. (2009). Duchas vaginales y otros riesgos de vaginosis bacteriana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 26 (3). recuperado el 9 de marzo del 2024. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342009000300006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000300006)
- Clavero, J. (2018). Historia evolutiva de la anticoncepción. *Anales Ranm*, 135(01), 56-59. <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.01.rev09>
- Coccio, E. (s.f.). ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos?. *Asociación Médica Argentina de Anticoncepción*. [https://www.amada.org.ar/images/comunidad\\_met\\_anticoncep.pdf](https://www.amada.org.ar/images/comunidad_met_anticoncep.pdf)
- Consejo Estatal de Población. (2022). Población Indígena y Maternidad Temprana. <https://coespo.edomex.gob.mx/sites/coespo.edomex.gob.mx/files/files/2021/folleto%20Poblaci%C3%B3n%20ind%C3%ADgena%20y%20maternidad%20temprana%2010%20enero%20COESPO%202022.pdf>
- Contreras, G., Ibarra, M., Casas, O., Camacho, E. y Velasco, D. (2020). El conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la conducta sexual en jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 70- 83.
- Del Río, S. (22 de abril de 2021). *La educación sexual en los países de la Unión Europea*. Fundación Sexpol. <https://www.sexpol.net/la-educacion-sexual-en-los-paises-de-la-union-europea/>
- De la Cruz, C., y Sáez, S. (2002). *Guía de Orientación, Promoción y Educación para la Salud. Prevención del VIH/SIDA: claves educativas*. Madrid: Cruz Roja Juventud.
- Díaz, G. (2011). En la escuela no tenemos confianza. En G. Mogarde (Coord.), *Toda educación es sexual. Hacia una educación sexuada justa* (pp. 23-52). La Crujía ediciones.
- Díaz, S., y Schiappacasse, V. (2017). ¿ Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. <https://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que%20y%20cuales%20son%20los%20metodos%20anticonceptivos%2001122017.pdf>

Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM. (30 de agosto de 2017). *Sexting, cuidado con tu intimidad*. Fundación UNAM. <https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/sexting-cuidado-con-tu-intimidad/>

Duque, S. (2016). *Sexualidad y Educación: el caso del programa nacional de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía (PESCC) propuesto por el MEN (2004 – 2010)*. [Tesis de maestría. Universidad Distrital Francisco José de Caldas]. <https://repository.udistrital.edu.co/bitstream/handle/11349/5228/DuqueGarc%EDA SandraPatricia2017.pdf;jsessionid=78F6BDAAD6760FC2BE35A6072F2E6EEB?sequence=2>

En Positivo. (17 de octubre del 2022). La Importancia de la Educación Sexual. En Positivo periodismo constructivo. Recuperado el 7 de marzo de 2023. <https://enpositivo.com/2022/10/17/la-importancia-de-la-educacion-sexual/>

Escalante, E. G., Repetto, A.M., & Mattinello, G. (2012). Exploración y análisis de la actitud hacia la estadística en alumnos de psicología. *Liberabit*, 18(1), 15-26. Recuperado en 24 de enero de 2024, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272012000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272012000100003&lng=es&tlng=es).

Escamilla, G. y Guzmán, S. (Junio 2017). Educación Sexual en México: ¿Misión de la casa o de la escuela?. <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n10/e1.html>

Espejel, J. M. (2016). Liberalismo, conservadurismo y administración pública. *Tlamelaua*, 10(40), 22-47. Recuperado en 28 de noviembre de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-69162016000200022&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-69162016000200022&lng=es&tlng=es).

Estomba, R. (2018). La expresión de la sexualidad en el mundo Árabe: Túnez. *Feminismos/s*, (31), 83-106.

Falconier, M. (agosto 1997). *Proyecto principal de educación en América Latina y el Caribe*. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000262524\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000262524_spa)

- Fernández, C., Rodríguez, S., Pérez, V. y Córdova, A. (2016). Prácticas sexuales de riesgo y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas en estudiantes de educación media y superior. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16(1), 19-29.
- Fernández, V. V. (2018). *Influencia de Internet en la educación sexual de los adolescentes y el papel de la enfermería* [Trabajo de fin de grado, Universidad Complutense Madrid]. Repositorio Institucional de la UCM.
- Forbes Staff. (2022). 8 aspectos que debes tener en cuenta para escoger un método anticonceptivo. *Revista Forbes México*. <https://www.forbes.com.mx/women-8-aspectos-que-debes-tener-en-cuenta-para-escoger-un-metodo-anticonceptivo/>
- Foucault, M. (1984). *Historia de la sexualidad: El uso de los placeres. Vol. 2*. Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber. Vol. 1*. Siglo Veintiuno Editores.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. Editorial Amorrortu
- Gamboa, C. y Gutiérrez, M. (2015). *Métodos anticonceptivos. Glosario, antecedentes, marco jurídico, políticas públicas y recomendaciones internacionales*[Archivo PDF]. <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-71-15.pdf>
- García, A. M. (2015). *Cómo trabajar en sexología con jóvenes y adolescentes*. Síntesis.
- Gobierno de México (26 de abril de 2021). *La “Ley Olimpia” y el combate a la violencia digital*. <https://www.gob.mx/profeco/es/articulos/la-ley-olimpia-y-el-combate-a-la-violencia-digital?idiom=es>
- González C. (19 de agosto 2016). *15 costumbres sexuales curiosas en el mundo*. UNIVISION. <https://www.univision.com/estilo-de-vida/sexo/15-costumbres-sexuales-curiosas-en-el-mundo>
- González, A. y Castellanos, B. (2017). *Sexualidad y géneros. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI*. Editorial Pueblo y Educación

- González, I., Miyar, E., y González, R. (2002). Mitos y tabúes en la sexualidad humana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(3), 226-229.
- Gordon, L. (enero de 2022). *El método Ogino (o de abstinencia periódica basada en el ciclo menstrual)*. Kids Health. <https://kidshealth.org/es/teens/contraception-rhythm.html#:~:text=¿Qué%20eficacia%20tiene%20el%20método,tendrán%20un%20embarazo%20no%20deseado.>
- Granero, M. (2014). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 179-197.
- Guillén, B. (29 de septiembre de 2022). La marea verde en México: "Las opciones son aborto legal o aborto clandestino". *El País*. <https://elpais.com/mexico/2022-09-29/la-marea-verde-en-mexico-las-opciones-son-aborto-legal-o-aborto-clandestino.html>
- Gutiérrez, B. R. (2008). *Opinión de la población de 18 años y más sobre la educación sexual en Costa Rica* [Archivo PDF] <https://repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/7352/16-PercepcionesHaciaLaEducacionSexualEnCostaRica.pdf>
- Guttmacher Institute (2008). *Datos sobre el aborto inducido en México* [Archivo PDF]. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/54566/Datos\\_sobre\\_aborto\\_inducido\\_en\\_Me\\_xico.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/54566/Datos_sobre_aborto_inducido_en_Me_xico.pdf)
- Heredia, A. y Rodríguez, A. (2021). La educación sexual escolar... ¿funciona?. *Revista digital universitaria UNAM*, 22(4), 2-10
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. M. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Herrera, A. (2003). Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad?. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(2), 150-162.
- Instituto de Salud del Estado de México. (2018). *Métodos Anticonceptivos*: Consultado el 26 de Enero del 2023. Recuperado de: [https://salud.edomex.gob.mx/istem/metodos\\_anticonceptivos](https://salud.edomex.gob.mx/istem/metodos_anticonceptivos)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (SF). *Anticoncepción hormonal inyectable*. IMSS. Recuperado el 07 de febrero de 2023 de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/hormonal-inyectable#:~:text=Los%20anticonceptivos%20hormonales%20inyectables%20de,efectividad%20es%20mayor%20al%2099%25>.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.). Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU) T-Cu. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/diu-cobre>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (SF). *Implante Hormonal Subdérmico*. IMSS. Recuperado el 07 de febrero de 2023 de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/implante-subdermico#:~:text=Es%20un%20anticonceptivo%20temporal%20altamente,efectividad%20es%20mayor%20al%2099.5%25>.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (SF). *Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia*. IMSS. Recuperado el 07 de febrero de 2023 de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (SF). *Parche Anticonceptivo*. IMSS. Recuperado el 07 de febrero de 2023 de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/parche-anticonceptivo>

Instituto Nacional de las Mujeres. (28 de junio de 2017). *Derechos Sexuales para Adolescentes y Jóvenes*. Gobierno de México. Recuperado el 03 de marzo de 2021 de <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/derechos-sexuales-para-adolescentes-y-jovenes?idiom=es>

Jaimes, C. A. (2022). *Solo tres de cada diez colegios capacitan a sus profesores en educación sexual en Colombia*. LA FM. <https://www.lafm.com.co/educacion/solo-tres-de-cada-diez-colegios-capacita-sus-profesores-en-educacion-sexual-en-colombia>

Johansson, J. (2022). *¿Anillo vaginal? Estos son los posibles efectos secundarios*. Revista La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/vivo/sexo/20220320/8138969/anillo-vaginal-posibles-efectos-secundarios-nbs.html>

- Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C. y Gebhard, P. (1967). *Conducta sexual de la mujer*. Siglo Veinte.
- Losada, A. V. y Muñiz, A. M. (2019). Sexualidad en sujetos con discapacidad intelectual: mitos y prejuicios como factores de riesgo y vulnerabilidad al abuso sexual. *Prospectivas en Psicología*, 3(2), 4-15.
- Lozano, I. V. (2009). El significado de homosexualidad en jóvenes de la Ciudad de México. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (1), 153-168.
- Lozano, I. V., & Díaz, R. (2010). Medición de la homofobia en México: Desarrollo y validación. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 30(2), 105–124.
- Lozano, I.V., & Rocha, T.E. (2011). La homofobia y su relación con la masculinidad hegemónica en México. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 22, 101-121. Recuperado el 09 de febrero de 2024, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1946-20262011000100005&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262011000100005&lng=pt&tlng=es).
- Luisi, V. (2018). Sexualidad, género y educación sexual. *Revista de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación*. (17). Pp. 97-107.
- Mamani, V., Herrera, D. y Arias, W. (2020). Análisis comparativo de machismo sexual en estudiantes universitarios peruanos y chilenos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(2), 106-115. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000200106>
- Masters, W., Johnson, V. Y Kolodny, R. (1997). *La Sexualidad Humana 3*. Grijalbo.
- Malpartida, M. K. (2020). Enfermedades de transmisión sexual en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(4), e405. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i4.405>
- Mayo Clinic. (19 de julio de 2022). *Tricomonomiasis*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/trichomoniasis/symptoms-causes/syc-20378609>
- McCary, J., McCary, S., Álvarez, J. A., Del Río, C. y Suárez, J. (1996). *Sexualidad humana de McCary*. El Manual Moderno.

- Mejía, G. (2013). Análisis de políticas de educación sexual y de la sexualidad en México. *Caleidoscopio - Revista Semestral De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 16(29), 41–71. <https://doi.org/10.33064/29crscsh498>
- Meneses, D., (2019). Con Mis Hijos No Te Metas: un estudio de discurso y poder en un grupo de Facebook peruano opuesto a la «ideología de género». *Anthropologica del Departamento de Ciencias Sociales*, XXXVII(42), 129-154.
- Merlyn, M., Jayo, L., Ortiz, D y Moreta, R. (2020). Consumo de pornografía y su impacto en actitudes y conductas en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 20(2), 59-76.
- México, primer lugar en embarazos en adolescentes entre países integrantes de la OCDE. (2021). Boletín UNAM.DGCS.729. Consultado el 26 de Enero del 2023. Recuperado de: [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021\\_729.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_729.html)
- Micher, M. (2004). *Población, desarrollo y salud sexual reproductiva*. Grupo Parlamentario del PRD.
- Ministerio de salud. (2019). Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Ministerio de la salud. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento49.pdf>
- Mogarde, G., Baez, J., Zattara, S. y Díaz, G. (2011). Pedagogías, teorías de género y tradiciones en “educación sexual”. En G. Mogarde (Coord.), *Toda educación es sexual. Hacia una educación sexuada justa* (pp. 23-52). La Crujía ediciones.
- Montero, L., Valverde, P., Dois, A., Bicocca, M., y Domínguez, C. (2017). La educación sexual: un desafío para la educación católica. *Educación y Educadores*, 20(3), 343-363. <https://doi.org/10.5294/edu.2017.20.3.1>
- Morales, J., Moya, M., Gaviria, E. y Cuadrado I. (Coords.). (2007). *Psicología social*. McGraw-Hill.
- Morales, J., Ramos, B. S. (2016). Machismo, victimización y perpetración en mujeres y hombres mexicanos. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. 22(43). 37-66 <https://www.redalyc.org/pdf/316/31646035003.pdf>
- Morris, C. G. y Maisto, A. A. (2011). *Introducción a la Psicología*. Pearson.

- Muñoz, M. (2017). La educación sexual en latinoamérica. *Cultura del cuidado*, 12(1), 58-71
- Muñoz, R., Ponce, P., Stival, M. y Bernal, D. (2018). La epidemia de VIH en Pueblos originarios de México: Panorama nacional y un estudio de caso etnográfico en Los Altos de Chiapas. *EntreDiversidades: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, (10), 155-187.
- Ordoñez, J., Real, J., Gallardo, J., Alvarado, H., y Roby, A. (2017). Conocimientos sobre salud sexual y su relación con el comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 419-423.
- ONUSIDA (2021). *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. ONUSIDA. Recuperado el 03 de marzo de 2023 de <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Orellana, L., Márquez, C., Farías, P., Liempi, G., & Schnettler, B. (2022). Apoyo social, actitudes hacia la sexualidad y satisfacción vital según orientación sexual en estudiantes universitarios. *Actualidades en Psicología*, 36(132), 43-57. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v36i132.47033>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de julio de 2023). *Clamidiosis*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>
- Organización Mundial de la Salud. (22 de noviembre de 2021). *Infecciones de transmisión sexual*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *¿Cómo define la OMS la salud?*. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud Sexual*. [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1)
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Infecciones de transmisión sexual*. [https://www.who.int/es/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab_1)

- Organización Mundial de la Salud. (18 de julio de 2023). *Hepatitis B*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
- Organización Mundial de la Salud. (18 de julio de 2023). *Hepatitis C*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
- Organización Mundial de la Salud. (21 de mayo de 2024). *Sífilis*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
- Organización mundial de la Salud. (s.f). *VIH/SIDA*. [https://www.who.int/es/health-topics/hiv-aids#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1)
- Organización Mundial de la Salud. (16 de marzo de 2023). *Virus del herpes simple*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>
- Organización Panamericana de la Salud (s.f). *¿Qué es y qué consecuencias trae el Virus del Papiloma Humano?*. <https://www.paho.org/es/campanas/chile-tu-vida-importa-hazte-pap/que-es-que-consecuencias-trae-virus-papiloma-humano>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *Sífilis*. <https://www.paho.org/es/temas/sifilis>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *Tricomoniiasis*.  
<https://www.paho.org/es/temas/tricomoniiasis>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP). (2019). *Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. (3º Edición)*.  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf)
- Orozco, E., Alcalde, J. E., Ruiz, J. A., Sucilla, H., & García, R. (2015). Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México. *Salud Pública de México*, 57(Supl. 2), s190-s196.
- Orrego, C. (2020). *Filosofía: conceptos fundamentales. Una nueva introducción al pensamiento crítico*. Ediciones de la Universidad Católica de Chile.

- Pablo VI. (25 de julio de 1968). *Humanae Vitae*. La Santa Sede.  
[https://www.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf\\_p-vi\\_enc\\_25071968\\_humanae-vitae.html](https://www.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html)
- Pascual, F. (s.f.) *La Iglesia y la anticoncepción*. Catholic.net.  
<https://es.catholic.net/op/articulos/5266/cat/329/la-iglesia-y-la-anticoncepcion.html#modal>
- Piaget, J. (1984). *El criterio moral en el niño*. Martínez Roca, S. A.
- Piña, O. J. y Aguayo, R. H. (2015). Homofobia en estudiantes universitarios de México. *Región y Sociedad*, 27(64). 5-35.
- Pike, J. (21 de febrero de 2020). *¿Puedes quedarte embarazada por el líquido preseminal?*. Clearblue.  
<https://es.clearblue.com/embarazada/quedarte-embarazada-liquido-preseminal>
- Planned Parenthood. (s.f.). *Abstinencia y sexo sin penetración vaginal*.  
<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/abstinencia-y-sexo-sin-penetracion-vaginal>
- Planned Parenthood. (s.f.). *¿Cuáles son los beneficios del coito interrumpido (eyacuación por fuera de la vagina)?*.  
<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/eyacuacion-fuera-de-la-vagina-coitus-interruptus/cuales-son-los-beneficios-de-retirar-el-pene-antes-de-eyacular>
- Planned Parenthood. (s.f.). *¿Qué tan segura es la ligadura de trompas?*.  
<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/esterilizacion-ligadura-de-trompas/que-tan-segura-es-la-ligadura-de-trompas>
- Planned Parenthood. (s.f.). *Dispositivo intrauterino (DIU)*.  
<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/dispositivo-intrauterino-diu>
- Preinfalk, M.L. (2016). La educación sexual en el Sistema Educativo Formal Costarricense. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, 9(19), 103-112.

- Ramírez, A. (03 de abril de 2021). *Métodos naturales*. Aula ginecología. <https://aulaginecologia.com/profesionales/anticoncepcion/metodos-naturales/>
- Ramírez, V. H. (2020). Historia de la sexualidad IV. *Debate feminista*, 59, 166-173. Epub 30 de abril de 2020. [https://debatefeminista.cieg.unam.mx/index.php/debate\\_feminista/article/view/2156/1947](https://debatefeminista.cieg.unam.mx/index.php/debate_feminista/article/view/2156/1947)
- Ramos, P. M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(3), pp. 201-220.
- Rangel, P. (1998). *Programa de educación sexual en adolescentes: una alternativa para conocerse plenamente*. [Tesis de Pregrado, UDEM]. <http://repositorio.udem.edu.mx/handle/61000/2753>
- Reich, W. (1985). *La revolución sexual*. Editorial Planeta.
- Reyes, G. F., Flores, A. L., Villafuerte, F. M., Morales, D. J., Zarate, V. G. y Jiménez, U. J. (2018). Salud Sexual y Reproductiva en Chipas: Análisis de los Factores Subyacentes de la Vulnerabilidad, 13(10), 609. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/salud-sexual-y-reproductiva-en-chiapas-analisis-de-los-factores-subyacentes-de-la-vulnerabilidad/#more-50419>
- Rico, D. (2015). Educación en *salud sexual y reproductiva en jóvenes adolescentes de la escuela secundaria Miguel Hidalgo y Costilla # 22 de San Luis Río Colorado, Sonora, México*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Sonora]. <http://hdl.handle.net/20.500.12984/2268>
- Rodríguez, M. (2020). Tendencias de investigación sobre educación sexual en algunos países de América Latina y Europa. *Cultura Científica*, 18, pp. 155 - 174.
- Robles, D. (11 de agosto del 2022). Educación Sexual: el gran pendiente. Gaceta UNAM. Recuperado el 7 de marzo del 2023. <https://www.gaceta.unam.mx/educacion-sexual-el-gran-pendiente/>
- Rojas, R., de Castro, F., Villalobos, A., Allen, B., Romero, M., Braverman, A. y Uribe, P. (2017). *Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México*. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8411/10984>

- Ronconi, L., Espiñeira, B. y Guzmán, S. (2023). Educación sexual integral en América Latina y el caribe: Dónde estamos y hacia dónde deberíamos ir. *Latin american legal studies*, 11(1), 246-296
- Ruíz, A., Latorre, C., Beltrán, J., Ruiz, J. y Vélez, A. (2005). Conocimientos, actitudes y practicas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. *Revista de la sociedad chilena de obstetricia y ginecología infantil y de la adolescencia*, 12(3), 86-93.
- Sanabria, J. P., Jiménez, J., Parra, K., & Tordecilla, M. (2016). Influencia de la religión en la toma de decisiones sobre sexualidad en estudiantes católicos practicantes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 12(2), 236-238. Recuperado en 5 de Abril del 2024, de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v12n2/v12n2a06.pdf>
- Sánchez, A. (1984). *Ética*. Editorial Crítica.
- Sánchez, A. y García, A. (2001). Educación sexual y adolescencia: mitos y perspectivas. *Anales de pedagogía*. (19). 87-104.
- Santiesteban, Y. M., Orlando, S. A. & Ballester, R. (2019). Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), pp. 1517-1426. DOI: 10.1590/1413-81232018244.02322017
- Secretaría de Salud (29 de septiembre de 2023). *México avanza en el establecimiento de servicios de aborto seguro*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/318-mexico-avanza-en-el-establecimiento-de-servicios-de-aborto-seguro?idiom=es>
- Simón, J. (s.f.). *Resistenza all'Humanae vitae*. Catholic Physicians Throughout the World. <https://www.fiamc.org/fiamc/history/past-presidents/dr-jos-maria-simon-castellvi-2006-2014/la-resistencia-a-la-humanae-vitae/>
- Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. (14 de mayo de 2021). *La importancia de hablar sobre educación integral en sexualidad desde la niñez*. Gobierno de México. Recuperado el 16 de febrero de 2023 de <https://www.gob.mx/sipinna/articulos/la-importancia-de-hablar-sobre-educacion-integral-en-sexualidad-desde-la-ninez?idiom=es>

- Solórzano, J. J. (2023). Segundo Informe de la Gestión Universitaria 2021-2025. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas
- Spindola, T., de Barros, A. S., Brochado, E., Sousa, D. F., Costa, E. R. Y da Silva, T. (2020). Prácticas sexuales y comportamiento de jóvenes universitarios frente a la prevención de infecciones de transmisión sexual. *Enfermería Global*, 19(58), 109-140. Epub 18 de mayo de 2020. <https://dx.doi.org/eglobal.382061>
- Tapia, M. (2017). *Educación sexual para todas y todos: la asignatura urgente para el logro de la igualdad en México* [Archivo PDF]. <https://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/2265.pdf>
- Trejo, F., y Díaz, R. (2013). En torno a la sexualidad: actitudes y orientación sociosexual en una muestra mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 21(1), 7-15.
- Trejo, P., Moreno, P., Macías, M., Valdez, G., Mollinedo, F., Lugo, L., y Araujo, R. (2011). Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(4), 273-280.
- Vásquez, D., Ospino, A.M. (2020). Anticonceptivos orales combinados. *Ginecol Obstet Mex.* <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/anticonceptivos-orales-combinados>
- Vidal, J.M. (2011). ¿Qué enseña la iglesia a los católicos sobre sexualidad? [https://www.religiondigital.org/ser\\_y\\_vivir\\_hoy/ensena-Iglesia-catolicos-sexualidad\\_7\\_1240745921.html#:~:text=La%20sexualidad%2C%20como%20otras%20dimensiones%20de%20la%20opci%C3%B3n,y%20de%20evitar%20lo%20rechazado%20por%20la%20Iglesia.](https://www.religiondigital.org/ser_y_vivir_hoy/ensena-Iglesia-catolicos-sexualidad_7_1240745921.html#:~:text=La%20sexualidad%2C%20como%20otras%20dimensiones%20de%20la%20opci%C3%B3n,y%20de%20evitar%20lo%20rechazado%20por%20la%20Iglesia.)
- Vitela, N. (08 de mayo de 2017). Muere referente de sexología en México. *Reforma.* <https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/articulo/default.aspx?id=1108979&md5=71e3eb46f306e10dd8276c97ce0272c2&ta=0dfdbac11765226904c16cb9ad1b2efe>
- Women's Health. (19 de enero de 2015). *Duchas Vaginales.* [https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/douching.](https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/douching)

Zerega, G. (21 de agosto de 2023). Padres de una comunidad indígena en Chiapas queman los libros de texto del gobierno por ser “del diablo”. *El País*.  
<https://elpais.com/mexico/2023-08-21/padres-de-una-comunidad-indigena-en-chiapas-queman-los-libros-de-texto-del-gobierno-por-ser-del-diablo.html>