



UNIVERSIDAD DE JAÉN

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

TESIS DOCTORAL

•

**ESTRUCTURA SOCIAL Y SU RELACIÓN CON
LOS FACTORES Y CONDUCTAS SEXUALES DE
RIESGO EN JÓVENES ECUATORIANOS**

**PRESENTADA POR:
JUNES L. ROBLES AMAYA**

**DIRIGIDA POR:
DRA. BEATRIZ MONTES BERGES
DRA. MARÍA ARANDA LÓPEZ**

JAÉN, 14 DE SEPTIEMBRE DE 2022

ISBN



Universidad de Jaén

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Departamento de Psicología

Tesis doctoral

ESTRUCTURA SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN JÓVENES ECUATORIANOS

Junes L. Robles Amaya

2022



“La técnica no puede cambiar la situación social; pueden inventarse o mejorarse algunos procedimientos, pero sólo la política puede resolver problemas sociales. La técnica puede ser una herramienta en esta situación, pero nada más”

(Mario Bunge, 1960)

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	9
RESUMEN	11
ABSTRACT	13
ABREVIATURAS	15

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN: CONTEXTUALIZACIÓN GEOSOCIAL Y REVISIÓN TEÓRICA 17

1. EL CONTEXTO ECUATORIANO Y EL ENTORNO UNIVERSITARIO	19
1.1. LA EDUCACIÓN Y LA INTERCULTURALIDAD	20
1.2. EL ENTORNO UNIVERSITARIO	22
2. LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN ECUADOR	25
3. LAS RELACIONES SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD: FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN	35
3.1. FACTORES DE RIESGO PARA CONDUCTA SEXUAL	36
3.2. CREENCIAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y PERCEPCIONES DE RIESGO PARA CONDUCTA SEXUAL	39
4. MODELOS TEÓRICOS QUE EXPLICAN LAS CONDUCTAS PREVENTIVAS DE ENFERMEDAD O PROMOTORAS DE SALUD	43
5. LA RED O ESTRUCTURA SOCIAL, LAS INTERRELACIONES SOCIALES Y LAS CONDUCTAS DE RIESGO	51
6. INTEGRANDO LOS ANTECEDENTES: ASPECTOS CLAVE Y RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES	55

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS 61

1. JUSTIFICACIÓN	63
2. OBJETIVO GENERAL	64
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	65
4. HIPÓTESIS	66

CAPÍTULO III

MEMORIA DE TRABAJOS 71

1. LISTADO DE PUBLICACIONES DE LA TESIS DOCTORAL	73
2. ESTUDIO 1: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DEL RIESGO PARA CONDUCTA SEXUAL EN JÓVENES ECUATORIANOS	75

3. ESTUDIO 2: CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN JÓVENES ECUATORIANOS: CONTRIBUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN, Y CREENCIAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL	89
4. ESTUDIO 3: RED SOCIAL E INTERACCIONES SOCIALES Y SU RELACIÓN CON CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN JÓVENES	127
CAPÍTULO IV	
RESUMEN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN INTEGRADA	149
1. DISCUSIÓN DE LAS PERCEPCIONES SOBRE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN/RIESGO Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS SEXUALES	152
3. DISCUSIÓN SOBRE LAS EXPECTATIVAS Y CREENCIAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LAS PERCEPCIONES Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO	159
4. DISCUSIÓN SOBRE LA FORMA INDIVIDUAL Y GRUPAL DE RELACIONARSE Y SU PAPEL EN LA PERCEPCIÓN DE RIESGO, LAS EXPECTATIVAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL, Y LAS CONDUCTAS SEXUALES	162
4. DISCUSIÓN SOBRE EL EFECTO DEL GÉNERO, LA EDAD, LA AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LA PROCEDENCIA, SOBRE LAS PERCEPCIONES ACERCA DE LOS FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN, CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO, EXPECTATIVAS SOBRE EL ALCOHOL Y LAS INTERACCIONES SOCIALES	166
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES	175
2. FORTALEZAS Y LIMITACIONES	183
3. PERSPECTIVAS FUTURAS	185
REFERENCIAS	187
ANEXOS	205
1. ESCALA DE PERCEPCIÓN DEL RIESGO PARA CONDUCTA SEXUAL EN JÓVENES ECUATORIANOS (EPRCS)	207
2. CUESTIONARIO DE EXPECTATIVAS HACIA EL ALCOHOL (AEQ)	209
3. TEST SOCIOMÉTRICO (ISI, ISG, ISR-S)	213
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	215
5. AUTORIZACIÓN DE LAS UNIVERSIDADES PARA EL ESTUDIO	217

Agradecimientos

A las instituciones educativas de la Zona 5 de Ecuador, Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), por el apoyo a la investigación y a la docencia. A la Universidad de la Península de Santa Elena, Universidad Estatal de Bolívar, Universidad Técnica de Babahoyo y a la Universidad Agraria de Ecuador, pertenecientes a la Red de Universidades de Investigación y Postgrado (RUIP), por aceptar ser parte de este proyecto.

A la Universidad de Jaén, España ¡una de las mejores universidades junior del mundo! por haber permitido concluir mis estudios doctorales con la guía de profesoras de la más alta calidad, como son mis directoras de tesis, doctoras: Beatriz Montes-Berges y María Aranda López. Beatriz, brillante, puntual y oportuna en sus orientaciones, ¡gracias por la implicación en esta quimera! María, mi “ángel”, por estar siempre presente y apoyarme en los avances o tropiezos y alentarme a continuar en este sueño. Sin embargo, la mayor luz de estas increíbles mujeres, es su sensibilidad humana, la sencillez con la que asumen su rol de directoras. ¡Gracias Beatriz y María una vez más!, por haberme animado en los momentos difíciles de este proceso, sin el apoyo de ustedes mi camino hubiera sido más complicado.

Gracias a Miguel Ángel, mi padre (+), por su amor, que prematuramente dejó marcado en mi corazón. A Anita Benigna, mi grandiosa madre (+) quien, con amor y dedicación, me enseñó que con pasión y perseverancia se consiguen los sueños y el éxito.

A mis hermanas, Betty, el “pan de dulce” que con su paciencia y bondad hace ver que lo difícil sea fácil; a Herminia, mi “yunta, mi pana” luchadora y perseverante, quien rompiendo paradigmas busca la realización de sus sueños; y mi hermano Veder, “fuente de alegría” que con sus ocurrencias es imposible no reír. ¡Gracias por darme tanto!

A mis hijas e hijo, Sandy Vanessa, Evelyn Katherine y Ciro Gabriel, por su amor, comprensión y complicidad para el logro de este gran sueño ¡gracias por ser la razón de mi vida!

A “mis grandes amores” Doménica y Camila, mis nietas, por ser las musas que han inspirado el adentrarme en la navegación de la investigación científica, con la esperanza de aprehender y al mismo tiempo, proponer mejoras para la prevención y fomento de la salud integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes ecuatorianos.

Al señor Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la UNEMI, directoras de las carreras de Enfermería, Nutrición y Fisioterapia. A mis amigos y amigas de la “advisors office”, y del gran ex CAE (Centro de Atención de Enfermería), donde la “cómplice” Marianita nos recibía y compartíamos los mejores momentos del día ¡gracias!

Finalmente, mi profundo reconocimiento a la población adolescente y joven, porque me permitieron develar parte del gran “iceberg” que esconde un tema trascendental y vigente, como son, las conductas sexuales de riesgo, que concierne e implica a todos y todas, especialmente a las estructuras o redes de la sociedad, como las universidades.

Resumen

Uno de los problemas de salud pública a nivel mundial está relacionado con la salud sexual y la salud reproductiva de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Algunas investigaciones establecen que las conductas sexuales que suponen un riesgo para la salud son el inicio de las relaciones sexuales cada vez a edades más tempranas, el uso inconsistente de medios de protección, así como también, la falta de conocimientos sobre sexualidad y factores relacionados con las percepciones del riesgo y las creencias hacia el consumo de alcohol. La intersección de estas conductas con otras como el consumo del alcohol intensifican los riesgos; esto supone una amenaza a la salud de las personas, especialmente aquellas en situaciones de vulnerabilidad. En países como Ecuador, la alta incidencia de estas conductas de riesgo y los datos de informes que revelan su impacto en el número de embarazos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años o el alza permanente de la tasa de infecciones por VIH, justifica la necesidad de hacer un abordaje integral fundamentado en la investigación. La presente tesis doctoral se sustenta en el análisis de variables que podrían ofrecer una mayor comprensión de los factores cognitivos que operarían promoviendo o desincentivando conductas sexuales de riesgo/protección. En concreto, dos objetivos generales articulan la tesis: (1) analizar el efecto de las percepciones y creencias acerca de conductas de riesgo, y las expectativas sobre la ingesta de alcohol sobre los comportamientos y prácticas sexuales; (2) estudiar el efecto de la forma individual y grupal de relacionarse con el grupo de iguales en dichas conductas sexuales, así como en la percepción sobre los factores de riesgo/protección y expectativas sobre el consumo de alcohol. Para responder a los objetivos, se llevaron a cabo tres estudios con un total de 3.644 jóvenes ecuatorianos ($M_{\text{edad}} = 19.92$, $SD = 2.30$; 55.2% mujeres, 44.8% hombres). De los resultados incluidos en la tesis doctoral, el diseño y validación de la *“Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en Jóvenes Ecuatorianos”* contribuye

con una herramienta fiable y válida a la evaluación de la capacidad de los/as adolescentes y los/as jóvenes de discernir qué conductas en el marco de la sexualidad podrían suponer un riesgo o una protección para su salud. El inicio de la vida sexual en más de la mitad de los y las participantes empezó entre los 10 y 14 años. El grupo de hombres presenta más número de parejas sexuales que las chicas. El uso del preservativo en la primera relación sexual y en los próximos encuentros sexuales es mayor en los hombres en comparación con las mujeres. Asimismo, la percepción del riesgo sobre la conducta sexual y las creencias sobre el consumo de alcohol se asociaron significativamente en todos sus factores. Otro hallazgo fue la influencia de las interacciones sociales, individuales y grupales, sobre las creencias y expectativas hacia el consumo de alcohol, y la actitud sobre la acción razonada de elegir un comportamiento de riesgo en base a la percepción del riesgo, o elegir una conducta protectora para conducta sexual tanto de chicos como de chicas. Finalmente, el género determinó diferencias significativas en todos los factores relacionados con las expectativas sobre el alcohol. La edad, la etnia y la zona geográfica de procedencia, mostraron diferencias significativas con las interacciones sociales. Estos hallazgos de manera conjunta implican un impulso al conocimiento de las interacciones sociales, las percepciones y creencias como factores de riesgo o de protección para la salud sexual. Se aporta información valiosa de cara a futuras intervenciones desde las diferentes estructuras sociales -incluidas las universidades- como espacios para potenciar estrategias de prevención de la salud sexual de los y las jóvenes considerando factores cognitivos y sociodemográficos como el género, la etnia, la edad y la procedencia.

Palabras clave: conductas sexuales, factores de riesgo y protección, estructura social, jóvenes, Ecuador.

Abstract

One of the public health problems worldwide is related to the sexual and reproductive health of girls, boys, adolescents and young people. Some research establishes that the sexual behaviors that pose a risk to health are the beginning of sexual intercourse at younger ages, the inconsistent use of means of protection, as well as the lack of knowledge about sexuality and factors related to risk perceptions and beliefs towards alcohol consumption. The intersection of these behaviors with others such as alcohol consumption intensifies the risks; This poses a threat to people's health, especially those in situations of vulnerability. In countries like Ecuador, the high incidence of these risky behaviors and the data from reports that reveal their impact on the number of pregnancies in girls and adolescents between the ages of 10 and 14, or the permanent rise in the rate of HIV infections, justifies the need for a comprehensive approach based on research. This doctoral thesis is based on the analysis of variables that could offer a greater understanding of the cognitive factors that would operate by promoting or discouraging risky/protective sexual behaviors. Specifically, two general objectives articulate the thesis: (1) analyze the effect of perceptions and beliefs about risk behaviors, and expectations about alcohol intake on sexual behaviors and practices; (2) to study the effect of the individual and group way of relating to the peer group on these sexual behaviors, as well as on the perception of risk/protection factors and expectations about alcohol consumption. To meet the objectives, three studies were carried out with a total of 3,644 young Ecuadorians ($M_{\text{age}} = 19.92$, $SD = 2.30$; 55.2% women, 44.8% men). From the results included in the doctoral thesis, the design and validation of the "Risk Perception Scale for Sexual Behavior in Young Ecuadorians" contributes with a reliable and valid tool to assess the ability of adolescents and young people to discern what behaviors in the context of sexuality could pose a risk or protection for their health. The onset of sexual life in more than half of the participants

began between the ages of 10 and 14. The group of men presents a greater number of sexual partners than the girls. The use of condoms in the first sexual intercourse and in the next sexual encounters is greater in men compared to women. Likewise, the perception of risk about sexual behavior and beliefs about alcohol consumption were significantly associated in all its factors. Another finding was the influence of individual and group social interactions on the beliefs and expectations towards alcohol consumption, and the attitude on the reasoned action of choosing a protective behavior based on the perception of risk, or choosing a risk behavior for sexual conduct of both boys and girls. Finally, gender determined significant differences in all factors related to expectations about alcohol. Age, ethnicity and geographical area of origin showed significant differences with social interactions. Together, these findings imply a boost to the knowledge of social interactions, perceptions and beliefs as risk or protective factors for sexual health. Valuable information is provided for future interventions from the different social structures -including universities- as spaces to promote sexual health prevention strategies for young people, considering cognitive and sociodemographic factors such as gender, ethnicity, age and provenance.

Keywords: Sexual behaviors, risk and protection factors, social structure, young people, Ecuador.

Abreviaturas

CEPAL: Centro de Estadísticas para América Latina y el Caribe

CNII: Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional

CSR: Conductas sexuales de riesgo

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

MSP: Ministerio de Salud Pública

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SENPLADES: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo

SS y SR: Salud Sexual y Salud Reproductiva

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN: CONTEXTUALIZACIÓN GEOSOCIAL Y

REVISIÓN TEÓRICA



*“¡Qué viva mi amorfino! / que canto con
mucho amor / porque es una joya linda
/ folklor de mi Ecuador”*

Amorfino montuvio.

1. El contexto ecuatoriano y el entorno universitario

Ecuador está constituido por niveles administrativos de planificación territorial distribuidas en nueve Zonas geográficas que acogen a 24 provincias, 140 Distritos y 1134 Circuitos, y que toman el nombre del propio número (Figura 1). Asimismo, las Agendas Zonales, que se ejecutan en el territorio, se elaboran en el marco del Plan Nacional para el Buen Vivir, de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES en adelante), considerando características geográficas, diversidad cultural y étnica, entre otras (SENPLADES, 2017).

La Zona 5 está conformada por cinco provincias (Guayas [excepto los cantones de Guayaquil, Durán y Samborondón], Los Ríos, Santa Elena, Bolívar y el Régimen Especial de las Islas Galápagos), es una de las más extensas (13% de la extensión territorial del país) y la segunda con mayor población -después de la Zona 4- (exceptuando las Zonas 8 y 9 que corresponden a ciudades metropolitanas). Esta Zona tiene una ubicación estratégica que favorece la variedad de ecosistemas de tres regiones naturales de Ecuador (Costa, Sierra y región Insular), beneficiando también la presencia de la diversidad cultural y étnica ecuatoriana (SENPLADES, 2015, 2017). Considerando las características únicas de esta Zona y su representatividad de los territorios de Ecuador, el presente estudio se realizó en cuatro de sus cinco provincias.

De acuerdo con el último registro publicado por el Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010) en la Zona 5,

el 51.9% de la población vive en la zona urbana y el 48.1% en la rural. Además, el grupo etario más numeroso corresponde al grupo de 10 a 14 años de edad. Sus habitantes se autodefinen como mestizos/as (61.0%), montuvios/as¹ (25.0%), afroecuatorianos/as (6.00%), blancos/as (5.00%) y como indígenas (3.00%). Así, los grupos étnicos están presentes en todas las provincias de la Zona 5, con mayor incremento de unos grupos étnicos respecto a los demás, constituyendo la población étnica un eje transversal en la agenda del Estado (SENPLADES, 2015).

Figura 1.

Zonas de Planificación territorial, Ecuador.



Fuente: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Ecuador s/f).

1.1. La educación y la interculturalidad

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (en adelante UNESCO, por sus siglas más conocidas en inglés) mediante

¹ Definidos como campesinos/as de la costa ecuatoriana. El pueblo montuvio es laborioso, amante de actividades agrícolas, de espíritu combativo y probada destreza para domar caballos. Protagonistas de la historia de Ecuador desde la Guerra de la Independencia hasta la actualidad. Su amor o desamor lo expresan a través de versos cortos llamados “amorfinos”. En 1934, el escritor guayaquileño José de la Cuadra, reafirma la identidad del pueblo montuvio ecuatoriano a través de su obra “Los Sangurimas”. Se asume la escritura de "montuvio" en lugar de "montubio" con el fin de recuperar el carácter histórico y social de la palabra como sustento de la ecuatorianidad.

el artículo 4.8, de la Convención sobre la Protección y la Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales, definió la interculturalidad como “[...] la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de la actitud de respeto mutuo” (UNESCO, 2005, p. 5). Esto pone el acento en entender las diferencias e interrelaciones interculturales, así como también fomentar su coexistencia en base al respeto entre ellas, coincidiendo en un espacio físico.

Ecuador es un país considerado como pluricultural y multiétnico, debido a la gran variedad de culturas distribuidas en todo su territorio. Al respecto, en un estudio sobre Etnohistoria de los pueblos y nacionalidades originarias de Ecuador, define como Nacionalidad indígena, al “conjunto de pueblos milenarios y constitutivos del Estado Ecuatoriano”. Además, según el último Censo de Población y Vivienda realizado en el 2010, el 7.00% de población ecuatoriana se autoidentificó como indígena y el 7.20% como afroecuatoriano/a (INEC, 2010).

Asimismo, Ecuador expresó su voluntad de reconocer la diversidad de sus regiones, pueblos, etnias y culturas, al precisar en el artículo 1 de su Constitución que “Ecuador es un Estado [...] intercultural, plurinacional y laico” (Asamblea Nacional, 2008, p. 8). A partir de esta reforma, en el país empezó un despliegue de propuestas para el ámbito educativo como la Ley Orgánica de Educación Intercultural, que en el artículo 1 de la misma decreta que la “Ley garantiza el derecho a la educación, determina los principios y fines generales que orientan la educación ecuatoriana en el marco del Buen Vivir, la interculturalidad y la plurinacionalidad...” (Asamblea Nacional, 2011, p. 10). Sin embargo, a pesar de estos cambios generados por el Estado, todavía existen vacíos que deben ser superados, como, que las mallas curriculares no evidencian la incorporación de alguna lengua indígena, los indígenas deben aprender español, salvo casos excepcionales donde se ha incorporado la educación bilingüe, sobre todo en zonas rurales (Rodríguez-Cruz, 2019). En otras palabras, el establecimiento de leyes ha creado un espacio para la interacción entre las culturas. Sumado a esto,

el incremento de la migración de población indígena hacia las zonas urbanas, donde existía un predominio de población mestiza, promovió una mayor interacción entre culturas (Aceldo y Quito, 2021) lo que podría haber minimizado el impacto adverso que se podría generar en los contextos educativos por las diferencias entre las diversas expresiones culturales.

1.2. El entorno universitario

En los últimos años, el entorno educativo en Ecuador se ha visto apoyado por algunos pilares legales como la Constitución de la República, acuerdos internacionales, leyes y normas nacionales (con enfoque de inclusión e interculturalidad) y un plan nacional auxiliado por ejes transversales dirigidos al ámbito educativo formal (e.g., el cuidado de la salud, la educación sexual integral) (De la Herrán Gascón et al., 2018). Asimismo, las reformas curriculares se han ido implementando de forma paulatina y han contribuido a interactuar armoniosamente entre la diversidad cultural y étnica, en un mismo contexto social (Aceldo y Quito, 2021).

Respecto a la formación del profesorado que debe abordar los temas sobre sexualidad desde su asignatura, estudios previos realizados en Ecuador, mostraron que, el 55.6% de los/as docentes participantes percibieron tener conocimientos útiles, pero no suficientes sobre sexualidad para dar respuestas a preguntas de estudiantes y consultas de padres/madres de familia. Asimismo, el 35.0% expresó sentirse incómodo, inseguro o desinformado, el 24.0% de docentes cumple con afrontar la educación para la sexualidad como un eje transversal desde su asignatura y más de una tercera parte del profesorado indica que solamente cuando se siente obligado por alguna emergencia aborda la temática. Igualmente, un gran porcentaje no recibieron formación teórica ni metodológica sobre educación sexual. La misma fuente estableció que, el 73.9% de profesorado estima que el inicio de las relaciones sexuales debe darse después del matrimonio, el 41.1% considera que la educación sexual que se imparte tiene

poco efecto, por lo tanto, no es importante brindarle atención (Manzano-Pauta y Jerves-Hermida, 2015, 2018). A lo anterior se suma la insuficiente formación del profesorado de colegios públicos y privados en temas sobre sexualidad, además de percepciones y marcados prejuicios.

Todos los factores mencionados dejan vislumbrar algunos dilemas que enfrenta la educación de la salud sexual en la niñez, adolescencia y juventud ecuatoriana.

“Mientras más caminaba, más andaba”²

(Expresión popular anónima)

2. La salud sexual y salud reproductiva en Ecuador

Históricamente, los prototipos de intervención respecto a la educación sexual han sido realizados desde el modelo biomédico. Sin embargo, las diversas rewertas que se han suscitado en los últimos años en torno a los derechos, como la igualdad de género o la interculturalidad, han logrado poner en relieve el tema de la salud sexual integral. De este modo, en América de Sur la educación sexual se ha convertido en una prioridad pública, dónde unos países se ajustan a leyes específicas que reglamentan de manera obligatoria la educación sexual (como es el caso de Ecuador), y otros, solamente incluyen algunas acciones (Baez y González del Cerro, 2015) (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Tipo de regulación de educación sexual en países de América del Sur.

Países con Leyes específicas sobre educación sexual	Países con Leyes generales con mención específica	Países con Programas de educación sexual	Países con Proyectos y acciones
Ecuador	Chile	Brasil	Paraguay
Colombia	Perú		
Argentina	Venezuela		

² Expresión popular de las personas mayores del pueblo afroecuatoriano para indicar que hay una diferencia entre el caminar y el andar. El “caminar” es hacerlo sin rumbo, mientras que el “andar” es hacerlo con un horizonte, con “mamuncia” (cabeza) y con corazón.

Uruguay

Bolivia

Guyana

Fuente: Basado en Baez y González del Cerro (2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante), declara que el avance relacionado con la salud de niños, niñas, adolescentes y mujeres en América Latina y el Caribe, no ha sido igualitario, y por este motivo se expone el “Plan de Acción 2018-2030” (Organización Panamericana de Salud [OPS]/OMS, 2018) con la finalidad de disminuir las diferencias, sobre todo, en determinados grupos poblacionales (e.g., indígenas, afrodescendientes, residentes en zonas rurales) (OPS, 2017) y acelerar la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). De acuerdo con el “Informe sobre la salud de adolescentes y jóvenes en las Américas” (2010-2018), el indicador sobre el uso de anticonceptivos en mujeres no varió (68.0%), quedándose embarazadas el 2.00% antes de los 15 años de edad, con una tendencia al incremento del número de embarazos (OPS/OMS, 2018). De acuerdo con datos del Banco Mundial (2016), América Latina y el Caribe ocupan el segundo lugar, a nivel mundial, con la tasa más alta de embarazos en adolescentes, además estaría relacionada con la violencia sexual y el matrimonio/unión a edades más tempranas.

Ecuador garantiza el derecho a la salud mediante el artículo 32 de la Constitución de la República (Asamblea Nacional, 2008), en el que se expresa que la Salud Sexual y Salud Reproductiva (en adelante, SS y SR) es un derecho humano. Éste, a su vez, se articula con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo CE, 1994) que es el evento donde por primera vez se mencionan los derechos sexuales y reproductivos. Además, entre los acuerdos internacionales, Ecuador, a través del Ministerio de Salud Pública (en adelante MSP) ha asumido la responsabilidad, entre otros compromisos, de la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH,

mejorar el acceso a los servicios de educación integral, con énfasis en la población de mujeres, adolescentes y jóvenes (MSP, 2018).

En Ecuador, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos está siendo afectado por factores sociales, económicos, de género y étnicos. Estas consecuencias se visualizan tanto en el grupo de mujeres de 10 y 14 como de 15 a 19 años y están relacionados con la SS y SR, como son el inicio temprano de las relaciones sexuales, el embarazo de niñas y adolescentes, la violencia basada en género, falta de acceso a métodos anticonceptivos, incremento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH (Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, 2014; MSP, 2017). Además, el 32.7% de mujeres ecuatorianas han sido agredidas sexualmente, de ellas, el 32.6% corresponden a la zona urbana y el 22.9% a la rural (INEC, 2016) (Tabla 2).

Tabla 2.

Porcentaje de mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género en los últimos 12 meses (año 2019).

Nivel		Porcentaje
	Nacional	31.6%
Nacional	Urbana	33.3%
	Rural	27.4%
	Bolívar	16.2%
Zona 5	Guayas	32.9%
	Los Ríos	19.5%
	Santa Elena	20.6%

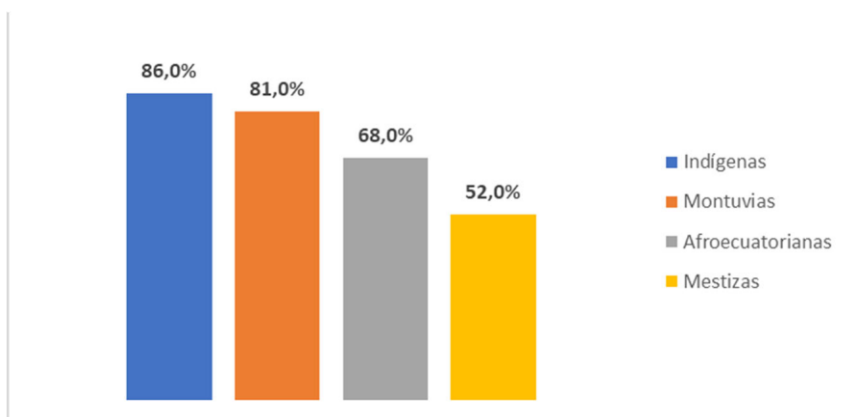
Fuente: INEC (2019).

Asimismo, organismos internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en adelante UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (en adelante UNFPA, por sus siglas en inglés, respectivamente) y la Organización de las Naciones Unidas (en adelante ONU) indican que en América Latina y el Caribe más del 60.0% de mujeres se casaron antes de los 18

años y el 36.0% corresponde a la zona rural. Además, las niñas indígenas son las más vulnerables ante el inicio de una vida sexual a edades muy tempranas (UNICEF/UNFPA/ONU , 2018). A lo antes expuesto, se unen otras variables relacionadas con el género y las etnias, como es la feminización de la pobreza, de esta manera, el 57.0% de la población de mujeres es pobre (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, [CNII en adelante]) (CNII, 2014) (ver Figura 2), dejando al descubierto la situación de vulnerabilidad de los diversos grupos étnicos, y dentro de ellos, especialmente las mujeres.

Figura 2.

Distribución porcentual de pobreza de las mujeres en distintos grupos étnicos.



Fuente. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (2014).

Entre la normativa implementada en el país relacionada con la SS y SR, en los últimos años, destacan los siguientes planes y leyes:

- I. *Plan de Acción de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006-2008.* Entre los principales problemas que identifica el documento están el inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas y el alto índice de embarazos en adolescentes, lo que incrementa la morbilidad y mortalidad en mujeres. Ambos factores de riesgo para la salud se enlazan con la falta de educación general y de SS y SR de manera específica. El plan contiene algunas

líneas estratégicas (e.g., ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres) que se materializarían mediante planes y programas (e.g., plan de reducción de la mortalidad materna, programas de planificación familiar, de violencia de género, de prevención de VIH/SIDA e ITS (MSP, 2007).

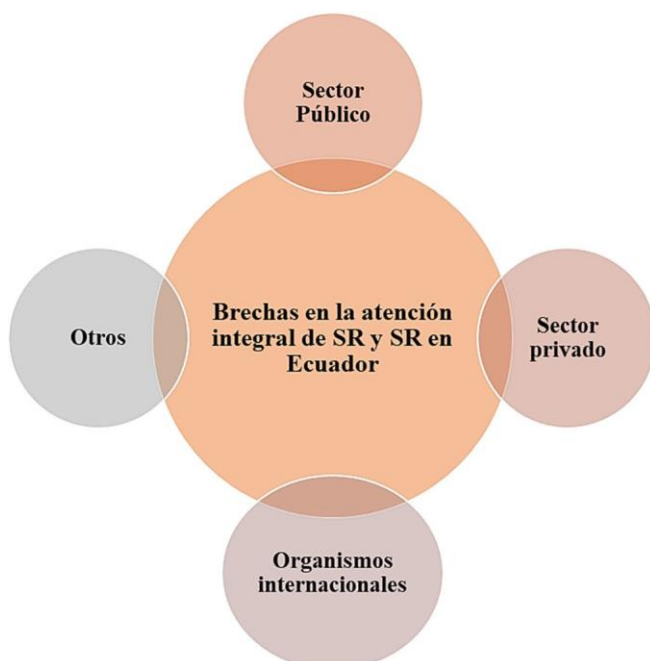
- II. *Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud*. Es una estrategia que responde al Modelo de Atención Integral de Salud que se coordina con los prestadores de servicios obstétricos y neonatales interinstitucionales incluyendo a los proveedores de salud de la medicina ancestral (como parteras comunitarias) (MSP, 2013).
- III. *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*. Esta ley nace el 9 de septiembre de 1994 mediante Registro Oficial N°. 523 y fue actualizada el 31 de octubre de 2005, Registro Oficial N°. 136. En su Art 1, dispone el derecho que tiene toda mujer a la atención gratuita durante el embarazo, parto y postparto. Además, en su Art 2 determina sobre la maternidad que “se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA) [...]” (Poder Legislativo, 2006).
- IV. *Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/SIDA e ITS, 2018-2022*. Ecuador, por ser miembro de las Naciones Unidas, acogió la aprobación de Declaración de Política sobre VIH/SIDA (7 de junio de 2016) para acelerar la lucha contra el VIH y respaldar la Agenda 2030 de los ODS. En este contexto, Ecuador se ha comprometido con, entre otros objetivos, la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la mejora del acceso a los servicios de educación sexual integral con énfasis en las mujeres, jóvenes y adolescentes (MSP, 2018).
- V. *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021*. El plan se orienta en el derecho a la salud, los derechos sexuales y derechos

reproductivos, la igualdad, el género, la sexualidad integral, la inclusión social, la interculturalidad, la intergeneracionalidad, y los derechos de participación y ciudadanía en salud. Entre los principales problemas que justifica el plan se encuentra la muerte materna, correspondiendo al grupo 15-19 años el 13.6% de 976 muertes ocurridas entre los años 2010 y 2014 (MSP, 2017). Otro problema de salud pública es el embarazo en adolescentes. Al respecto, el Centro de Estadísticas para América Latina y el Caribe (CEPAL) estableció que Ecuador es el tercer país a nivel de la Región con la tasa más alta de embarazos en adolescentes de entre 10 y 19 años (Bársena, 2013).

El Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021 fue realizado con la participación de algunos actores, que fueron identificados de acuerdo a sus intereses, objetivos comunes, sus interacciones y su capacidad política para influir en decisiones frente al Plan (MSP, 2017) (Figura 3).

Figura 3.

Actores del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.



Fuente: Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021 (Ministerio de Salud Pública, 2017).

VI. Finalmente, la *Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018–2025*. Esta política tiene como objetivo contribuir a la prevención y reducción del embarazo en niñas y adolescentes, en el marco de la Constitución, de las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 (SENPLADES, 2017), de los ODS (Agenda 2030), planteándose los siguientes objetivos específicos (MSP, 2018):

1. Institucionalizar políticas públicas sectoriales e intersectoriales para prevenir el embarazo y la violencia sexual en niñas y adolescentes.
2. Promover el cambio de patrones socioculturales negativos que limitan la vivencia de la sexualidad, la SS y SR y naturalizan la violencia basada en el género en niñas, niños y adolescentes.
3. Garantizar el ingreso, reinserción y permanencia de los y las adolescentes en el sistema educativo hasta la culminación del bachillerato.
4. Promover entornos familiares seguros y el fortalecimiento de factores protectores para el desarrollo integral de la sexualidad en niñas, niños y adolescentes.
5. Promover mecanismos de participación que fomenten la exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos de los y las adolescentes.
6. Promover la salud y el desarrollo positivo en adolescentes.

En una investigación cualitativa realizada por el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII en adelante) y el UNFPA, en tres provincias de la frontera norte de Ecuador, relacionada con las uniones tempranas forzadas, el embarazo en adolescentes, la violencia sexual y el suicidio, se identificaron diferentes debilidades en cuanto a la respuesta que el sistema institucional implementado brindó en las diferentes acciones e intervenciones realizadas para la prevención y atención de esta problemática (CNII/UNFPA, 2021). Conviene,

pues, conocer estas debilidades del sistema para poder buscar soluciones. Entre ellas, se enfatizan:

- *Prevención y promoción de derechos.* Falta de acompañamiento, monitoreo y evaluación de las estrategias de prevención y promoción de derechos de laSS y SR, tanto de las personas (salud y educación) como de las familias. Además, las campañas y estrategias de prevención del embarazo en adolescentes responsabilizan e involucran únicamente a las mujeres que no reconocen su situación de vulnerabilidad ni sus derechos sexuales ni reproductivos, dejando al margen a los hombres. Asimismo, hay una deficiente formación de docentes en temas relacionados con la sexualidad, no los consideran como temas transversales, y expresan no sentirse capaces para abordarlos. Se suma a todo esto, las creencias y estereotipos de las familias sobre el abordaje de los temas sobre sexualidad.
- *Detección.* No se cuenta con un sistema de información y comunicación para un trabajo coordinado. Además, existe desconocimiento de las leyes y desinterés por notificar los casos, a pesar de contar con protocolos en cada institución.
- *Atención/abordaje integral.* Existen desencuentros y falta de claridad cuando deben articularse para el trabajo interinstitucional, sobre todo entre salud y educación y la definición de roles y competencias respectivas. El área de justicia, carece de recursos humanos suficientes y especializados. Además, en muchas ocasiones el proceso judicial no llega a término porque las víctimas (mujeres) se ven obligadas a retirar las denuncias por temor al maltrato de su pareja o no denuncian el hecho para evitar sentirse rechazadas por su entorno social.
- *Seguimiento.* No existen planes intersectoriales, indicadores ni sistemas de información para realizar seguimiento de las acciones. No hay retroalimentación ni cruce de información entre los diferentes niveles de atención de salud ni con otros actores del sistema.

En suma, el Estado Ecuatoriano, a través de la Constitución de la República, del establecimiento de políticas públicas, leyes, planes y normativas, regula y garantiza el derecho a la salud, a los derechos de SS y SR de los niños y niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres. Sin embargo, los problemas de salud son multifactoriales y con repercusión social, como el incremento de embarazos en niñas y adolescentes, las edades cada vez más tempranas del inicio sexual, relaciones sexuales sin protección y el incremento de infecciones por VIH, lo que hace entrever que este esfuerzo político no ha sido suficiente.

“Aunque pegue o, aunque mate, marido es”³

(Expresión popular anónima recogida por Garces-Vargas, 2021)

3. Las relaciones sexuales en la adolescencia y juventud: factores de riesgo y de protección

La etapa de la adolescencia está caracterizada por cambios físicos, psicológicos y de interacciones sociales. Además, es la edad donde se incrementa el interés o la atracción por otras personas y se produce el inicio de la vida sexual. Autores como Mitchell y Welling (1998) consideran que, para que la primera relación sexual se considere saludable debe satisfacer algunos aspectos como, (i) *anticipada*, (ii) *deseada* (por la pareja), (iii) *con protección* (frente a embarazos no deseados o ITS), (iv) *disfrutada*. Sin embargo, esta experiencia algunas veces estaría influenciada por varios factores como el entorno familiar (padres/madres, sobre todo en el caso de las chicas); por las creencias, las percepciones o por los conocimientos que tenga el individuo sobre sexualidad; y por la presión del grupo de iguales, lo que influiría sobre la decisión de elegir un comportamiento (riesgo/protección) frente a las conductas sexuales (Sánchez García y Muñoz Silva, 2005).

³ Es una expresión popular atribuida a las mujeres del pueblo indígena, que expresa el alto grado de sumisión femenina frente al machismo y a la violencia de género. Es tan antigua como la historia del país, sin embargo, sigue vigente, siendo las propias mujeres indígenas que “todavía aceptan que la realidad es esa y que no hay más que resignarse”

Las conductas sexuales de riesgo (en adelante CSR) son una problemática que promueve la aparición de peligros relacionados con la SS y SR, y afectan al desarrollo psicológico y social de adolescentes y jóvenes. Para Espada Sánchez et al. (2003) una conducta sexual de riesgo es la que se relaciona con una exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud, así como la insuficiente información puede conducir a un comportamiento de riesgo de transmisión del VIH o de embarazos no planeados. Reina Granados y Sierra (2016) en su estudio establecen como comportamientos sexuales de riesgo el mantener sexo sin protección (con riesgo de adquirir una ITS o embarazo no deseado), mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol/drogas, mantener sexo como profesión, tener relaciones sexuales con múltiples parejas, o mantener encuentros sexuales casuales. Sin embargo, no existe un acuerdo en cuanto a una clasificación de las conductas sexuales consideradas de riesgo. Otros autores las organizan de la siguiente manera: a) inicio temprano de las relaciones sexuales, b) sexo oral, vaginal y anal, c) número de parejas sexuales, d) ser infiel a la pareja, e) relaciones sexuales y consumo de alcohol/drogas, f) relaciones sexuales sin protección, y g) insuficientes e inadecuados conocimientos sobre sexualidad (Alfonso, et al., 2019; Alfonso et al., 2020; Bahamón Muñetón et al., 2014; Bouniot-Escobar et al., 2017).

Desde este abordaje teórico, las conductas sexuales consideradas de riesgo identificadas más frecuentemente son: el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el uso de medios de protección (especialmente el preservativo), el mantenimiento de relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y el nivel de conocimientos sobre sexualidad.

3.1. Factores de riesgo para conducta sexual

La población adolescente y joven es considerada vulnerable debido a que está expuesta a factores y conductas de riesgo como el consumo de alcohol y los comportamientos sexuales no saludables. Asimismo, las ITS, especialmente en la

juventud, constituyen una preocupación de salud pública a nivel mundial debido a su alta incidencia. A finales del 2019 se estimaba que 38 millones de personas podrían haberse infectado con el VIH y que el 62.0% de estas nuevas infecciones habrían ocurrido entre personas de 15 a 49 años que han tenido relaciones sexuales de riesgo (OMS, 2020). Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en Ecuador para el año 2020 se esperaría una tasa de incidencia de 0.22/1000 habitantes, superior a lo esperado para América Latina en el 2019 (0.19/1000 habitantes) (MSP, 2021). La misma fuente menciona que la mayor incidencia de casos de VIH en el 2020 se presentó en la Zona de Salud 5 correspondiendo a las provincias de Guayas (31.6%), Los Ríos (5.34), Santa Elena (1.52%) y Bolívar (0.42%).

Otra conducta considerada de riesgo para la salud física, mental y social son los embarazos no planeados, especialmente de niñas y jóvenes de 10 a 19 años. De acuerdo con el MSP, “el embarazo en niñas y adolescentes constituye un problema social y de salud pública, que evidencia la desigualdad, la injusticia social y una clara violación de los derechos humanos, con un impacto social, económico y cultural invaluable” (MSP, 2018, pág. 1). Además de que Ecuador se alza como el tercer país con la tasa más alta de embarazos en chicas de entre 10 y 19 años, se estima que el 89.9% tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años (MSP/UNFPA, 2017). Asimismo, de acuerdo con USAID From the American People (2015) en Ecuador se presentó un 22.0% de uniones infantiles forzadas. En la misma línea, otro estudio determinó que, del grupo de adolescentes (15-19 años) que ya eran madres, correspondió el 19.0% a mujeres indígenas (Céspedes y Robles, 2016).

Respecto a las conductas sexuales a nivel Latinoamericano, algunos estudios evidencian datos sobre los hábitos y CSR, especialmente entre adolescentes, jóvenes y jóvenes-adultos. En Brasil se encontró que, de los y las participantes activos sexualmente (80.0%), el 69.4% había tenido más de una pareja sexual (Da Silva et al., 2018). En Colombia, se indica que el 87.0% ha

participado en comportamientos sexuales de riesgo (Badillo-Viloria et al., 2020). En Chile, un estudio indica que más de la mitad de la población del estudio realiza actividades de riesgo sexual, así, el inicio de la actividad sexual fue a los 18 años (concretamente el 88.3% de los hombres y el 74.7% de las mujeres), baja frecuencia en el uso del preservativo (48.0%) y haber tenido más de una pareja sexual (hombres el 66.2% y mujeres el 53.2%) (Bouniot-Escobar et al., 2017). En Perú, el 87.3% de los/las adolescentes participantes en un estudio han consumido alcohol y de ellos/as, el 83.8% tuvo relaciones sexuales bajo sus efectos (Ortiz-Melgar et al., 2015). En Ecuador, los/as jóvenes evaluados identificaron como CSR el uso inconsistente del preservativo y combinar el alcohol con las relaciones sexuales (25.0%) (Robles y Espinel, 2017). Otro estudio evidenció que, de los y las participantes activos sexualmente que recibieron alguna forma de orientación/educación sobre temas de sexualidad fueron el 72.8% y el 53.2% de ellos, no usaron ningún medio de protección (Solórzano-Torres et al., 2019).

Otro factor considerado como de riesgo para conducta sexual está relacionado con el consumo de alcohol. Así, la OPS, a través del Informe sobre la Situación Mundial del Alcohol y la Salud 2018, determina que el consumo indebido de alcohol constituye un factor de alto riesgo para la salud de adolescentes, debido a que más de la cuarta parte (26.5%) de la población mundial entre 15 y 19 años son bebedores (OPS, 2019). En Ecuador, el MSP determina una prevalencia de consumo de alcohol del 51.8% en hombres y del 27.3% en mujeres con mayor incremento en el grupo poblacional de 18 a 44 años de edad (MSP, 2018). Otros estudios revelan que, el 59.7% de los y las participantes entre 15 y 18 años de edad consumen alcohol con frecuencia, observándose la mayor incidencia en los hombres (45.1%); sin embargo, en las mujeres se potencia su consumo a medida que incrementan su edad (Acosta et al., 2019; Macías et al., 2020; Pilco et al., 2021). Asimismo, Meneses et al. (2019) mostraron que entre los predictores para el consumo de alcohol en Ecuador estaban, además del factor económico, el ser hombre y habitar en la zona urbana.

Los datos concretos de conductas de riesgo para la salud en Ecuador revelados en el último Registro Oficial disponible del año 2015, mostraron tasas altas de alcoholismo en provincias de la Zona 5, como es el caso de las provincias de Santa Elena (28,1%) y Los Ríos (19.0%). Los porcentajes más elevados de embarazo en adolescentes se presentan en ciudades de las provincias de Guayas (Colimes: 31.0%, Alfredo Baquerizo Moreno: 27.8%) y en Los Ríos (Puebloviejo: 28.0% y Baba: 27.7%). Estas zonas presentan una población rural superior al 60.0%, además de analfabetismo superior al zonal, baja escolaridad y alta mortalidad infantil (SENPLADES, 2015). Estos indicadores son objeto de preocupación ya que superan el porcentaje nacional (INEC, 2010). Como se ha mencionado al inicio, el consumo de alcohol ha demostrado ser un factor de riesgo en las relaciones sexuales. Esto, unido a otras CSR, como el sexo sin protección, contribuyen a aumentar problemas de salud (como la transmisión de VIH y otras infecciones) y embarazos no deseados en adolescentes (INEC, 2010).

3.2. Creencias sobre el consumo de alcohol y percepciones de riesgo para conducta sexual

Las creencias juegan un papel fundamental en la percepción del riesgo sobre las conductas sexuales. En concreto, la percepción de vulnerabilidad a enfermar (Saura et al., 2019) predice una menor ejecución de conductas de riesgo, puesto que la asociación entre las actitudes respecto a la salud y los hábitos conductuales es consistente (e.g., Prieto-Ursúa et al., 2020; Sierra et al., 2020). Además, la información y conocimiento de adolescentes y jóvenes sobre SS y SR, así como los antecedentes sexuales de la pareja son variables clave, de manera que a mayor nivel de conocimiento menor probabilidad de sufrir embarazos no planificados (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2020). Un estudio reciente reveló que de los y las participantes activos/as sexualmente que recibieron alguna forma de orientación/educación sobre temas de sexualidad de parte de profesores/as, padres/madres o profesionales de la salud (el 72.8%), el 46.8% se protegió con algún método anticonceptivo

(Solórzano-Torres et al., 2019). Contrariamente, los estilos parentales negativos e información (insuficiente) sobre sexualidad de los padres/madres no promueven apertura al diálogo con sus hijos/hijas (Orcasita et al., 2018; Pinheiro y de Assuncao, 2020).

Un estudio cualitativo relacionado con las percepciones sobre la SS y SR en mujeres indígenas de Ecuador reveló que, en muchos casos, eran los progenitores (padre/madre) los que escogían al novio/novia de los hijos/hijas, y en el caso de las mujeres, el novio “alimentaba a la novia” hasta que tuviera su menarquia y a partir de ese momento era entregada a su “novio” como su pareja (Ortiz et al., 2016). Otro grupo de mujeres del mismo estudio expresó “no sentir deseo sexual”, no obstante, mantenían relaciones sexuales con su marido para “complacerlo”. Además, la poligamia de parte de los hombres era tolerada por las mujeres quienes lo asumían como un comportamiento normal, así como también, normalizaban el acoso y la violencia sexual. En este contexto, el inicio sexual se daba prematuramente, lo que conllevaba embarazos no planeados en adolescentes y alta incidencia de ITS. Otro hallazgo del estudio fue que, dos de cada diez hombres utilizaban preservativo, Asimismo creían que su uso frecuente podría tener como consecuencia infecciones en los órganos genitales, tanto de hombres como de las mujeres (Ortiz, et al., 2016).

En la misma línea, otro estudio en mujeres indígenas de México explicó que, algunos hombres ejercían violencia sexual y abuso de poder sobre sus parejas sexuales, promoviendo conductas de riesgo sexual y baja autoestima en las mujeres (Nava-Navarro et al., 2017). Esto podría estar relacionado con el sostenimiento del rol tradicional asignado a la mujer (e.g., ser buena madre, buena esposa, proveedora de cuidados) que promueven la tolerancia e invisibilidad de la problemática de la salud sexual en general o en las CSR como el inicio sexual a edades muy tempranas (UNICEF/PROSOLI, 2019). Estudios similares realizados en población indígena y no indígena, refieren que la tercera parte de los y las participantes indicaron haber iniciado su vida sexual a los 11

años o antes, siendo la mayor proporción de ellas pertenecientes al grupo indígena; Asimismo, el 20.0% de adolescentes indígenas informó no utilizar preservativo en sus relaciones sexuales (Ocaña, et al., 2021).

De igual manera, el consumo de alcohol en jóvenes disminuye la percepción de riesgo y aumenta la sensación de invulnerabilidad frente a conductas que involucran peligro en el ámbito de los comportamientos sexuales. Así, Alfonso et al. (2020) determinaron un alto porcentaje de participantes varones que mantuvieron relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, con más de dos parejas sexuales en menos de un mes, y lo relacionaron con una baja percepción del riesgo para conducta sexual. Asimismo, Fernández et al. (2016) identificaron, en un estudio realizado en México, que para los participantes hombres el alcohol promovía el acercamiento e incrementaba la excitación sexual. En esta misma línea, otros estudios (Golpe et al., 2017; Méndez-Ruiz et al., 2018; Suárez-Relinque et al., 2017) coinciden en que las creencias erróneas sobre el alcohol (e.g., “el alcohol me hace sentir bien, tener más compañerismo”, “unas copas aumenta el orgasmo o las mujeres son más sensuales cuando consumen alcohol”) pueden ser promotoras de conductas de riesgo.

“Las creencias de la gente acerca de sus habilidades tienen un gran efecto en esas capacidades”

(Albert Bandura, 1977)

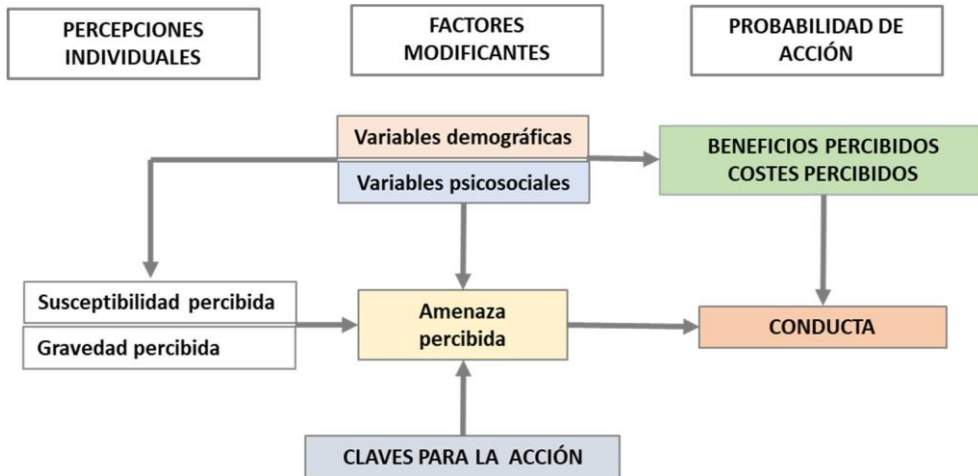
4. Modelos teóricos que explican las conductas preventivas de enfermedad o promotoras de salud

A la luz de los modelos y teorías que han explicado las conductas preventivas de enfermedad o promotoras de salud y de las variables que señalan como esenciales para entender la probabilidad de ejecución de estas conductas, se pueden mencionar el *Modelo de Creencias sobre la Salud* (Maiman y Becker, 1974), la *Teoría de la Acción Razonada* (Ajzen y Fishbein, 1980), la *Teoría de la Acción Social* (Ewart, 1991), *Teoría de la Autoeficacia* (Bandura, 1994, 1995) y la *Teoría de los Roles Sociales* (Chrisler y McCreary, 2010).

El *Modelo de Creencias sobre la Salud* (Maiman y Becker, 1974) es uno de los modelos más utilizados para el estudio de conductas de salud e incluye, fundamentalmente, componentes cognitivos/perceptivos. Se basa en la predicción de los comportamientos saludables que se producen a partir de las creencias que se obtienen sobre experiencias relacionadas con la salud, como (i) la creencia o percepción subjetiva del riesgo, (ii) la creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema, o la gravedad percibida (sobre de la enfermedad); (iii) los beneficios esperados (vs. los riesgos), (iv) las barreras percibidas (o costos por un comportamiento saludable) y (v) las señales de atención que permitirán al individuo recordar la realización de acciones preventivas o protectoras de la salud (ver Figura 4).

Figura 4.

Modelo de Creencias de Salud (Janz y Becker, 1984).



En este contexto, de acuerdo con el *Modelo de Creencias de Salud*, la percepción individual del riesgo que una persona tenga, estará influida por algunos factores como por el nivel de conocimientos, fuentes de información, creencias, y la forma como percibe la amenaza o valora el beneficio de una determinada conducta (Maiman y Becker, 1974). En el caso de las CSR, la percepción de riesgo ante el contagio de una ITS o el VIH, o embarazos no deseados, dependerá de las creencias que la persona tenga sobre la efectividad o no del uso del preservativo, el conocimiento/desconocimiento sobre medidas de prevención y la valoración (económica/social) de los beneficios o no, que le traerá a su salud el evitar o no evitar infectarse. De igual forma podría aplicarse en cuanto al conocimiento, fuentes de información, creencias, estereotipos, valoración del riesgo/beneficio, que la persona perciba frente a la decisión de iniciar su vida sexual, de usar el preservativo desde la primera relación sexual y en los próximos encuentros sexuales o el de tener varias parejas sexuales.

La *Teoría de la Acción Razonada* (Ajzen y Fishbein, 1980) demanda la racionalidad en la toma de decisiones, además, intenta dar una explicación empírica al comportamiento social, llevándolo luego al estudio de los comportamientos en salud. De acuerdo con esta teoría, el individuo tiende a comportarse en base a dos elementos (valor y expectativa): a) la evaluación que realizan de su conducta constituiría el valor y, b) las expectativas tendrían que ver con lo que se espera en relación a la obtención de esos resultados. Su objetivo es predecir el comportamiento mediante las normas subjetivas y las actitudes.

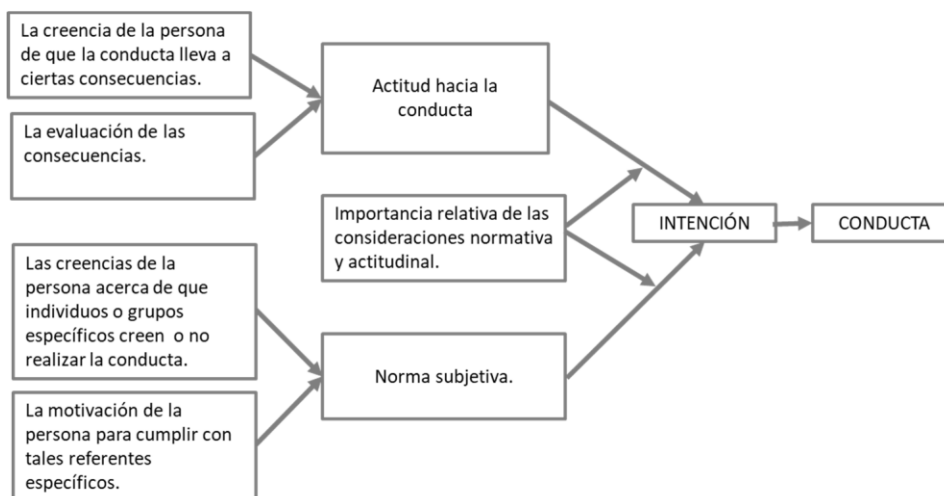
La evaluación coadyuva a explicar la actitud del individuo en función a la fuerza de sus creencias, es decir, si un sujeto cree con más fuerza que el ejecutar un determinado comportamiento le traerá efectos positivos, entonces su actitud será más positiva en relación a su creencia (Reyes Rodríguez, 2007). Este modelo ha sido utilizado frecuentemente en la prevención del consumo de tabaco y alcohol (Medina y León, 2004). Estudios previos indican que la actitud hacia la conducta se supeditará a las creencias que tenga el individuo de la evaluación de los resultados de la conducta, y a su vez dependerá de la valoración que cada persona les dé a las consecuencias de esa conducta (e.g., Pacheco Ruiz, 2002). A su vez, la actitud será positiva si el individuo cree que ese comportamiento le permitirá conseguir logros y será negativa en el caso contrario. Finalmente, la norma subjetiva se refiere a las opiniones de personas significativas para el individuo y el hecho de realizar o no una acción relacionada con esa actitud (Pacheco Ruiz, 2002). El Modelo de la Teoría de Acción Razonada se representa en la Figura 5.

De igual manera, desde una perspectiva cognitivo conductual hay modelos y teorías que han explicado las creencias para el consumo de alcohol con una concepción psicosocial (e.g., Brown et al., 1985; García-Andrade et al., 1996; Hochbaum, 1958; Rogers, 1985). En este sentido, las creencias erróneas sobre la relación entre alcohol-éxito social o íntimo, como considerar que su consumo conlleva mejores interacciones sexuales, pueden ser problemáticas entre

adolescentes y jóvenes ya que son especialmente susceptibles a procesos de influencia social (e.g., (Álvarez-Muelas, et al., 2020; Carrión et al., 2020; Saura et al., 2019).

Figura 5.

Modelo de la Teoría de Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980).



Nota. Adaptado de Reyes Rodríguez (2007).

Aplicando la *Teoría de la Acción Razonada*, la persona basa sus acciones en dos aspectos, el valor (creencia individual sobre la valoración de la conducta y sus consecuencias) y la expectativa (creencias en relación del grupo sobre motivación de realizar una conducta y cumplir expectativas de los demás) (Ajzen y Fishbein, 1980). Es decir, si un individuo cree que el consumir alcohol lo hace más divertido, tendrá mejores relaciones sociales e incluso creer que el alcohol incrementa su sexualidad y hace más sensuales a las mujeres, su actitud será más positiva en función de su creencia, de sus experiencias (individuales / familiares / entre iguales sobre el consumo), fuentes de información -padres/madres, amistades, profesorado, internet-, como consecuencia habrá una intención y conducta de riesgo o viceversa. Además, el grupo de iguales o personas

significativas ejercen presión promoviendo una intención de un determinado comportamiento. A su vez, desde un enfoque psicosocial, se sustentan estas creencias relacionadas con el consumo de alcohol y las CSR, infiriendo la influencia (positiva/negativa) del entorno social (familiar/educativo) y de sus pares (Brown et al., 1980; García-Andrade et al., 1996; Hochbaum, 1958; Rogers, 1985).

La *Teoría de la Acción Social* (Ewart, 1991) se basa en que el individuo es un sistema autorregulador que se propone alcanzar metas a través de un sistema de retroalimentación. Este sistema, configurado por diferentes etapas, apoyaría a la persona en la consecución de los objetivos propuestos. Esta teoría da mucha importancia al contexto social y los buenos hábitos de salud, proponiendo además mecanismos de capacitación a los individuos para desarrollar de forma efectiva el proceso de estado/acción antiguos a nuevos, para lograr el cambio.

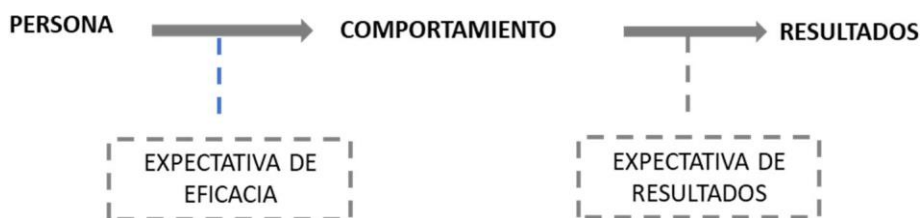
Un punto importante de esta teoría es que promueve ayuda desde el contexto social para cambiar hábitos antiguos a nuevos, mediante procesos de capacitación para el logro de metas (Ewart, 1991), que se podría materializar a través de las estructuras o redes sociales. Un ejemplo podría darse en los contextos universitarios, en el que profesores y profesoras tienen la responsabilidad de la formación integral de los/las estudiantes, donde se considera como eje transversal a la educación para la SS y SR de adolescentes y jóvenes fomentando hábitos saludables.

La *Teoría de la Autoeficacia* (Bandura, 1994, 1995) propone que la conducta del ser humano se explica en base a tres factores que se interrelacionan e influyen entre sí: (i) los determinantes personales (factores biológicos, afectivos y cognitivos), (ii) factores conductuales, y (iii) factores ambientales. Además, desde el enfoque socio-cognitivo, se pueden evaluar tres aspectos de la conducta relacionada con el género como, la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, la capacidad percibida para preguntar al

compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas y la capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente preservativos (Bandura, 1977) (ver Figura 6).

Figura 6.

Representación esquemática de la diferencia entre expectativas de eficacia y expectativas de resultado.



Nota. Adaptado de Bandura (1977).

Así mismo, desde el enfoque socio-cognitivo de Bandura, se pueden evaluar ciertas conductas sexuales como, poder decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, o poder preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas o para utilizar correctamente preservativos (Bandura, 1977).

La *Teoría de los Roles Sociales* (Chrisler y McCreary, 2010) explica de qué manera los roles que desempeña cada persona podrían interferir en las relaciones sociales. Además, la teoría del Rol Social, ilustra sobre la influencia de los estereotipos de género asignados a hombres y mujeres desde la sociedad en la participación social, donde se especifica qué tipo de comportamiento sexual se podría esperar en base a su identidad (Eagly, 1984). Es así que las “expectativas o percepciones del rol” están configuradas por las opiniones de la sociedad, las del propio individuo y por los roles complementarios, frente al comportamiento apropiado o no, para el rol que se desea demostrar (Roy y Andrews, 1999); de esta manera el rol se caracteriza por un cúmulo de comportamientos que un individuo (hombre/mujer), de alguna manera, puede llegar a realizar.

Bajo esta perspectiva, los roles tradicionales de género (hombre/mujer) establecidos y aceptados por la sociedad podrían influir en la actitud y decisión final que asumen niñas, niños, adolescentes y jóvenes frente a una conducta que puede o no afectar a su salud integral y de manera específica a la SS y SR (CNII, 2014; UNICEF/UNFPA/ONU, 2018). En consecuencia, a la mujer se le ha asignado un rol de sumisión (e. g., proveedora de cuidados, ser buena madre) siendo más proclive a desarrollar CSR como, embarazos en niñas y adolescentes o uniones matrimoniales forzadas de niñas (con mayor proporción en mujeres indígenas), incidiendo todo esto a su vez en problemas sociales (e.g., baja escolaridad, poca accesibilidad a trabajo mejor remunerados) (Nava-Navarro et al., 2017; Ocaña, et al., 2021; Ortiz, et al., 2016; UNICEF/PROSOLI, 2019). Las creencias y estereotipos de género también pueden incidir en la percepción sobre los efectos y consecuencias respecto al consumo de alcohol y las CSR (Acosta et al., 2019). Por su parte, el rol del hombre es más activo, unido al machismo culturalmente aceptado (inclusive por las propias mujeres) se dan las relaciones sexuales, con estructuras familiares complejas, algunas veces con abuso de poder sobre la pareja, en un contorno de violencia sexual, donde las mujeres tienen poca o ninguna capacidad de negociar el uso de preservativo u otro medio de protección promoviendo mayor vulnerabilidad y exposición a conductas poco saludables (CNII/UNFPA, 2021; Saura et al., 2019).

De manera resumida, a los hombres les influyen las estructuras e interrelaciones sociales de manera diferente que a las mujeres, debido a sus roles normativos y prescriptivos de género. Por lo tanto, parece conveniente estudiar estos factores en relación a las conductas de riesgo de una manera más detallada.

“Amorcito de mi vida / amorcito de mi encanto / que cosita tú me has hecho / para yo quererte tanto”

Amorfino montuvio.

5. La red o estructura social, las interrelaciones sociales y las conductas de riesgo

La red social es un espacio de interacciones o vínculos que se establecen de manera natural entre los individuos en un contexto geográfico y pueden constituir un apoyo emocional, material o de información (Abello y Madariaga, 1999). Así, la red social es un camino en el que convergen los vínculos de soporte entre miembros de un grupo donde se determinan las interrelaciones en las que se involucra el sujeto (Maya, 2021) y es la que define determinadas conductas individuales o grupales. De esta manera, la elección de un grupo o red social de parte del sujeto podría influir en la medida en que el grupo proteja un pacto o responsabilidad con la filiación social específica de la red (Hitlin y Elder, 2007). Estas redes generalmente están conformadas por la familia, amigos, comunidad escolar, grupo de pares y tienen como finalidad facilitar el apoyo social que promueva el bienestar de adolescentes y jóvenes (Gracia, 1997; Orcasita y Uribe, 2010).

En este contexto, la teoría de las redes sociales permite vislumbrar la importancia de la vida asociativa y la participación activa de los individuos, de hombres y mujeres, en los diversos grupos o espacios sociales (García-Valdecasas, 2011). Referente a lo anterior, otros estudios han definido la cohesión social o unión del grupo, como la integración de un lugar o grupo, los valores, los objetivos o procesos que generan redes para apoyar a los individuos (Forrest y Kearns,

2001). Así, la cohesión social puede ser descrita atendiendo a distintos parámetros como pertenencia vs. aislamiento, inclusión vs. exclusión, elección vs. rechazo (Jeannotte, 2003), así como también a ciertos valores comunes (e.g., solidaridad, reciprocidad, cooperación, confianza) en las interacciones individuales y grupales (Lozares et al., 2011).

Estudios previos indican que la estructura social universitaria, generalmente, ha sido considerada como espacio de socialización donde se fomentan las interrelaciones entre iguales como en las aulas de clase, la pertenencia a equipos de algún deporte o actividades culturales, donde encontrarían amplias redes de apoyo de la comunidad académica. A pesar de las redes de apoyo social, generadas en el entorno educativo universitario, a través del profesorado o los grupos de iguales, diversos estudios siguen otorgando una mayor importancia a las redes de apoyo primarias, como la familia, por encima del grupo de iguales (Hernández , 2014; Lazo et al., 2015). En este contexto, una red primaria tendría como finalidad facilitar el apoyo social dentro de la familia a través de elementos como buenos niveles de comunicación (Zúñiga et al., 2017). Cuando el tipo de apoyo provisto por las fuentes primarias es positivo y funcional se promueve el bienestar de adolescentes y jóvenes. Los estudios que se centran en determinar diferencias en los tipos de apoyo provistos por la familia y sus consecuencias encuentran que el apoyo de la red familiar más significativo suele ser el de la madre frente al apoyo del padre; de hecho, incluso los tíos son considerados mejor apoyo que el propio padre, quien solamente es percibido por los y las participantes como apoyo instrumental (Contreras y Hernández, 2019). Desde la perspectiva de la madre, la concentración de apoyo en la figura materna podría traerle consecuencias negativas como agotamiento, desgaste emocional o enfermedades (Zabludowsky, 2014) y, en definitiva, una mayor vulnerabilidad.

Para medir las complejas relaciones recíprocas que configuran las estructuras sociales se ha establecido como método fundamental la autoevaluación sociométrica (Barrasa y Gil, 2004). Ésta permite comparar las

elecciones o rechazos entre los miembros de una red ciertamente realizados o percibidos entre sus iguales. De este tipo de análisis surgen distintos descriptores, tanto individuales como grupales, que pueden proveer de información sobre las características percibidas y las interacciones de la persona dentro de la red. Dentro de los índices sociométricos individuales se encuentran, por ejemplo, la popularidad/impopularidad, las conexiones afectivas positivas/negativas o el realismo perceptivo de lecciones/rechazos. Entre los índices sociométricos grupales se encuentran la cohesión, desunión o intensidad grupal. Además, los índices de relación sujeto-grupo muestran información sobre el liderazgo y el poder. Este método de medición de las relaciones y estructuras sociales se ha utilizado en una amplia variedad de contextos, como los educativos (Barrasa y Gil, 2004), familiares y laborales, especialmente para diagnosticar y mejorar las relaciones entre los miembros, y con ellos mejorar bienestar percibido y rendimiento (Montes Berges, 2007).

Las instituciones educativas, como estructuras o redes sociales, tienen una gran responsabilidad social frente a la educación para la prevención y promoción de la SS y SR, este conocimiento podría ser relevante para los/as adolescentes y los/as jóvenes a la hora de tomar decisiones sobre una determinada conducta. En un macroestudio realizado a 18.000 estudiantes universitarios, se halló que los y las participantes que manifestaban haber recibido educación sexual, tuvieron menos embarazos y mostraron menor probabilidad de tener abortos (Li et al., 2017).

A pesar del importante y extendido uso que tienen, las investigaciones relacionadas con la estructura social o redes sociales, son escasas. Los trabajos existentes se centran fundamentalmente en el efecto de las redes sociales en conductas de riesgo asociadas a consumo de sustancias, una red primaria (familia) o educativa. Así, varios estudios identificaron que las personas que usaban y abusaban de las drogas tenían con frecuencia amigos o familiares que también utilizaban este tipo de sustancias (Acosta et al., 2019; Garza et al., 2019;

Olivares et al., 2018). Sin embargo, las investigaciones no suelen reflejar la parte de comunalidad entre las variables anteriores manifestadas por una persona y las del grupo al que pertenece. Para conseguir un análisis más profundo y poder detectar la influencia de la estructura o red social en la que se desenvuelve el individuo, resulta esencial describir estas relaciones y su posible influencia en las conductas de riesgo para la salud.

*"Desgraciado del pueblo donde los jóvenes
son humildes con el tirano, donde los
estudiantes no hacen temblar al mundo"*

Juan Montalvo Fiallos (1832-1889)

6. Integrando los antecedentes: aspectos clave y relación entre las variables

A manera de resumen de la revisión teórica realizada en este capítulo, podemos inferir que las conductas sexuales están asociadas a múltiples factores de riesgo o factores protectores para la salud de la persona. Así mismo, desde una perspectiva subjetiva, el riesgo se configura en base a las creencias y percepciones (individuales y/o del colectivo) (García del Castillo, 2012). A su vez, la percepción del riesgo es un proceso cognitivo en el que intervienen algunos factores como, las sensaciones, experiencias vividas, información recibida, creencias, estereotipos, motivación y las actitudes (e.g., Pastor, 2000), incluso del propio darse cuenta o toma de consciencia de la vivencia (Stevens, 2003).

Los estereotipos, mitos y creencias, juegan un papel muy importante en las interacciones sociales y en la percepción de factores de riesgo o de protección en las conductas sexuales de adolescentes y jóvenes (Chrisler y McCreary, 2010; Eagly, 1984). A su vez, la actitud y decisión de un comportamiento saludable, como la vulnerabilidad percibida a enfermarse predice un desarrollo menor de CSR (Saura, 2019). Es así que una baja percepción del riesgo de la persona la expone a mayores CSR como el inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas, mantener relaciones sexuales con varias parejas o el uso inconsistente del

preservativo (e.g., Bandura, 1994; 1995; Badillo-Viloria et al., 2020; Bouniot-Escobar et al., 2017; Céspedes y Robles, 2016; Da Silva et al., 2018; Maiman y Becker, 1974; MSP/UNFPA, 2017; Solórzano-Torres et al., 2019).

Otro factor de riesgo es la ausencia o escasez de conocimiento sobre temas de sexualidad o que la calidad de esta información sea baja o que provenga de fuentes poco confiables, únicamente de internet o de los pares (e.g., Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2020). Esto fomentará una actitud menos favorable hacia el uso de preservativo o algún medio de protección de su salud, y el inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas, y con mayor variedad de personas en sus encuentros sexuales. Todo esto implica el incremento de la probabilidad de tener embarazos no planeados o de adquirir una ITS (e.g., MSP, 2021). Contrariamente, el tener mayor conocimiento sobre salud sexual favorecerá una percepción más positiva sobre la efectividad del uso del preservativo en las relaciones sexuales, como un factor protector de su salud, así como el mantener una comunicación abierta con su pareja sobre los hábitos sexuales, promoverá conductas sexuales más saludables y un espacio de negociación sobre el uso del medio de protección.

De igual manera las creencias y expectativas erróneas sobre los efectos y consecuencias del consumo de alcohol están relacionadas con la CSR. Así, el consumo afecta a la toma de decisiones y se asocia a altos riesgos para la salud (Ajzen y Fishbein, 1980; Brown et al., 1980; Caballo y Salazar, 2018; Hochbaum, 1958; MSP, 2018; Rogers, 1985) como el mantener relaciones sexuales bajo sus efectos y una baja frecuencia en el uso del preservativo (e.g., Golpe et al., 2017; Mendoza y Vargas, 2017; Micheline et al., 2021; Ortiz-Melgar et al., 2015; Prieto-Ursúa et al., 2020; Robles et al., 2017). Asimismo, el consumo de alcohol disminuye la percepción del riesgo y aumenta la sensación de invulnerabilidad (Alfonso, et al., 2020).

La red de apoyo social percibida de mayor importancia es la red familiar (Abello y Madariaga, 1999; Hernández, 2014; Lazo et al., 2015). De esta manera, cuando hay buenos niveles de comunicación con los padres/madres disminuyen las CSR como el retraso en la edad del inicio de las relaciones sexuales, mayor conocimiento sobre sexualidad, buen nivel de comunicación con sus iguales y mayor predisposición al uso del preservativo como factor protector de su salud (e.g., Zúñiga et al., 2017). No obstante, cuando en las familias no se brinda el espacio adecuado para una comunicación eficaz, o sus padres/madres no tengan suficientes conocimientos sobre sexualidad o intervengan las creencias sobre roles ejercidos tradicionalmente por el varón y la mujer, habrá una baja percepción del riesgo y como efecto se presentarán más CSR (Contreras y Hernández, 2019; Orcasita et al., 2018; Pinheiro y de Assuncao, 2020).

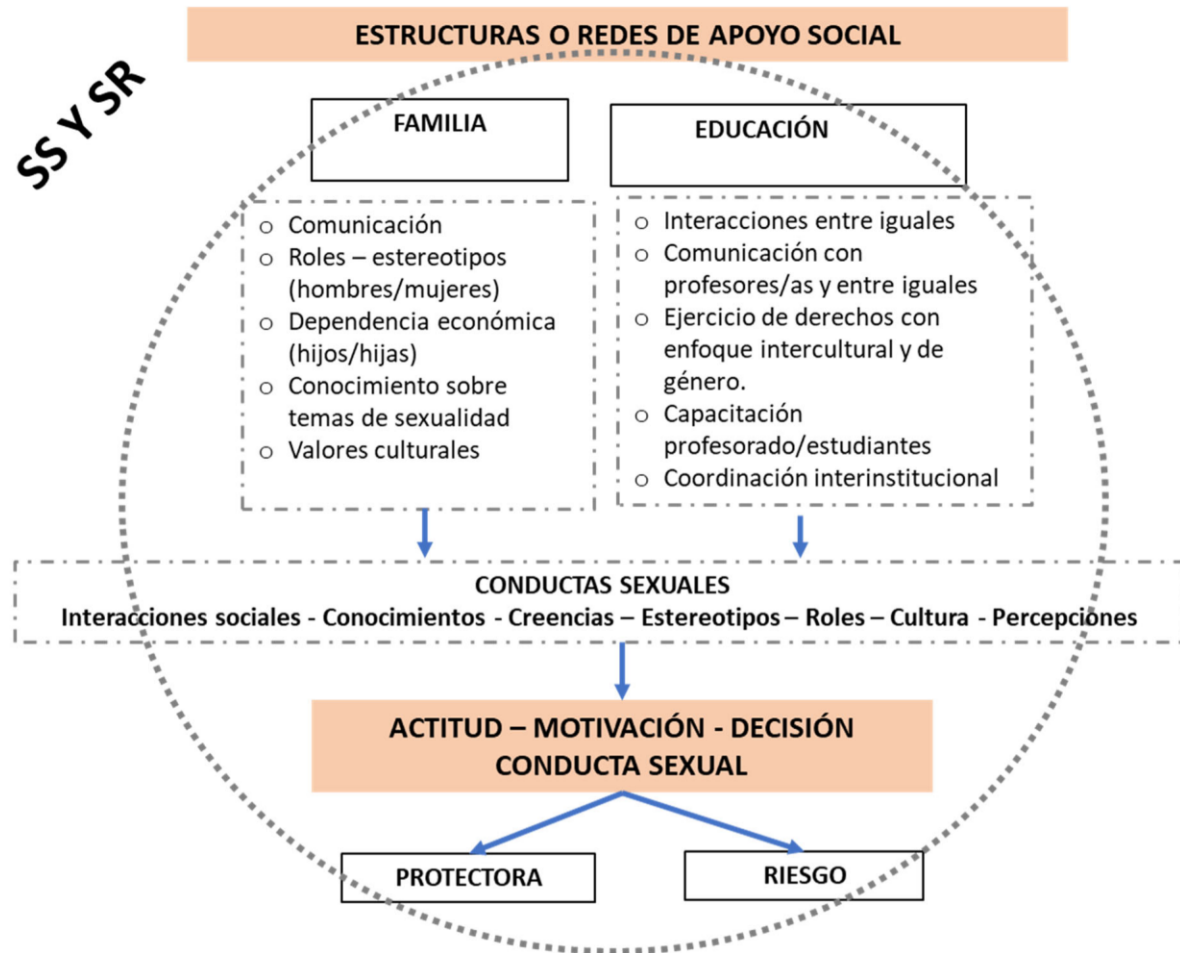
Asimismo, las interacciones sociales individuales y grupales entre iguales pueden influir en la percepción de adolescentes y jóvenes como un elemento protector o de riesgo, como el mantener encuentros sexuales por presión de sus pares, combinando las relaciones sexuales con el consumo de alcohol y/o drogas o mantener relaciones sexuales por ser el líder o el más popular del grupo (e.g., Ewart, 1991; Gómez-Zapíaín et al., 2016; Robles y Espinel, 2017; Rodríguez-Castro et al., 2020) generando comportamientos sexuales poco saludables. Respecto a las etnias, el grupo poblacional indígena ha tenido mayor influencia negativa relacionada con las creencias y estereotipos de género, ocasionando una baja percepción del riesgo para conductas sexuales, como el inicio temprano de la vida sexual (Ocaña et al., 2021). Por último, en relación al género, existe baja frecuencia del uso del preservativo con un porcentaje mayor en el grupo de mujeres frente al de hombres (Bouniot-Escobar, et al., 2017; Céspedes y Robles, 2016), aunque en ellas además tienen poca oportunidad de negociar su uso, y manifiestan mayores desventajas y riesgos para su SS y SR; en concreto, el ser mujer y menor de edad parece estar condicionada por sistemas discriminatorios con exclusión de poder ejercer su derecho a decidir sobre su salud integral.

Finalmente, respecto a la situación geosocial, la revisión teórica reveló una alta migración de grupos indígenas de la zona rural hacia la urbana, donde predomina población mestiza, este fenómeno se visualizó en el contexto universitario con el posible efecto de lograr mayor conocimiento e interrelación entre la diversidad de expresiones culturales (Aceldo y Quito, 2021) . Asimismo se identificó que, más de la mitad de profesores de colegios percibieron no tener suficientes conocimientos para impartir clases o dar orientación sobre temas relacionados a la sexualidad, además muchos se sienten obligados a realizarlo cuando se presenta alguna emergencia, restándole importancia a la problemática, quienes a su vez, mantienen marcados prejuicios sobre la salud sexual (e.g., Manzano Pauta y Jerves Hermida, 2015; 2018). De igual manera, en Ecuador, se han creado algunas leyes, planes, normas y política pública para disminuir los riesgos que conllevan los problemas relacionados a la SS y SR, aunque existen algunas debilidades estructurales para su implementación (e.g., insuficiente personal y con poca o ninguna capacitación), para el establecimiento de línea base y coordinación (no hay un sistema de información ni coordinación interinstitucional e intersectorial, con roles institucionales poco claros y sin involucración de la comunidad), para su desarrollo puesto que existe una financiación insuficiente, y para su seguimiento, con un inexistente sistema de monitoreo y evaluación (e.g., CNII/UNFPA, 2021; MSP, 2018;) 2018a; SENPLADES, 2017).

Considerando el número y complejidad de factores que explican el desarrollo de determinadas conductas sexuales en jóvenes, junto con los modelos teóricos existentes, resulta útil establecer una propuesta de relación entre todas las variables y factores. En la Figura 7 se describe un modelo integrado de los elementos que intervienen en su configuración como es el proceso cognitivo individual (e.g., experiencias, cantidad y calidad de la información), el desarrollo subjetivo (e.g., creencias, estereotipos, actitudes, motivación) que se acrecienta desde diversos contextos (e.g., familiar, educativo) y que sumado a otros factores como las interacciones sociales -individuales y

grupales- (e.g., roles, valores culturales, presión del grupo) motivará/influirá una acción/decisión en base a la percepción de riesgo/protección que beneficiará o no a la salud sexual de los/as jóvenes.

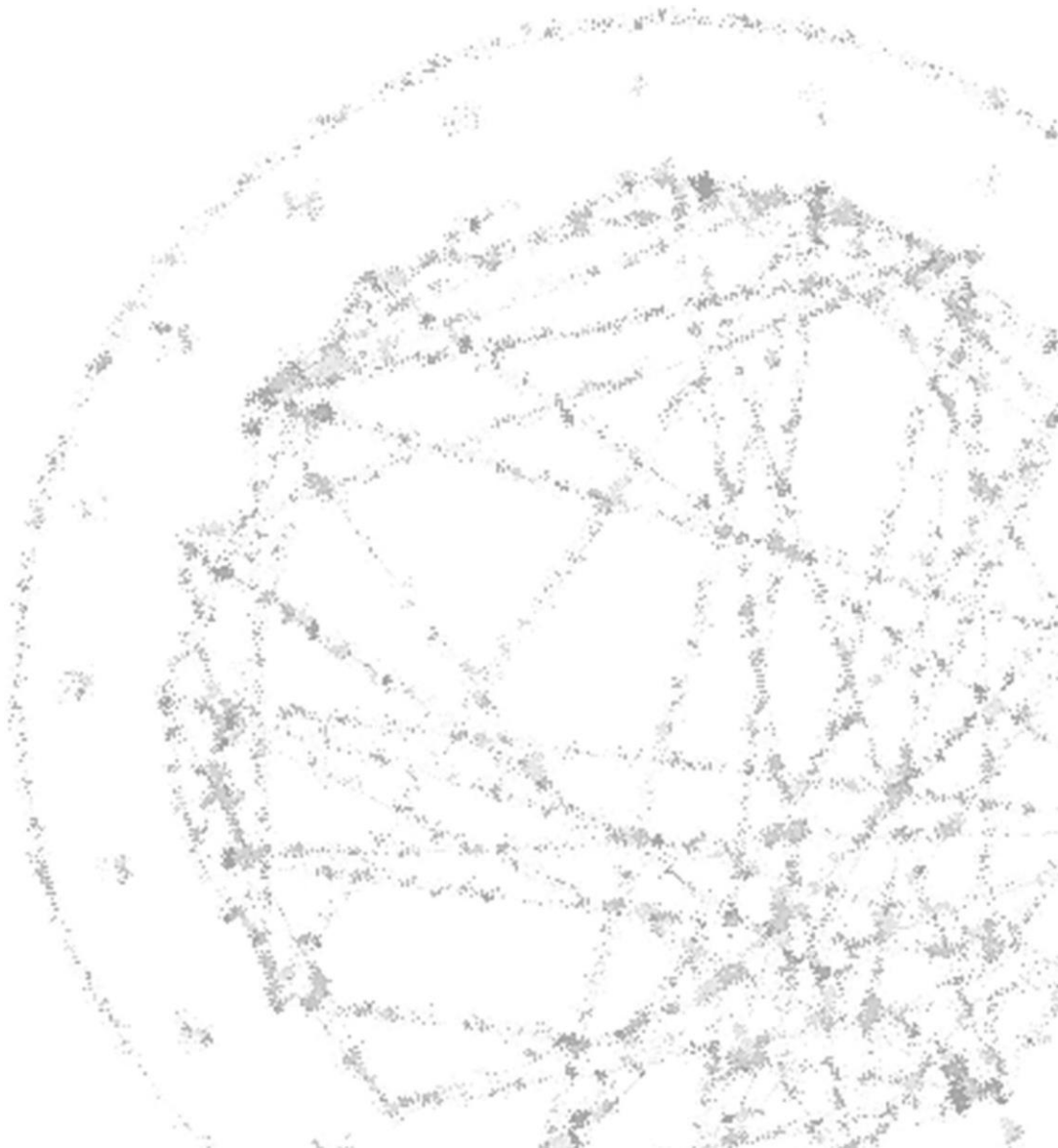
Figura 7. Modelo teórico explicativo de la estructura social y su relación con los factores y conductas sexuales de riesgo en jóvenes



Fuente. Adaptación a partir de las aportaciones de Ajzen y Fishbein, (1980); Bandura (1977, 1994, 1995); Brown et al. (1985); Chrisler y McCreary (2010); Ewart (1991); García-Andrade et al. (1996); Hochbaum (1958); Maiman y Becker (1974); Rogers (1985).

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS



1. Justificación

Desde la perspectiva basada en datos y evidencias, el problema de investigación abordado en el capítulo anterior responde a una realidad social actual preocupante: tasas altas de ITS, inicio temprano de las relaciones sexuales, incremento del no uso de algún medio de protección y embarazos no deseados en los/as jóvenes ecuatorianos/as (INEC. Ecuador en Cifras, 2010). Estos índices son especialmente elevados en la zona geográfica 5 que, además, representa la diversidad cultural y étnica ecuatoriana, lo que motivó la decisión de focalizar el presente estudio en ella. Sumado a esto, se detecta también altos índices de consumo de alcohol (SENPLADES, 2015). Estas cifras alarmantes han obligado a que el Ministerio de Salud Pública de Ecuador ponga sus esfuerzos curativos y preventivos en la erradicación de estos problemas. Para ello, utilizó el Plan de Acción de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006-2008 (MSP, 2007), la Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) (MSP, 2013), el Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/SIDA e ITS, 2018-2022 (MSP, 2018), dando énfasis a programas de promoción de la salud sexual a través de un Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021 (MSP, 2017). Además, de acuerdo con la misma fuente, Ecuador contó durante el período 2011-2014 con la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes como política pública intersectorial y prioritaria, siendo actualizada a los períodos 2017-2021 y, el establecimiento de la Política Nacional Intersectorial de Prevención del embarazo en niñas y adolescentes (MSP, 2018). Sin embargo, de acuerdo con los datos revisados, las intervenciones han resultado poco efectivas (CNII/UNFPA, 2021) (e.g., falta de acompañamiento, monitoreo y evaluación de las estrategias de prevención y promoción de

derechos de la SS y SR; desencuentros y falta de claridad para el trabajo interinstitucional).

Finalmente, desde la perspectiva teórica y empírica, la presente tesis se propone analizar los factores que interactúan en la persona o en el grupo para que finalmente adopte una conducta sexual de riesgo o de protección. Las investigaciones se han centrado en analizar el efecto en la toma de decisiones de una o varias de las siguientes variables: las percepciones de riesgo (e.g., García del Castillo, 2012; Royuela et al., 2015; Ruiz-Palomino et al., 2016; Uribe et al., 2012; Uribe et al., 2017) y patrones conductuales diferentes dependiendo del género (e.g., Alfonso y Figueroa, 2017; Bouniot-Escobar et al., 2017; Estrada et al., 2017; Saeteros et al., 2015), las expectativas de autoeficacia (e.g., Acosta et al., 2019; Amezcua et al., 2015; Páez et al., 1994) o la fuente de información sobre sexualidad (e.g., Carrión et al., 2020; García-Mendoza et al., 2017; Ethier et al., 2016; Hurtado y Olvera, 2013; Zúñiga et al., 2017). En menor medida, los estudios han abordado el papel del consumo de alcohol (e.g., Moure-Rodríguez et al., 2016) o de las actitudes o expectativas frente a éste (e.g., Brown et al., 1980; Duffy, 2016; Micheline et al., 2021; Robles et al., 2017), o la influencia de la estructura o red social (e.g., Contreras y Hernández, 2019; Dávila de León et al., 2020; Londoño y Valencia, 2010; Robles y Espinel, 2017). Si bien es cierto que se ha recorrido un camino en esta línea de investigación, todavía no se cuenta con un conveniente acervo de resultados que posibiliten fundamentar conclusiones sobre la estructura social y su relación con los factores y CSR en jóvenes.

2. Objetivo general

Considerando todo lo anterior, se establece un doble objetivo general en la presente tesis doctoral. El primero consiste en analizar el efecto de las percepciones y creencias acerca de conductas de riesgo sexuales (e.g., uso y efectividad del preservativo, conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja, fuentes de información sobre sexualidad), y expectativas frente a la

ingesta de alcohol (e.g., aumento de la sociabilidad y la sexualidad) sobre los comportamientos y prácticas sexuales de jóvenes ecuatorianos entre 16 y 25 años de edad. El segundo objetivo, asumiendo la relevancia de las relaciones interpersonales con el grupo de iguales (en los roles, autoestima, persuasión, identificación), se centra en estudiar el efecto de la forma individual y grupal de relacionarse en dichas conductas sexuales, y las creencias acerca de factores de riesgo y expectativas sobre el efecto del alcohol.

3. Objetivos específicos

Objetivo específico 1. Estudiar las principales percepciones de los jóvenes ecuatorianos sobre factores de riesgo (e.g., percepción de riesgo sobre conductas sexuales, fuentes de información sobre sexualidad) y protección (e.g., percepción sobre el uso del preservativo, conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja en el ámbito de las conductas sexuales) y analizar su relación con CSR (e.g., inicio temprano de relaciones sexuales, no utilizar el preservativo o tener varias parejas sexuales). Para ello, además de emplear medidas de autoinforme existentes, se adapta y valida un instrumento al contexto ecuatoriano.

Objetivo específico 2. Identificar las expectativas y creencias sobre el consumo de alcohol y establecer su relación con las percepciones y CSR como el inicio temprano de las relaciones sexuales, el uso del preservativo en la primera relación sexual o el número de parejas sexuales en jóvenes de dos universidades ecuatorianas.

Objetivo específico 3. Determinar la forma individual y grupal de relacionarse a través de índices sociométricos (e.g., popularidad/impopularidad, conexiones afectivas positivas/negativas) y analizar su papel en la percepción de riesgo, las expectativas sobre el consumo de alcohol, y las conductas sexuales de los y las participantes (e.g., inicio de las relaciones sexuales, uso del preservativo).

Objetivo específico 4. Analizar el efecto de algunas variables sociodemográficas relevantes, como son el género, la edad, la autoidentificación étnica y la procedencia, sobre las puntuaciones obtenidas en las variables analizadas: percepciones sobre sexualidad, CSR, expectativas y creencias sobre el alcohol, y las interacciones sociales.

4. Hipótesis

De los objetivos específicos planteados se han derivado las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. Esperamos encontrar que las actitudes sobre el sexo estereotipadas y basadas en mitos, las provenientes del desconocimiento de los antecedentes sexuales de la pareja y de las fuentes de información no fidedignas, estén relacionadas con un mayor número de CSR.

Hipótesis 2. Consideramos que los siete factores relacionados con las expectativas hacia el alcohol (interacciones grupales, expresividad verbal, desinhibición, reducción de la tensión psicológica, reducción de la tensión física, agresividad y sentimientos de poder, cambios psicofisiológicos) se relacionarán de forma positiva entre sí.

Hipótesis 3. Las expectativas positivas sobre los efectos del alcohol en distintas esferas (e.g., social, personal) estarán relacionadas con un número mayor de las CSR analizadas: inicio temprano de las relaciones sexuales, uso del preservativo general, uso del preservativo en la primera relación sexual o en los encuentros posteriores, etc. En contraposición, una visión más realista sobre los efectos del alcohol se vinculará significativamente a menores CSR.

Hipótesis 4. Se espera encontrar un efecto significativo del tipo de estructura o red social establecida (conexión afectiva positiva vs. negativa, intensidad grupal fuerte vs. débil), así como del papel individual adoptado por la

persona dentro de la red (e.g., liderazgo, popularidad vs. impopularidad, poder) sobre las CSR analizadas (e.g., uso del preservativo, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales en el último año). La dirección del efecto se plantea como una hipótesis de carácter exploratorio por la escasez de evidencias científicas previas que puedan sustentar una explicación.

Hipótesis 5. Se espera no encontrar diferencias significativas entre mujeres y hombres en cuanto a las expectativas sobre el alcohol, pero sí en relación con la percepción de riesgo y de protección y CSR. De forma más específica, las participantes mujeres mostrarán una percepción más realista de los factores de riesgo y protección, pero también más CSR que los hombres.

Hipótesis 6. En cuanto a la edad, aunque el grupo definido de estudio se considera dentro de la franja de persona joven, consideramos que se encontrarán puntuaciones significativamente diferentes atendiendo a esta variable. Concretamente, los y las participantes más próximos al rango de edad inferior (16 años) mostrarán percepciones más positivas frente al consumo de alcohol, creencias más estereotípicas y erróneas sobre diferentes aspectos de la sexualidad, menor percepción de riesgo y más CSR.

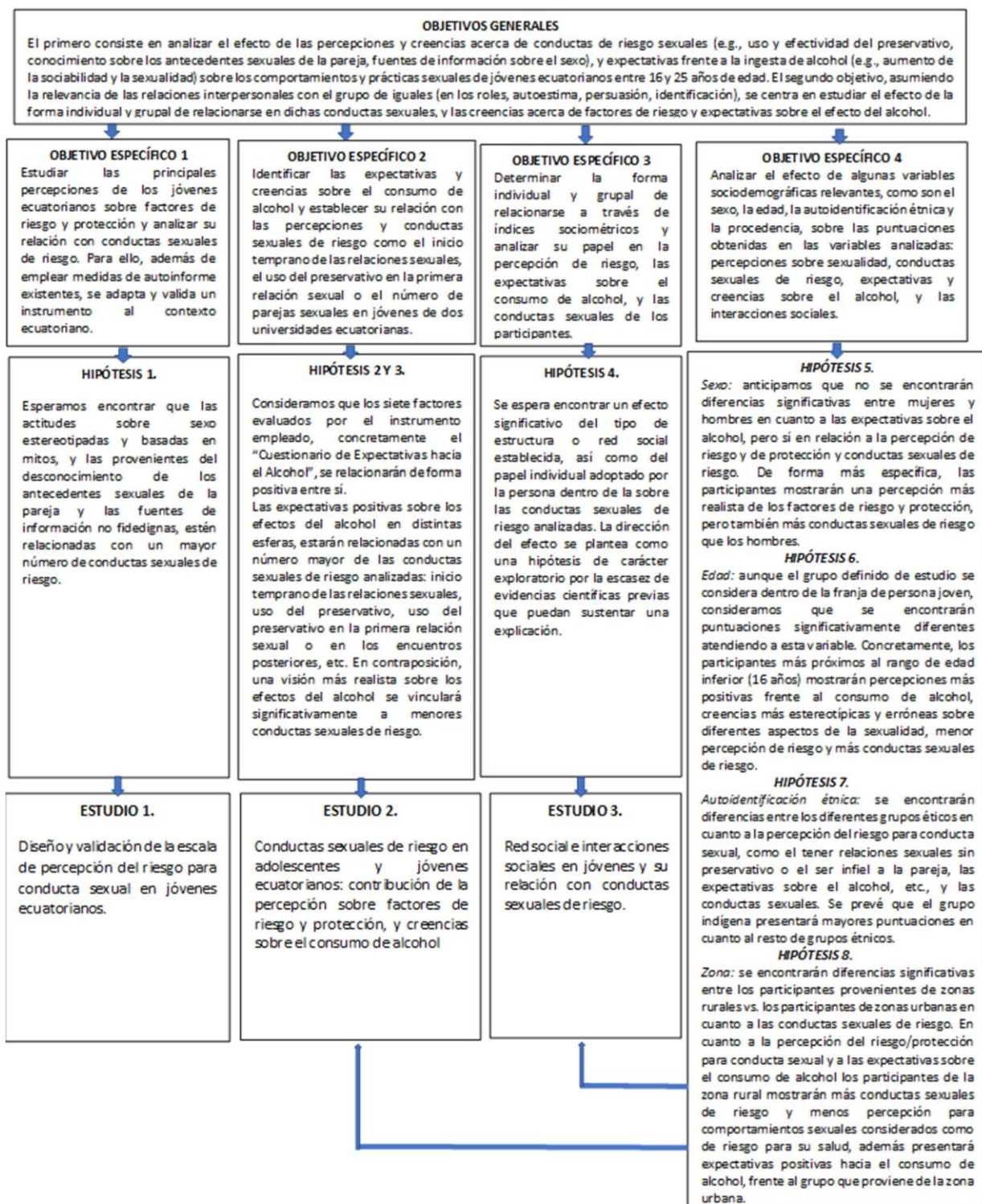
Hipótesis 7. Respecto a la autoidentificación étnica, se encontrarán diferencias entre los diferentes grupos étnicos (indígena, montuvio/a, afroecuatoriano/a, mestizo/a, blanco/a) en cuanto a la percepción del riesgo para conducta sexual, como el tener relaciones sexuales sin preservativo o el ser infiel a la pareja, las expectativas sobre el alcohol, etc., y las conductas sexuales, siendo el grupo indígena el que presentará mayores puntuaciones en el inicio temprano de las relaciones sexuales o el número de parejas sexuales.

Hipótesis 8. En relación con la zona geográfica de procedencia (urbana o rural) se encontrarán diferencias significativas entre los y las participantes provenientes de zonas rurales vs. los y las participantes de zonas urbanas en cuanto a las CSR (e.g., edad de inicio sexual, uso del preservativo, número de

parejas sexuales). En cuanto a la percepción del riesgo/protección para conducta sexual (e.g., percepción sobre el uso del preservativo, fuentes de información sobre sexualidad) y a las expectativas sobre el consumo de alcohol (e.g., interacción grupal, incremento de la sexualidad, desinhibición) los y las participantes de la zona urbana mostrarán más CSR y menos percepción para comportamientos sexuales considerados como de riesgo para su salud, además presentarán expectativas positivas hacia el consumo de alcohol, frente al grupo que proviene de la zona rural.

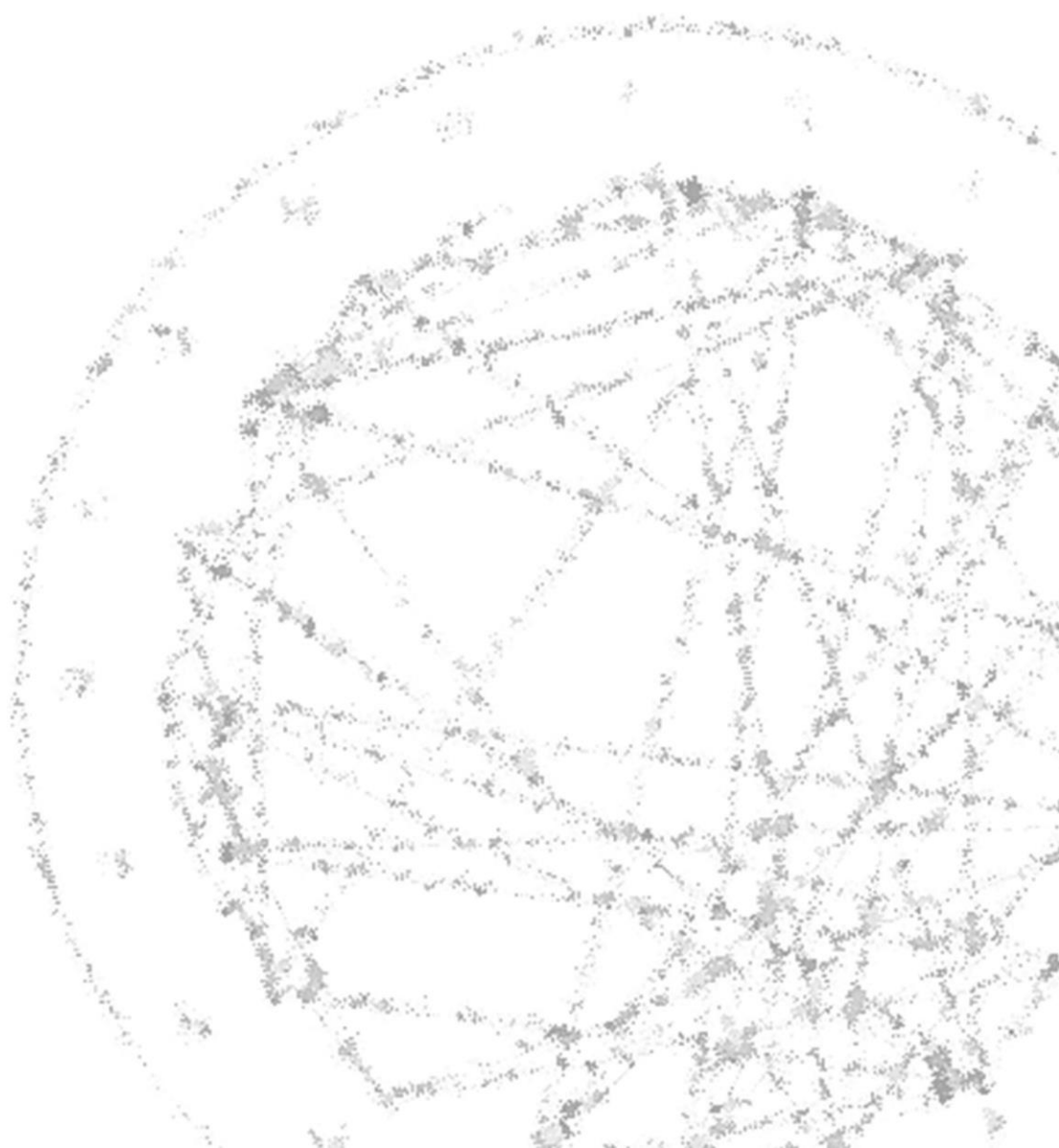
La Figura 8 contiene de forma resumida los objetivos de la tesis y sus hipótesis asociadas.

Figura 8. Resumen de los objetivos y sus hipótesis asociadas.



CAPÍTULO III

MEMORIA DE TRABAJOS



1. Listado de publicaciones de la tesis doctoral

A continuación se listan los trabajos que comprenden la tesis doctoral, especificando las revistas y el proceso de publicación en el que se encuentran.

Estudio 1.

Robles, J. L., Aranda, M., & Montes-Berges, B. (2022). Diseño y validación de la Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en jóvenes ecuatorianos. *Suma Psicológica*, 29(1), 48-58. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2022.v29.n1.5>

Estudio 2.

Aranda, M., Robles, J. L., & Montes-Berges, B. *Conductas sexuales de riesgo en jóvenes ecuatorianos: contribución de la percepción sobre factores de riesgo y protección, y creencias sobre el consumo de alcohol*. En proceso de revisión de la revista "Behavioral Psychology".

Estudio 3.

Robles, J. L., Aranda, M., & Montes-Berges, B. (en prensa) Red social e interacciones sociales y su relación con conductas sexuales de riesgo en jóvenes. *Encuentros. Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico*, 2023. <http://doi.org/10.5281/zenodo.xxxxx>

2. Estudio 1: Diseño y validación de la Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en jóvenes ecuatorianos

Robles, J. L., Aranda, M., & Montes-Berges, B. (2022). Diseño y validación de la Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en jóvenes ecuatorianos. *Suma Psicológica*, 29(1), 48-58. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2022.v29.n1.5>

Diseño y validación de la Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en Jóvenes Ecuatorianos

Design and validation of the Risk Perception Scale for Sexual Behavior in Ecuadorian Youth

Resumen

Introducción: Ser capaces de percibir el riesgo que suponen algunas conductas se asocia a la toma de decisiones protectoras y promotoras de la salud. A pesar de que esta relación se ha mostrado consistente en el caso de comportamientos sexuales, no existe un instrumento culturalmente adaptado al contexto ecuatoriano que evalúe este tipo de percepciones en adolescentes y jóvenes. El objetivo del estudio fue diseñar la “Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en Jóvenes Ecuatorianos” y analizar sus propiedades psicométricas.

Método: Participaron 1822 estudiantes universitarios, con edades entre 16 y 25 años. La escala final contiene 27 ítems. **Resultados:** El análisis factorial exploratorio determinó la presencia de cuatro subescalas: Percepción del riesgo sobre conductas sexuales, Percepción del uso del preservativo, Conocimiento de los antecedentes sexuales de la pareja y Fuente de información sobre sexualidad. El análisis factorial confirmatorio corroboró la estructura factorial con ajuste moderado. Los resultados de la fiabilidad del instrumento arrojaron una consistencia interna excelente. Asimismo, se observó una alta estabilidad, garantizando la fiabilidad test-retest. **Conclusión:** Se presenta un instrumento fiable y válido para la evaluación de la capacidad de los jóvenes para discernir qué conductas en el marco de la sexualidad podrían suponer un riesgo o una protección para su salud.

Palabras clave: escala; validación; percepción del riesgo; conductas sexuales; jóvenes.

3. Estudio 2: Conductas sexuales de riesgo en jóvenes ecuatorianos: contribución de la percepción sobre factores de riesgo y protección, y creencias sobre el consumo de alcohol

Conductas sexuales de riesgo en jóvenes ecuatorianos: contribución de la percepción sobre factores de riesgo y protección, y creencias sobre el consumo de alcohol

Risky sexual behaviors in Ecuadorian youth: contribution of the perception of risk and protection factors, and beliefs about alcohol consumption

Resumen

Los objetivos de este estudio fueron (i) describir las conductas sexuales de jóvenes y analizar la relación entre las creencias sobre el consumo de alcohol y la percepción de factores de riesgo y protección para la salud; (ii) evaluar diferencias en los comportamientos sexuales en función de las expectativas sobre el consumo del alcohol, las percepciones sobre factores de riesgo y protección en el ámbito de la sexualidad, y variables sociodemográficas; (iii) establecer un mapa de asociaciones conjuntas de las variables y sus categorías. Participaron 838 jóvenes ecuatorianos, *Medad* = 19,7 ± 48,0% mujeres. Los resultados mostraron que el inicio sexual se dio a los 10 años. Más de la mitad de los y las participantes no usaron preservativo en la primera relación sexual ni en sus siguientes encuentros sexuales. Se encontraron relaciones significativas entre las dimensiones relacionadas con la percepción del riesgo y de protección con los factores relativos a las expectativas sobre el consumo de alcohol. Asimismo, entre estas variables, se encontraron diferencias significativas respecto al género y zona de procedencia.

Palabras clave: comportamiento sexual, percepción del riesgo, creencias sobre el consumo de alcohol, jóvenes.

Abstract

The objectives of the study were (i) to describe the sexual behavior of young people and to analyze the relationship between beliefs about alcohol consumption and the perception of risk and protective factors for health; (ii) to evaluate differences in sexual behavior based on expectations about alcohol consumption, perceptions about risk and protection factors in the field of sexuality, and sociodemographic variables; (iii) to establish a map of joint associations of the variables and their categories. 838 young people participated, $M_{age} = 19.7 \pm$, 48.0% women. The results showed that sexual initiation occurred from the age of 10. More than half of the participants did not use a condom in their first sexual relationship nor in their next sexual encounters. Significant relationships were found between the dimensions related to the perception of risk and protection with the factors related to expectations about alcohol consumption. Likewise, among these variables, significant differences were found regarding sex and area of origin.

Keywords: sexual behavior, risk perception, beliefs about alcohol consumption, young people

Introducción

En el contexto de las actitudes se ha encontrado que el consumo de alcohol afecta a la toma de decisiones, incrementa la desinhibición y aumenta la sensación de invulnerabilidad (Caballo y Salazar, 2017; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017). Además, especialmente en jóvenes, se considera un catalizador de otras conductas que amenazan la salud como son las prácticas sexuales de riesgo (Michelini, Rivarola y Pilatti, 2021; Vargas et al., 2021).

Algunos estudios han encontrado evidencias de esta relación entre la ingesta de alcohol y la realización de prácticas sexuales, implicando la

combinación de ambos factores un alto riesgo para la salud. Esta asociación es especialmente amenazante considerando el elevado consumo de esta sustancia entre los jóvenes desde edades muy tempranas y el incremento de prácticas sexuales de riesgo como consecuencia de sus efectos (Ministerio de Salud Pública, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2019). En Argentina, en un estudio en población universitaria, el inicio temprano y la cantidad de consumo de alcohol influyó directamente en las conductas sexuales de riesgo (a partir de ahora CSR). Esto es, aquellos estudiantes que se iniciaron precozmente en el consumo de alcohol también lo hicieron en sus relaciones sexuales y estando bajo sus efectos (Leonangeli, Rivarola y Michelini, 2021). En Colombia, se determinó que el 70,9% de los jóvenes no utilizaron preservativo y el 39,3% tuvieron relaciones sexuales con desconocidos bajo los efectos del alcohol. Además, se encontró una asociación entre tener relaciones sexuales y la frecuencia de consumo de alcohol, siendo esta asociación más fuerte en los hombres en comparación con las mujeres (Betancourth-Zambrano, Tacán-Bastidas y Córdoba-Paz, 2017). En Perú, se demostró que del 87,3% de estudiantes que indicaron haber consumido alcohol, el 83,8% tuvieron relaciones sexuales bajo sus efectos (Ortiz-Melgar, Pérez-Saavedra, Valentín-Ballarta y Zúñiga-Hurtado, 2015). En Ecuador, solo un tercio de los participantes percibieron como un factor de riesgo el combinar el alcohol con las relaciones sexuales (Robles y Espinel, 2017).

Partiendo de la relación entre ambas conductas y sus efectos negativos, otro grupo de investigaciones se ha centrado en determinar los mecanismos subyacentes que explican tal vinculación. Como se ha mencionado, el incremento de la desinhibición y la sensación de invulnerabilidad alteran la toma de decisiones responsables (Caballo y Salazar, 2017; Golpe et al., 2017), lo que facilitarían la realización de CSR. Sin embargo, estas conductas se producen incluso bajo ingestas reducidas de alcohol que no producen depresión en el sistema nervioso central y que, por lo tanto, no supondrían la presencia de desinhibición (Planas-Ballvé, Grau-López, Morillas y Planas, 2017; Sarasa-Renedo et al., 2014). Habría que considerar, por lo tanto, el papel de variables cognitivas relacionadas

con las percepciones. Aunque ha sido un ámbito menos explorado, entender cómo sienten y piensan los adolescentes y jóvenes acerca del efecto psicoactivo del alcohol (Amezcuca, Hernández, Rodríguez y Quesada, 2015; Pons y Buelga, 2011), su significado social, las expectativas hacia el éxito social y sexual, es crucial para avanzar en la prevención.

En el estudio de Sánchez, Robles, Ripalda y Calderón (2018), el 49% de adolescentes participantes, indicaron estar de acuerdo en que el consumo de alcohol y otras drogas afecta a la salud y el 89,6% consideraban que incrementa problemas familiares y sociales y, sin embargo, más del 50,0% creía que podían dejar de consumir alcohol cuando lo desearan. La relación entre la percepción del riesgo con el inicio del consumo de alcohol u otras drogas, tiene como estructura aspectos subjetivos como los perceptivos, experienciales, cantidad y calidad de la información, y creencias y estereotipos que influirán en la decisión de asumir o no el riesgo (García del Castillo, 2012; Robles, Espinel y Guevara, 2017; Sánchez, Robles, Ripalda y Calderón, 2018). Parece, pues, que tener una baja percepción del riesgo que supone la ingesta de alcohol o realizar determinadas conductas sexuales, o una alta sensación de control, incrementan la posibilidad de realizar comportamientos que implican una amenaza a la salud. Aunque la relación ha sido menos explorada, es posible que las expectativas positivas -generadas por mitos sobre el alcohol- del efecto de esta sustancia en la vida sexual incrementen la ingesta intencionada de esta sustancia, lo que a su vez aumentan las CSR (Redondo-Marín et al., 2021).

Asimismo, varios estudios han relacionado la percepción del riesgo para conducta sexual, y las creencias y expectativas sobre el consumo de alcohol con ciertas variables sociodemográficas, como el género, la edad o la etnia. Así, respecto al género, parece existir una mayor proporción de hombres que utilizan el preservativo como medida de protección de su salud frente al grupo de mujeres que muestran mayor exposición al riesgo de conducta sexual sin el uso de este medio de protección (Bouniot-Escobar et al., 2017). Otro estudio

realizado en una comunidad rural de Ecuador (Pérez, Apupalo y Creagh, 2018) en relación con el género, mostró diferencias significativas asociadas con el número de parejas sexuales (con mayor proporción en hombres 66,6%) y con el uso del preservativo en las relaciones sexuales, de esta manera, el grupo de mujeres presentó mayor inconsistencia en su uso. Estudios relacionados con grupos étnicos mostraron que las relaciones sexuales de población indígena, con predominio en la zona rural, se dieron en un marco de violencia y abuso de poder que potenciaba la presencia de CSR (p.ej., Boira, Carbajosa y Méndez, 2016; Nava-Navarro, Onofre-Rodríguez y Báez-Hernández, 2017), y el inicio temprano de las relaciones sexuales (11 años o antes) con mayor proporción en el grupo indígena frente al no indígena (Ocaña, García, Hernández, Cruz y Pérez, 2021). Además, un gran porcentaje del grupo de población indígena y afroecuatoriana que mantenía relaciones sexuales se asoció con un alto consumo de alcohol (Boira et al., 2016).

Desde una perspectiva cognitivo conductual, los modelos y teorías han explicado las creencias entorno al consumo de alcohol con una concepción psicosocial (Ajzen y Fishbein, 1980; Brown, Goldman y Christiansen, 1985; García-Andrade, Wall y Ehlers, 1996). Así, las creencias erróneas sobre la relación entre alcohol y éxito social o íntimo, como considerar que su consumo conlleva mejores interacciones sexuales, pueden ser problemáticas entre adolescentes y jóvenes, ya que son especialmente susceptibles a procesos de influencia social (Saura et al., 2019).

Los datos anteriores reflejan el alcance y relevancia del tema, convirtiendo el consumo de alcohol y las prácticas sexuales de riesgo en un problema de salud pública. Indagar en las variables que subyacen a la asunción de conductas sexuales de riesgo o protectoras por parte de los jóvenes es fundamental para orientar estrategias de prevención e intervención. Por ello, en el presente estudio se plantearon los siguientes tres objetivos. En primer lugar, describir las conductas sexuales de jóvenes ecuatorianos y analizar la relación

entre las creencias sobre el consumo de alcohol en diferentes esferas y las percepciones de riesgo para conducta sexual. Se espera que las actitudes basadas en mitos y estereotipos, así como las expectativas sobre el consumo de alcohol con una visión irreal e idealista sobre sus efectos estarán relacionadas con un número mayor de las conductas sexuales de riesgo analizadas. En segundo lugar, evaluar si existen diferencias en los comportamientos sexuales de riesgo como el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de contactos sexuales o el uso del preservativo, en función de las expectativas sobre el consumo del alcohol y las percepciones -de riesgo o protección- respecto a conductas sexuales, y de las variables sociodemográficas de género, edad, etnia y procedencia rural o urbana. Esperamos que, una baja percepción del riesgo o protección que comportan algunos factores, se vincularían con más prácticas sexuales de riesgo. Asimismo, se anticipa que las mujeres, las personas más jóvenes, las procedentes de zonas rurales y las etnias presentarán menos percepción del riesgo para conducta sexual, altas expectativas (irreales) hacia el consumo de alcohol, y mostrarán más conductas sexuales de riesgo. Finalmente, para conocer la relación completa y compleja entre el máximo número de variables, se consideró como objetivo el establecimiento de un mapa de asociaciones conjuntas de las conductas sexuales y las variables actitudinales (percepción de riesgo para conducta sexual y expectativas sobre el consumo de alcohol).

Método

Participantes

Para la selección de la muestra se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico accidental (Ozten y Manterola, 2017). La muestra estuvo constituida por estudiantes universitarios ($N = 838$) de entre 16 y 25 años de edad ($M = 19,7$ $DT = 2,00$), distribuidos en 436 hombres y 402 mujeres de dos instituciones educativas públicas de nivel superior de las provincias de Guayas y Los Ríos de Ecuador. En cuanto a la procedencia de los estudiantes, el 48,4%

procedía de áreas urbanas y el 51,6% de áreas rurales. La distribución de la muestra por carrera de estudio fue la siguiente: Agronomía 41,6%, Ingeniería en Sistemas 16,5%, Ingeniería Comercial 13,7%, Enfermería 12,3%, Terapia Respiratoria 5,5%, Administración de Empresas 4,5%, Nutrición Humana 3,5% y Optometría el 2,4%. En relación con la distribución y frecuencia de la autoidentificación étnica que forman parte de los pueblos y nacionalidades reconocidas en Ecuador (Constitución de la República de Ecuador, 2008), la descripción es la siguiente: mestizo/a (41,1%), montubio/a (38,4%), afroecuatoriano/a (7,0%), indígena (6,1%), cholo (3,3%), blanco/a (1,0%) y otra (3,1%).

Instrumentos

Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en Jóvenes Ecuatorianos (EPRCS) (Robles, Aranda y Montes-Berges, 2022). Contiene 27 ítems y evalúa 4 factores implicados en las CSR o de protección para la salud: (1) Percepción del participante sobre el riesgo que implica la práctica de ciertas conductas sexuales ($\alpha = 0,93$; p. ej. *“Tener la primera relación sexual estando bebido es un comportamiento de riesgo”*), (2) Percepción sobre el uso de preservativo en las relaciones sexuales ($\alpha = 0,85$; p. ej. *“Utilizar el preservativo en todas las relaciones sexuales es una conducta de protección”*), (3) Percepción acerca del conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja ($\alpha = 0,82$; p. ej. *“Preguntar a tu pareja si ha tenido infecciones de transmisión sexual es un factor de protección”*) y (4) Percepción sobre el riesgo de proveerse de información sobre sexualidad de diferentes fuentes ($\alpha = 0,75$; p. ej. *“Conversar solo con los/las amigos/as sobre temas de sexualidad pone en riesgo mi salud”*). En relación con la interpretación de la escala, a mayor puntuación en los factores 1 y 4, mayor percepción de las conductas sexuales evaluadas como un riesgo para la salud de la persona. Los factores 2 y 3, miden la percepción sobre las conductas protectoras, y en este sentido, a mayor puntuación, mayor percepción de la conducta como protectora de la salud. La fiabilidad total de la escala fue $\alpha = 0,91$.

Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol (AEQ, por sus siglas de la versión original “Alcohol Expectancy Questionnaire”; Brown, Christiansen y Goldman, 1987). Se empleó la versión adaptada en México por Mora-Ríos, Natera, Villatoro y Villalvazo (2000) para medir las creencias sobre el consumo de alcohol y sus efectos en estudiantes universitarios. El instrumento consta de 51 ítems con respuestas tipo Likert de cinco puntos (desde 1 “nada de acuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”). Evalúa, a través de ocho dimensiones, la percepción que tienen los y las jóvenes sobre los efectos que les produce el consumo de alcohol en diferentes áreas, así como creencias o mitos generales sobre sus consecuencias: a) Interacción grupal ($\alpha = 0,95$; p. ej., “*el alcohol me permite divertirme más en las fiestas*”); b) Expresividad verbal ($\alpha = 0,95$; p. ej. “*unas cuantas copas hacen más fácil el hablar con la gente*”); c) Desinhibición ($\alpha = 0,93$; p. ej. “*el alcohol hace más fácil el actuar impulsivamente*”); d) Incremento de la sexualidad ($\alpha = 0,97$; p. e. “*soy mejor amante después de unas copas*”); e) Reducción de la tensión psicológica ($\alpha = 0,96$; p. ej. “*el alcohol me hace preocuparme menos*”); f) Reducción de la tensión física ($\alpha = 0,92$; p. ej. “*el alcohol disminuye la tensión muscular*”); g) agresividad y sentimientos de poder ($\alpha = 0,97$; p. ej. “*si siento miedo, el alcohol disminuye mis temores*”); h) Cambios psicofisiológicos ($\alpha = 0,92$; p. ej. “*el beber me hace sentir acalorado*”). La fiabilidad del cuestionario total fue de $\alpha = 0,98$. Los ítems permiten identificar las creencias o expectativas positivas sobre los efectos del consumo y sobre las consecuencias con respecto al comportamiento sexual. A mayor puntuación, más positiva será la percepción sobre los efectos del consumo de alcohol, así como más estereotípicas serán sus creencias.

Cuestionario sobre datos sociodemográficos y conductas sexuales. Se elaboró un cuestionario ad-hoc para el presente estudio que recogía datos sobre la universidad, carrera, edad, género, etnia y zona geográfica de procedencia. Además, recababa información sobre la experiencia sexual a través de las siguientes interrogantes, “*¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez?*” y si la respuesta era afirmativa se pasaba a las siguientes preguntas: “*¿A qué edad*

tuviste tu primera experiencia sexual?”, “¿Cuántas parejas sexuales has tenido en el último año?”, “¿Usaste preservativo en tu primera experiencia sexual?”, “¿Utilizas preservativo cuando mantienes relaciones sexuales?”

Procedimiento

Se procedió a solicitar por escrito la autorización respectiva a las autoridades de las universidades participantes en el estudio previa a la aplicación de los instrumentos de medida y a la lectura y firma del consentimiento informado de los estudiantes, siendo voluntaria su participación. Además, se garantizó el anonimato en los cuestionarios, la confidencialidad y privacidad de la información siguiendo los principios de la APA (American Psychological Association, 2017) y cumpliendo los principios éticos en esta investigación. Durante este proceso, se dieron a conocer los objetivos del estudio, los pasos a seguir y el cronograma respectivo. Los cuestionarios fueron respondidos de forma colectiva, en sus respectivas aulas y durante las horas de clase, con el acompañamiento de una investigadora y en un tiempo aproximado de sesenta minutos.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics v.25 (IBM Corp., 2017). Inicialmente se evaluó la fiabilidad de los instrumentos mediante el Alfa de Cronbach. Se realizaron análisis descriptivos para los datos sociodemográficos y de conducta sexual. Posteriormente, se realizó un análisis de correlaciones entre las variables referentes a las percepciones del riesgo para conducta sexual y a las creencias sobre el consumo de alcohol. Para determinar si existían diferencias en las conductas sexuales atendiendo a la percepción del riesgo para conducta sexual (en sus cuatro dimensiones) se empleó el análisis de varianza. En la variable “número de parejas sexuales” con más de dos niveles, se realizaron comparaciones *post hoc* mediante la prueba de Tukey debido a su versatilidad y capacidad para controlar el error tipo I (Abdi y Williams, 2010). El

mismo esquema de análisis se empleó para el estudio de las expectativas hacia el alcohol (en sus ocho dimensiones) y las conductas sexuales de riesgo. El estudio de las diferencias en las conductas sexuales de riesgo atendiendo al género, edad, etnia y zona geográfica de los participantes se ejecutó a través de un análisis de contingencias.

Finalmente, se aplicó el análisis de correspondencia múltiple (ACM) para determinar la estructura subyacente del conjunto de datos. El ACM es una herramienta fundamental para analizar espacios relacionales y unidades de análisis (variables categóricas), y para ilustrar y analizar una multiplicidad de relaciones. Se consideraron para el análisis las variables categóricas que describían las conductas sexuales y se categorizaron las dos variables de escala que evaluaban la percepción sobre conductas de riesgo y las expectativas sobre el consumo de alcohol (con un total de 13 dimensiones entre ambas). El análisis de las variables según los niveles en los que se distribuyen las puntuaciones (bajo, medio, alto) facilita la comprensión de su funcionamiento. El ACM se puede aplicar a variables cuantitativas y cualitativas (Leguina, 2009). Para transformar cada variable cuantitativa en una nueva variable categórica, se utilizó el rango intercuartílico.

Resultados

Análisis descriptivos de las conductas sexuales

Respecto a la descripción de las conductas sexuales, del total de la muestra, el 79,8% había tenido relaciones sexuales con otra persona, habiéndose iniciado en algo más de la mitad de los casos antes de los 15 años. Cerca de la mitad indicaban haber tenido más de dos parejas sexuales en el último año (2 a 4 = 23,1%, 5 a 6 = 25,0%). Más de la mitad de participantes no usaron preservativo en su primera relación sexual, ni lo utilizan de forma habitual. Estos análisis se muestran también segregados por género (Tabla 1).

Correlaciones entre factores de la Escala de Percepción de Riesgo para Conducta Sexual y del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol.

Los resultados de las correlaciones bivariadas mostraron relaciones significativas entre todas las dimensiones acerca de la percepción de riesgo para conducta sexual con los factores sobre expectativas y efectos del alcohol (Tabla 2).

Concretamente, se encontró una correlación positiva significativa entre los cuatro factores de la Escala de Percepción de Riesgo para Conducta Sexual y los factores A, B y C del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol. A medida que los participantes consideraban que determinadas prácticas sexuales (p. ej. *“tener relaciones sexuales habiendo consumido alcohol o con alguien a quien se acaba de conocer”* [Factor 1]) y recibir información sobre sexualidad de fuentes no fiables (p. ej. *“las amistades o el internet”* [factor 4]) podrían ser un riesgo para su salud, percibían efectos más positivos del alcohol y mostraban expectativas más positivas frente a su consumo en esferas exclusivamente de interacción social (interacción grupal, expresividad verbal y desinhibición). Además, una mayor percepción del uso del preservativo y de tener conocimiento sobre las experiencias sexuales previas del compañero como factores protectores de la salud se asociaron con mayores puntuaciones en los tres factores de la AEQ (interacción grupal, expresividad verbal y desinhibición).

La relación entre los cuatro factores de la Escala de Percepción de Riesgo para Conducta Sexual con el resto de factores del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol fueron negativas y significativas. El sentido de la asociación determinó que a medida que los participantes mostraban una mayor claridad en la consideración de los factores que suponen un riesgo o una protección para su salud en el plano sexual consideraban como más negativos los efectos del alcohol y tenían expectativas más negativas en cuanto a su capacidad de incrementar la sexualidad (Factor D), reducir la tensión psicológica (Factor E) y física (Factor F),

aumentar los sentimientos de poder o la agresividad, o producir cambios psicofisiológicos placenteros (Factor H). Tomados estos los resultados en conjunto, se encontró que, a mayor percepción del riesgo para conducta sexual menos creencias positivas hacia el consumo de alcohol entre las variables descritas (ver Tabla 2).

Tabla 1. Análisis descriptivo de conductas sexuales de riesgo según género en jóvenes universitarios.

Variables		Total	Hombres	Mujeres
		(N = 838)	(n = 436; 52%)	(n = 402; 48%)
Has tenido relaciones sexuales	Sí	669 (79,8%)	378 (44,9%)	293 (35,0%)
	No	169 (20,8%)	60 (7,2%)	109 (13,0%)
Edad de inicio de actividad sexual	< 15 años	343 (51,7%)	198 (29,9%)	145 (21,9%)
	≥ 15 años	320 (48,3%)	178 (26,8%)	142 (21,4%)
Número de contactos sexuales	< 2 parejas sexuales	344 (51,9%)	173 (26,1%)	171 (25,8%)
	≥ 2 parejas sexuales	319 (48,1%)	203 (30,6%)	116 (17,5%)
Uso de preservativo en primera relación sexuales	Sí	564 (40,3%)	301 (21,5%)	263 (18,8%)
	No	834 (59,7%)	331 (23,7%)	503 (36,0%)
Uso de preservativo en las relaciones sexuales	Sí	238 (36,0%)	161 (24,3%)	77 (11,6%)
	No	424 (64,0%)	210 (31,7%)	214 (32,3%)

Tabla 2. *Análisis correlacional de los factores de percepción del riesgo para la conducta sexual en jóvenes respecto de las creencias hacia el consumo de alcohol.*

	Escala de percepción					Cuestionario de expectativas								
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Escala total	Factor A	Factor B	Factor C	Factor D	Factor E	Factor F	Factor G	Factor H	Cuestionario total
Factor 1	1	0,325**	0,441**	,317**	,821**	,649**	,637**	,660**	-,655**	-,656**	-,582**	-,625**	-,515**	-,401**
Factor 2		1	,534**	,292**	,649**	,258**	,256**	,260**	-,249**	-,253**	-,243**	-,247**	-,239**	-,159**
Factor 3			1	,446**	,793**	,313**	,306**	,317**	-,295**	-,300**	-,264**	-,285**	-,260**	-,161**
Factor 4				1	,622**	,284**	,282**	,287**	-,253**	-,265**	-,243**	-,252**	-,254**	-,133**
Escala total					1	,573**	,563**	,582**	-,561**	-,566**	-,507**	-,539**	-,471**	-,331**
Factor A						1	,999**	,999**	-,924**	-,916**	-,856**	-,914**	-,864**	-,499**
Factor B							1	,997**	-,919**	-,912**	-,853**	-,911**	-,862**	-,491**
Factor C								1	-,929**	-,921**	-,863**	-,918**	-,862**	-,509**
Factor D									1	,979**	,952**	,993**	,925**	,784**
Factor E										1	,927**	,974**	,889**	,758**
Factor F											1	,958**	,907**	,822**
Factor G												1	,943**	,802**
Factor H													1	,766**
Cuestionario total														1

Notas: Escala de percepción = "Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en Jóvenes Ecuatorianos"; Factor 1= Percepción de riesgo sobre conductas sexuales; Factor 2= Percepción sobre el uso del preservativo; Factor 3= Conocimiento de los antecedentes sexuales de la pareja; Factor 4= Fuentes de información sobre sexualidad; Cuestionario de expectativas= "Cuestionario de expectativas hacia el alcohol (AEQ)"; Factor A= Interacción grupal; Factor B= Expresividad verbal; Factor C= Desinhibición; Factor D= Incremento de la sexualidad; Factor E= Reducción de la tensión psicológica; Factor F= Reducción de la tensión física; Factor G= Agresividad y sentimientos de poder; Factor H= Cambios psicofisiológicos. **p< 0,01.

Diferencias en conductas sexuales en función de la percepción de riesgo para la conducta sexual.

El ANOVA mostró que los participantes que tenían relaciones sexuales frente a los que no las habían tenido percibían con más claridad que las prácticas sexuales de riesgo contenidas en el factor "Percepción de riesgo sobre conductas sexuales" (Factor 1 EPRCS) eran una amenaza para su salud, $F(1, 836) = 5.63, p = 0,018, M_{\text{sírelsex}} = 4,18, DT = 0,99, M_{\text{norelsex}} = 3,97, DT = 1,17$. Además, mostraron una mayor percepción del uso del preservativo como protector (Factor 2 EPRCS), $F(1, 836) = 4,46, p = 0,050, M_{\text{sírelsex}} = 3,81, DT = 1,02, M_{\text{norelsex}} = 3,64, DT = 1,07$; y una mayor percepción de las conductas relacionadas con el conocimiento de las experiencias sexuales previas del compañero/a como promotoras de la salud sexual (Factor 3 EPRCS), $F(1, 836) = 5,63, p = 0,004, M_{\text{sírelsex}} = 3,94, DT = 1,11, M_{\text{norelsex}} = 3,66, DT = 1,16$.

Respecto al número de contactos sexuales (niveles: < 2 contactos sexuales, ≥ 2 contactos sexuales) se hallaron diferencias marginalmente significativas, siendo los que habían mantenido menos contactos sexuales los que obtuvieron mayor percepción del riesgo asociado a recibir información sobre sexualidad dependiendo de la fuente (Factor 4 EPRCS), como los padres/madres, el profesorado, las amistades o a través de internet, $F(1, 661) = 3,41, p = 0,065, M_{<2\text{contactosex}} = 3,26, DT = 1,17, M_{\geq 2\text{contactosex}} = 3,26, DT = 1,17$.

También se encontraron diferencias significativas atendiendo al uso del preservativo en la primera relación sexual en los tres primeros factores de la EPRCS. Los participantes que sí habían optado por el uso del preservativo, percibían con más claridad qué prácticas sexuales son de riesgo (Factor 1 EPRCS), $F(1, 660) = 9,09, p = 0,003, M_{\text{sípreservativo}} = 4,34, DT = 0,81, M_{\text{nopreservativo}} = 4,10, DT = 1,07$, así como la capacidad protectora de la salud del preservativo (Factor 2 EPRCS), $F(1, 660) = 7,43, p = 0,007, M_{\text{sípreservativo}} = 3,95, DT = 0,997, M_{\text{nopreservativo}} = 3,72, DT = 1,03$, y de conocer las experiencias sexuales previas del compañero/a

o de uno/a mismo/a (Factor 3 EPRCS), $F(1, 660) = 5,51, p = 0,019, M_{\text{sípreservativo}} = 4,07, DT = 1,08, M_{\text{nopreservativo}} = 3,86, DT = 1,12$.

No se encontraron diferencias significativas respecto a la edad en la que se iniciaron las relaciones sexuales (niveles: 10 a 15 años, 16 a 20 años), el número de parejas sexuales durante el último año y el uso del preservativo en las relaciones sexuales.

Diferencias en conductas sexuales en función de las expectativas sobre el alcohol.

Para la variable actitudinal sobre las expectativas del uso del alcohol, solo se encontraron diferencias en las conductas sexuales en los participantes que habían tenido ya relaciones sexuales en comparación con aquellos que no. En concreto, en los factores de “reducción de la tensión psicológica”, $F(1, 836) = 7,03, p = 0,008$, y “agresividad y sentimientos de poder”, $F(1, 836) = 3,56, p = 0,050$. Los participantes que aún no habían mantenido relaciones sexuales consideraban en mayor medida que el alcohol les producía o tenían la expectativa de que produce cierta relajación física y tolerancia al dolor, $M_{\text{norelsex}} = 12,7, DT = 5,97, M_{\text{sírelsex}} = 11,5, DT = 5,29$, y que les desinhibía, considerando en general que el alcohol hace sentir mejor y más poderoso, $M_{\text{norelsex}} = 31,4, DT = 11,4, M_{\text{sírelsex}} = 29,6, DT = 10,5$.

Para el resto de comportamientos sexuales (edad de inicio, número de contactos sexuales, número de parejas sexuales, uso del preservativo en la primera relación sexual y uso del preservativo), no se encontraron diferencias.

Diferencias en las variables de percepción de riesgo para conducta sexual, expectativas sobre alcohol y conductas sexuales en función de las variables sociodemográficas.

El análisis de las diferencias en percepción de riesgo para conducta sexual en función del género mostraron que los hombres percibían con mayor claridad

qué comportamientos sexuales suponen un riesgo para la salud, $F(1, 836) = 5,44$, $p = 0,02$, $M_{\text{hombre}} = 4,22$, $DT = 0,959$, $M_{\text{mujer}} = 4,06$, $DT = 1,11$.

En el caso del estudio de las expectativas sobre el consumo de alcohol, el género de los participantes determinó diferencias en todas las dimensiones del cuestionario (Tabla 3). Mientras los hombres consideraban en mayor medida que el alcohol produce una mejora en la interacción grupal (más diversión, cohesión o mejor ánimo), expresividad verbal (facilidad para hablar) y desinhibición (sinceridad, impulsividad, bromista), las mujeres percibían más que el alcohol tiene la capacidad de incrementar la sexualidad (más deseo, sensualidad, romántico, más orgasmos), la agresividad y sentimientos de poder (tendencia a discutir, seguridad, autosuficiencia, satisfacción), así como reducir la tensión psicológica y física (despreocupación, relajación, dormir mejor), y producir cambios fisiológicos (calor, enrojecimiento).

Tabla 3.

Diferencias según género en las expectativas sobre el consumo de alcohol.

		Hombres		Mujeres	
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Interacción grupal	$F(1,836) = 8,33, p = 0,004$	29,4	12,3	27,0	12,3
Expresividad verbal	$F(1,836) = 7,88, p = 0,005$	16,4	6,19	15,1	6,88
Desinhibición	$F(1,836) = 8,29, p = 0,004$	16,4	6,83	15,0	6,88
Incremento sexualidad	$F(1,836) = 10,7, p = 0,001$	25,9	12,0	28,7	12,5
Reducción tensión psicológica	$F(1,836) = 7,21, p = 0,007$	17,2	5,57	18,2	5,71
Reducción tensión física	$F(1,836) = 1,7, p < 0,001$	11,1	5,21	12,4	5,63
Agresividad y sentimientos de poder	$F(1,836) = 10,2, p < 0,001$	28,7	10,5	31,1	10,8

Cambios fisiológicos	$F(1,836) = 13,5, p < 0,001$	8,39	4,13	9,45	4,25
----------------------	------------------------------	------	------	------	------

La edad de los participantes (niveles: 16 a 19 años, 20 a 25 años), no mostró efecto significativo en las puntuaciones de las dos variables analizadas, percepción de riesgos para conducta sexual y expectativas sobre alcohol. Tampoco lo hicieron las variables descriptivas de la zona geográfica y la etnia.

Respecto a las diferencias en las conductas sexuales atendiendo al género, grupo de edad, etnia y zona de procedencia, los resultados de las tablas de contingencia mostraron que la variable género resultó relevante para explicar la agrupación de frecuencias de las siguientes conductas sexuales analizadas: a) haber iniciado en el momento del estudio las relaciones sexuales, b) tener menos o más de 2 parejas sexuales al año, c) uso del preservativo en la primera relación y d) uso del preservativo en las relaciones siguientes. Específicamente, el porcentaje de mujeres que aún no habían tenido relaciones sexuales frente a los hombres fue más elevado ($\chi^2 = 12,33, p < 0,001$). Además, más hombres que mujeres habían tenido ≥ 2 parejas sexuales diferentes al año ($\chi^2 = 12,00, p = 0,002$) y entre 5 y 6 parejas ($\chi^2 = 17,43, p < 0,004$); el porcentaje de hombres que usaron el preservativo en su primera relación sexual y siguen haciéndolo de forma general, fue mayor que en el caso de las mujeres ($\chi^2 = 12,33, p < 0,000, \chi^2 = 4,290, p = 0,038$). La frecuencia de hombres y mujeres en el resto de respuestas respecto a conductas sexuales no difirieron significativamente.

La zona de procedencia (rural o urbana) resultó una variable de agrupación significativa exclusivamente respecto al inicio de las relaciones sexuales, siendo mayor el porcentaje de los participantes de zona urbana que habían iniciado relaciones sexuales en comparación con los de zonas rurales ($\chi^2 = 15,53, p < 0,001$).

No se encontraron diferencias en la distribución atendiendo a los grupos

de edad y etnia en ninguna de las variables analizadas.

Análisis conjunto de las variables: comportamiento sexual, percepción de riesgo en torno a conductas sexuales y sobre la ingesta de alcohol.

El modelo resultante del ACM, que capturó la distribución de las categorías de las variables, mostró una fiabilidad alta en ambas dimensiones (D1: $\alpha = 0,918$, D2: $0,879$). La distribución de los puntos en el espacio factorial indicó una inercia adecuada (inercia D1 = $0,391$; inercia D2 = $0,303$). Respecto a la saturación de las variables en las dimensiones, las que alcanzaron mayores niveles de saturación, especialmente en la dimensión 1, fueron las categorías de los ocho factores del Cuestionario de Expectativas hacia Alcohol (de $0,837$ a $1,25$). Las conductas sexuales de riesgo y los cuatro factores de la Escala de Percepción de Riesgo para Conducta Sexual mostraron, en comparación, saturaciones bajas en las dos dimensiones (de $0,002$ a $0,96$).

El mapa de asociaciones (Figura 1) mostró cuatro agrupaciones de variables que describían conjuntos de asociaciones, así como la cantidad de inercia que aportan a la explicación de tales asociaciones.

Atendiendo a la cercanía entre las categorías de las variables se pueden observar fuertes asociaciones que definen cuatro conjuntos de categorías (nombrados como "Conjunto 1, 2, 3 y 4" en el plano). La fuerza de asociación entre las categorías resultó más elevada en el caso de las variables que evaluaban las expectativas y efectos del consumo de alcohol (medidas a través del AEQ), ya que se encontraban más distanciadas del punto central del plano. Además, se encontró que las categorías opuestas definidas por la posición en los cuadrantes (generados a partir de las líneas que se originan en el punto $0,0$) fueron, precisamente, los niveles altos y bajos de expectativas y efectos del consumo de alcohol.

La interpretación concreta de los conjuntos 1, 2 y 3 permite considerar que existe un perfil de participantes que consideran que el alcohol es una sustancia que les produce o puede producir (expectativas altas) cambios

psicofisiológicos, específicamente generaría reducción de la tensión física, psicológica, aumentaría la desinhibición, la agresividad y sentimientos de poder y también el deseo sexual; además, y probablemente como consecuencia de los cambios psicofisiológicos anteriores, consideran que el consumo de esta sustancia disminuiría la expresividad verbal y empeoraría las interacciones sociales grupales (conjunto 1). Justo el perfil opuesto de participantes se desprende de la interpretación del conjunto 2 de datos. Aquellos que consideran que el consumo de alcohol produce (tanto como expectativa-creencia y efecto) una baja alteración de procesos psicofisiológicos (no se incrementaría la agresividad ni el deseo sexual, ni reduciría la tensión física y psicológica) y, por el contrario, sí que incrementaría y mejoraría la expresividad verbal y las interacciones sociales grupales. El conjunto 3 revela un tercer perfil de participantes con expectativas y percepción sobre los efectos del alcohol de nivel medio en todas las dimensiones evaluadas en el AEQ.

Los factores del AEQ (niveles bajos, medios o altos de las expectativas y efectos del alcohol en las distintas dimensiones evaluadas), sin embargo, no mostraron proximidad en el plano con las conductas sexuales de riesgo, de forma que se puede inferir que no existe un perfil concreto de participante en función de las asociaciones conjuntas entra ambas variables.

Finalmente, respecto al conjunto de datos 4, en general las conductas sexuales aparecen próximas en el plano central, indicando asociaciones entre ellas, aunque no generan un perfil explicativo altamente consistente por su proximidad al punto de origen de los vectores (0,0). Concretamente, las conductas sexuales que aparecen más cercanas en el plano son la de tener una sola pareja, haber iniciado las relaciones sexuales a los 14 años, tener menos de dos contactos sexuales, haber usado preservativo en la primera relación sexual y no usar preservativo en general en las relaciones sexuales. Otro perfil que se infiere de la proximidad de las categorías se relaciona con haber tenido de 5 a 6 parejas diferentes, usar el preservativo y presentar niveles medios-altos de los

factores 1 (percepción sobre el riesgo que implica la práctica de ciertas conductas sexuales), 2 (percepción sobre el uso de preservativo) y 3 (percepción acerca del conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja) del EPRCS, es decir, una percepción adecuada sobre qué factores resultan protectores y de riesgo para la salud. Se encuentra, además, una vinculación entre el no uso del preservativo la primera vez con una puntuación baja en el factor 2 del EPCRS, esto es, una baja consideración del preservativo como protector. Un último perfil describe asociaciones entre niveles bajos del factor 1 y 3 del EPRCS, y niveles altos de esos mismos factores, esto indica una fuerte asociación entre la percepción sobre el riesgo que implica la práctica de ciertas conductas sexuales y la percepción acerca del conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja: cuando la percepción es adecuada y clara en una de esas dimensiones también lo es en la otra, y viceversa.

expectativas sobre el consumo del alcohol, las percepciones sobre factores de riesgo y protección en el ámbito de la sexualidad, y variables sociodemográficas; (iii) establecer un mapa de asociaciones conjuntas de las variables.

El primer bloque de análisis permitió describir algunas de las conductas sexuales de los participantes y conocer la frecuencia de las prácticas consideradas de riesgo. Así, del total de la muestra, una alta proporción de participantes ya habían tenido relaciones sexuales con otra persona. Entre las CSR más frecuentes se encontró que la vida sexual empezó en algunos casos a los 10 años de edad, y más de la mitad de los participantes lo hizo entre 10 y 14 años. Además, una proporción ligeramente menor tuvo más de dos parejas sexuales frente a los participantes que manifestaron haber tenido una sola pareja sexual. El número de participantes que no usó el preservativo en la primera relación sexual y subsiguientes fue mayor que el de los que sí lo empleaban.

Algunos de los resultados anteriores coinciden con datos encontrados en otras investigaciones e informes en el contexto latinoamericano. En cuanto a la edad temprana del inicio sexual nuestros hallazgos fueron coherentes con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador que expresa que, *“cada día dan a luz 7 niñas de 10 a 14 años”* y del total de embarazos ocurridos en el año 2019, 1816 embarazos se produjeron en niñas de 10 a 14 años y el 17,5% correspondieron a adolescentes de entre 15 y 19 años (El Universo, 2020). En México, los adolescentes de 16 años alcanzaron puntuaciones altas en la práctica de conductas sexuales de riesgo y el inicio sexual medio se determinó entre los 13 y 15 años (Castillo-Arcos et al., 2017; López, Rodríguez y Peña, 2020).

El uso inconsistente del preservativo, combinado con varias parejas sexuales, parece ser una práctica de riesgo frecuente como indican nuestros resultados y los de otros estudios en el contexto latinoamericano. En Ecuador, se encontró que más de la mitad de los participantes mostraron uso inconsistente del preservativo en sus encuentros sexuales a pesar de haber recibido

información sobre temas de sexualidad (Solórzano-Torres et al., 2019). En Brasil, se informó sobre el uso inconsistente del preservativo en estudiantes universitarios, dándose con mayor frecuencia al final del año académico (Freitas et al., 2019). En Chile, una investigación mostró que los participantes habían tenido más de un contacto sexual con personas diferentes y una muy baja frecuencia del uso de preservativo, especialmente en el grupo de mujeres (Bouniot-Escobar et al., 2017). Finalmente, en Colombia, un estudio con población universitaria, reveló que un 73,0% no usó preservativo en sus relaciones sexuales y el 66,2% tuvo más de dos parejas sexuales.

Los datos obtenidos respecto a las relaciones entre la percepción del riesgo para conducta sexual y las creencias sobre el consumo de alcohol revelaron una asociación significativa entre todos los factores de ambas variables. Concretamente, nuestros resultados mostraron que, a mayor percepción sobre los riesgos y protecciones relacionadas con la salud sexual, se producían expectativas más positivas frente al consumo en las interacciones grupales, la expresividad verbal y la desinhibición, y más negativas respecto a sus efectos en el plano de la sexualidad. Parece, pues, que tener una mayor claridad sobre los comportamientos de riesgo o protectores en el plano sexual no implica una percepción y valoración del alcohol como un riesgo cuando se aplica a esferas del individuo de tipo social (percepción del alcohol como un facilitador de la diversión, de la conversación, de la espontaneidad, etc.). Existen estudios que mostraron puntuaciones significativas en variables relacionadas con las expectativas sobre el consumo de alcohol como divertirse más o ser más sociable (Michelini, Rivarola y Pilatti, 2021), promoviendo creencias sobre los efectos positivos al alcohol como facilitador de las interacciones sociales más que a una infravaloración de los efectos negativos de su consumo (Saura et al., 2019).

Respecto a las diferencias en conductas sexuales en función de la percepción de riesgo para la conducta sexual, los datos revelaron que cuando los adolescentes y jóvenes no se habían iniciado aún en las relaciones sexuales,

presentaban una percepción más clara sobre diversas prácticas que suponen un riesgo para la salud y cuáles podrían ser protectoras. De acuerdo con la Teoría del Modelo de Creencias de Salud, la percepción individual del riesgo que una persona tenga estará influida por el nivel de conocimiento, las diversas fuentes de información, las creencias y la forma como percibe la amenaza o valora el beneficio de una determinada conducta (riesgo/protección) (Maiman y Becker, 1974). Es posible, entonces, que ese mayor conocimiento sobre sexualidad saludable, sobre las conductas de riesgo y la posible amenaza para la salud, estuviera influyendo en la toma de decisiones de esos participantes orientada a retrasar el inicio de las relaciones sexuales.

Los participantes que habían iniciado relaciones sexuales y tenían más contactos sexuales presentaron una mayor percepción del riesgo asociado a recibir información sobre sexualidad dependiendo de la fuente que los que tenía menos contactos sexuales. Considerando estos datos, parece que las chicas y chicos con más parejas aprecian la importancia de informarse adecuadamente sobre temas de sexualidad. Algunos estudios revelan que serían los progenitores los que podrían ofrecer el apoyo social más positivo respecto al apoyo informativo sobre sexualidad (García-Mendoza, Parra y Sánchez-Queija (2017); sin embargo, no es frecuente que los padres y madres conversen con sus hijos sobre esta temática (Guevara et al., 2016). Aunque el profesorado es percibido también como una fuente fiable de información sobre sexualidad, los datos revelan que, en la práctica, a pesar de que los docentes perciben tener conocimientos útiles sobre sexualidad, no consideran que sean suficientes para poder abordar el tema con estudiantes o se sienten incómodos a la hora de hacerlo (Manzano-Pauta y Jerves Hermida, 2015; 2018).

Este bloque de análisis también reveló que los jóvenes que sí habían optado por el uso del preservativo, percibían con más claridad qué prácticas sexuales son de riesgo, así como la capacidad protectora del preservativo sobre la salud y de conocer las experiencias sexuales previas de la pareja. Estos

resultados revelan que las conductas y decisiones tomadas se acompañan de factores cognoscitivos que implican que el riesgo percibido dependerá de las creencias que la persona tenga sobre la efectividad o no del uso del preservativo, el conocimiento sobre medidas de prevención y la posible valoración de los beneficios que conllevará el evitar (o no) enfermarse (Maiman y Becker, 1974).

El análisis de las diferencias en las variables de percepción de riesgo para conducta sexual, expectativas sobre alcohol y conductas sexuales en función de las variables sociodemográficas arrojó, en primer lugar, que el género de los participantes determinó diferencias en todos los factores relacionados con las expectativas sobre el alcohol. Los hombres percibieron en mayor medida que las mujeres que el alcohol mejoraba la interacción grupal (p.ej., más diversión, mejor ánimo), expresividad verbal (p.ej., facilitando el hablar más), y la desinhibición (p.ej., más impulsivo, bromista). En cambio, las mujeres percibieron más que los hombres que el alcohol tiene capacidad de incrementar la sexualidad (p.ej., más deseo, más romanticismo, más orgasmos), la reducción de la tensión psicológica y física (p.ej., dormir mejor, mayor relajamiento), la agresividad y sentimientos de poder (p.ej., tendencia a discutir, autosuficiencia), y provocar cambios psicofisiológicos (p.ej., sensaciones de calor, enrojecimiento). Estos resultados estarían revelando que las chicas y los chicos tienen creencias diferentes sobre el alcohol y sus efectos, así como distintos efectos percibidos cuando consumen alcohol. Considerando nuestros resultados, los chicos podrían usar esta sustancia como una forma de mejorar sus habilidades sociales intergrupales y aumentar la diversión en situaciones sociales. Estas creencias podrían suponer un factor de riesgo para el incremento del consumo de alcohol viéndose como catalizador de los encuentros sociales. Las mujeres, por su parte, parecen ser más conscientes de los efectos psicoactivos del alcohol. Esas creencias podrían resultar protectoras y no afectarían al consumo social del alcohol, sin embargo, podrían ser las desencadenantes de su consumo como forma de escape o evitación. Además, su percepción sobre los efectos positivos en el marco de las relaciones sexuales estaría indicando un aumento en la probabilidad de tener relaciones

sexuales bajo sus efectos (Ahumada-Cortez, Villar-Luis, Alonso-Castillo, Armendariz-García y Gámez-Medina, 2018).

Esto anterior, unido al resultado en este estudio que revelaba una percepción más clara de los chicos en comparación con las chicas acerca de qué comportamientos sexuales suponen un riesgo para la salud, serían factores que estarían contribuyendo a los patrones de comportamiento sexual diferente encontrado entre los chicos y chicas. El porcentaje de hombres que habían iniciado las relaciones sexuales era mayor que el de mujeres, tenían además más parejas sexuales diferentes que las mujeres, pero también adoptaban en mayor medida una conducta protectora fundamental como es el uso del preservativo.

Del resto de variables sociodemográficas analizadas, género, edad, etnia y zona geográfica de procedencia, solo esta última mostró diferencias entre la distribución de porcentajes de los participantes que habían iniciado las relaciones sexuales, siendo ligeramente mayor en los participantes de zona urbana en comparación con los de zonas rurales. Si bien este resultado difiere de la hipótesis inicial planteada, otras investigaciones encuentran que la mayoría de participantes que han iniciado la vida sexual provienen de zonas urbanas (ej., Ocaña et al., 2021). Sin embargo, cuando se consideran esos mismo resultados atendiendo al año de inicio de la vida sexual, son los participantes provenientes de la zona rural los que comienzan las relaciones sexuales a las edades más tempranas (11 años o menos) (ej., Ocaña et al., 2021). Parece necesario, además, interpretar todos estos resultados bajo una perspectiva sociocultural. En este sentido, la diferencia encontrada en nuestro estudio -en contra de lo esperado- entre zonas rurales y urbanas podría estar reflejando, en realidad, el efecto de las etnias. Las CSR en función de la procedencia de los y las participantes podrían estar siendo influenciadas por factores sociales como la alta migración de población rural hacia la urbana, especialmente de grupos indígenas (Alcedo y Quito, 2021). Dentro de cada grupo se promueven aprendizajes recíprocos de valores, culturas o mitos que prevalecen en un contexto multicultural y étnico

como el de Ecuador (Constitución de la República de Ecuador, 2008), fomentando percepciones de riesgo/protección que beneficien o no la salud sexual de los y las jóvenes. El inicio extremadamente temprano de las relaciones sexuales es una consecuencia de contextos marcadamente machistas, de alto consumo de alcohol, celos e infidelidad, donde prevalecen roles familiares tradiciones y “atrasados” que aumentan los casos de relaciones sexuales no consentidas en niñas y adolescentes -indígenas y no indígenas- de las zonas rurales de Ecuador por parte de familiares o personas allegadas (Boira et al., 2016).

Finalmente, el análisis conjunto de las variables, entre sus resultados, mostró que los participantes que tenían una sola pareja iniciaban sus relaciones sexuales a los 14 años y no usan generalmente preservativo en las relaciones sexuales. La conducta de no usar el preservativo se asoció a creencias sobre su poca efectividad. Mientras que los participantes que habían tenido varias parejas sexuales sí usaban el preservativo y, además, percibían mejor el riesgo de determinadas conductas y consideraban el preservativo como protector. Asimismo, consideraban que recibir información sobre sexualidad de fuentes fidedignas era un factor protector. Se encontró también una fuerte asociación entre la percepción sobre el riesgo que implica la práctica de ciertas conductas sexuales (p. ej. el inicio temprano de las relaciones sexuales o el no uso de preservativo) y la percepción acerca del conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja: cuando la percepción es adecuada y clara en una de esas dimensiones también lo es en la otra, y viceversa. Estos resultados revelan la vinculación de las variables actitudinales -considerando el conjunto de creencias, percepciones e interpretaciones- con las conductas. En el marco de los modelos y teorías que ayudan a predecir y explicar las conductas de salud, se confirmaría que un conocimiento adecuado sobre una realidad y la percepción de amenaza contribuirían a la decisión de ejecutar determinados tipos de conductas (Ajzen y Fishbein, 1980; Brown et al., 1985; García-Andrade et al., 1996). Posiblemente, aunque la naturaleza del análisis no permite establecer la dirección de la influencia, la vida sexual (las conductas emitidas) también moldean y construyen

las actitudes frente a los factores de riesgo y protección; esto explicaría por qué los participantes con más conductas sexuales de riesgo también tienen más percepciones ajustadas sobre qué elementos contribuyen al mantenimiento de la salud.

Los resultados del estudio han de interpretarse, no obstante, considerando sus limitaciones. La primera se refiere a su naturaleza de tipo transversal. Ésta, permite analizar una situación de salud en un tiempo dado y planear su intervención (Supo y Zacarías, 2020), pero, sin embargo, es necesario realizar en trabajos futuros de corte longitudinal para un análisis de la evolución de las conductas sexuales y las variables actitudinales. La homogeneidad de la muestra en cuanto al perfil educativo de los participantes (todos eran estudiantes universitarios/as) no permite hacer generalizaciones de los resultados a otras poblaciones de adolescentes y jóvenes que no han cursado estudios superiores. Además, considerando la influencia cada vez mayor de las aplicaciones de mensajería instantánea y redes sociales en la vida sexual de chicos y chicas, hubiera sido interesante haber incluido la medición de ciberconductas como el sexteo o cibersexo (Gámez-Guadix et al., 2021; Javier-Juárez et al., 2021).

A pesar de las limitaciones anteriores, esta investigación aporta información útil sobre las conductas sexuales adolescentes y jóvenes ecuatorianos, poniendo de relieve la existencia de dos prácticas que se han asociado a consecuencias indeseadas para la salud como el inicio temprano de las relaciones sexuales y la no utilización del preservativo en las relaciones sexuales por más de la mitad los participantes. Asimismo, los datos sobre las variables que evalúan la percepción de los factores de riesgo o protección para conducta sexual y las expectativas sobre el consumo de alcohol revelan que los participantes que valoran las amenazas a la salud también son capaces de valorar las prácticas protectoras generándose, así, al menos a nivel cognitivo, unas creencias más saludables que se extienden al ámbito del consumo de alcohol, siempre que éste no se circunscriba al ámbito estrictamente social y de diversión. Además,

considerando las diferencias encontradas entre mujeres y hombres tanto en determinados comportamientos sexuales como en sus creencias entorno a factores de riesgo o protección, y los efectos del alcohol, se refuerza la necesidad de hacer un abordaje de la educación en salud sexual desde la perspectiva género. En este sentido, parece que las creencias más estereotípicas sobre los efectos del alcohol junto con una menor percepción de riesgo de determinados elementos, podrían estar influyendo en la asunción de conductas sexuales menos protectoras por parte de las mujeres.

Desde una perspectiva de transferencia y aplicabilidad de los resultados, éstos apoyan la utilidad de implementar acciones de prevención basadas en el refuerzo de las creencias realistas y precisas sobre la sexualidad y otras conductas (como el consumo de alcohol) y no solamente incidir sobre la percepción adecuada de los factores de riesgo. Además, el desarrollo de habilidades sociales (Caballo y Salazar, 2018) permitirían sustituir las propiedades otorgadas al alcohol como “salvavidas para las relaciones sociales y sexuales” por una mayor percepción de autoeficacia. Finalmente, las propuestas y programas de prevención o intervención podrían apoyarse en la intersectorialidad para lograr efectos más significativos en la reducción de conductas de riesgo sexuales, ya que las fuentes de información provenientes de distintos ámbitos, como el educativo y familiar, resultan valoradas positivamente por los jóvenes, siendo el contexto universitario un espacio privilegiado para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Referencias

- Abdi, H. y Williams, L. (2010). Principal component analysis. Wiley Interdisciplinary: Reviews Computational Statistics, 2, 433-459. doi:10.1002/wics.101
- Ahumada-Cortez, J. G., Villar-Luis, M. A., Alonso-Castillo, M. M., Armendariz-García, N. A. y Gámez-Medina, M. E. (2018). Expectativas hacia el consumo de alcohol y conducta de consumo en adolescentes de nivel

- medio. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 18(2), 49-57. doi:10.21134/haaj.v18i2.352
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviors*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Amezcuca, M., Hernández, S., Rodríguez, M. y Quesada, E. (2015). Riesgo ante el consumo colectivo de alcohol entre los jóvenes: percepciones desde el entorno educativo. *Índex de Enfermeria*, 24(1-2), 25-30. doi: 10.4321/S1132-12962015000100006
- Betancourth-Zambrano, S., Tacán-Bastidas, L. y Córdoba-Paz, E. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos . *Revista Universidad Salud*, 19(1), 37-50. doi: 10.22267/rus.171901.67
- Boira, S., Carbajosa, P. y Méndez, R. (2016). Miedo, conformidad y silencio. La violencia en las relaciones de pareja en áreas rurales de Ecuador. *Psychosocial Intervention*, 25, 9-17. doi: 10.1016/j.psi.2015.07.008
- Bouniot-Escobar, S., Muñoz-Vigueras, C., Norambuena-Vergara, N., Pinto-Ulloa, C. y Muñoz-Pareja, M. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes estudiantes de primer año de pregrado de la Universidad San Sebastián: Estudio transversal. *Revista Colombia de Obstetricia y Ginecología*, 68(3), 176-185. doi: 10.18597/rcog.2799
- Brown, S. A., Christiansen, B. A. y Goldman, M. S. (1987). The alcohol expectancy questionnaire: An instrument for the assessment of adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 483-490. doi: 10.15288/jsa.1987.48.483
- Brown, S., Goldman, M. y Christiansen, B. (1985). Do alcohol expectancies mediate drinking patterns of adults? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(512-519). doi:10.1037/0022-006x.53.4.512
- Caballo, V. y Salazar, I. (2017). Desarrollo y Validación de un instrumentos para la evaluación de las habilidades sociales: el "Cuestionario de Habilidades Sociales" (CHASO). *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25(1), 5-24.

- Caballo, V. y Salazar, I. (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 26(1), 23-53.
- Castillo-Arcos, L., Álvarez-Aguirre, A., Bañuelos-Barrera, Y., Valle-Solís, M., Valdez-Montero, C. y Kantún-Marín, M. (2017). Edad, género y resiliencia en la conducta sexual de riesgo para ITS en adolescentes al sur de México. *Enfermería Global*, 45, 168-177. doi: 10.6018/eglobal.16.1.234921
- Constitución de la República de Ecuador (2008). *Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008. Reformas en Registro Oficial - Suplemento de 13 de julio de 2011.*
- El Universo (2020, septiembre 25). *Cada día dan a luz 7 niñas de 10 a 14 años en Ecuador.* Retrieved from Diario El Universo: <https://www.eluniverso.com/guayaquil/2020/09/24/nota/7989538/em-barazo-adolescente-es-visto-como-detonante-violencia-contra/>
- 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.
- Freitas, J., Pérez, P., Alves, K. y Dias, A. (2019). Prevalência do não uso de preservativo entre universitários e pós-graduandos de uma universidade pública do Norte do Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 25(e751), e751. doi: 10.25248/reas.e751.2019
- Gámez-Guadix, M., Romás, F., Mateos, E. y de Santisteban, P. (2021). Creencias erróneas sobre el abuso sexual online de menores ("child Grooming") y evaluación de un programa de prevención. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 29(2), 283-296.
- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Additions/Salud y Drogas*, 12(2), 133-151.

- García-Andrade, C., Wall, T. y Ehlers, L. (1996). Alcohol Expentancies in a Native American Population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 1438-1442. doi: 10.1111 / j.1530-0277.1996.tb01146.x
- García-Mendoza, M., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2017). Relaciones familiares y ajuste psicológico en adultos emergentes universitarios españoles. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25(2), 405-417.
- Golpe, S., Barreiro, C., Isorna, M., Varela, J. y Rial, A. (2017). La práctica del botellón en adolescentes gallegos: prevalencia, implicaciones y variables asociadas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25(3), 529-545.
- Guevara , Y., Robles, S., Rodríguez, M. y Frías, B. (2016). Comunicación con padres, comportamiento sexual e indicadores de abuso sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad visual. *Psychología. Avances de la disciplina*, 10(1), 79-90.
- Javier-Juárez, S., Hidalgo, R., Díaz-Reséndiz, F. y Vizcarra-Larrañaga, M. (2021). Abuso cibernético en el noviazgo y relación intrafamiliar en adolescentes estudiantes mexicanos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 29(1), 127-143. doi: 10.51668/bp.8321107s
- Leguina, A. (2009). Inconvenientes metodológicos del análisis de correspondencias para el tratamiento de variables mi. Buenos Aires: XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología.
- Leonangeli, S., Rivarola, G. y Michelini, Y. (2021). Impulsividad, consumo de alcohol y conductas sexuales riesgosas en estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(2), 153-157. doi: 10.31053/1853.0605.v78.n2.29287
- López, D., Rodríguez, A. y Peña, M. (2020). Conductas sexuales de riesgo para infecciones de transmisión sexual. *Novedades en Población*, 16(31), 187-199.

- Maiman, L. y Becker. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353. doi: 10.1177/109019817400200404
- Manzano-Pauta, D. E. y Jerves Hermida, E. M. (2015). Educación sexual: la asignatura pendiente. *Maskana*, 6(1), 27-38. doi: 10.18537/mskn.06.01.03
- Manzano-Pauta, D. E. y Jerves-Hermida, E. M. (2018). Educación sexual: percepciones de docentes de la ciudad de Cuenca 2013-2014. *Revista Electrónica Educare*, 22(1), 82-96. doi: 10.15359/ree.22-1.5
- Michelini, Y., Rivarola, G. y Pilatti, A. (2021). Conductas sexuales de riesgo en una muestra de estudiantes universitarios argentinos: relación con consumo de sustancias, inicio sexual temprano e impulsividad rasgo. *Suma Psicológica*, 28(2), 120-127. doi: 10.14349/sumapsi.2021.v28.n2.7
- Ministerio de Salud Pública (2018). *Encuesta STEPS Ecuador 2018*. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>
- Mora-Ríos, J., Natera, G., Villatoro, J. y Villalvazo, R. (2000). Validez factorial del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol (AEQ) en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 8, 319-328.
- Nava-Navarro, V., Onofre-Rodríguez, D. y Báez-Hernández, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 162-169.
- Ocaña, J., García, G. A., Hernández, S., Cruz, O. y Pérez, C. E. (2021). Correlatos psicosociales y familiares de la conducta sexual en adolescentes indígenas y urbanos de Chiapas (México). *Psicología desde el Caribe*, 38(1), 68-93. doi: 10.14482/psdc.38.1.155.3
- Organización Panamericana de Salud (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*. Washington D.C.: Organización Panamericana de Salud.

- Ortiz-Melgar, M., Pérez-Saavedra, V., Valentín-Ballarta, J. y Zúñiga-Hurtado, A. (2015). Asociación entre el consumo de alcohol y relaciones sexuales ocasionales en los adolescentes. *Revista Enfermería Herediana*, 8, 109-114. doi: 10.20453/renh.2015.2667
- Ozten, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 1, 227-232. doi: 10.4067/S0717-95022017000100037
- Pérez, Y. C., Apupalo, M. M. y Creagh, I. (2018). Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 789-799.
- Planas-Ballvé, A., Grau-López, L., Morillas, R. y Planas, R. (2017). Manifestaciones neurológicas del alcoholismo. *Gastroenterología y Hepatología*, 40(10), 709-717. doi: 10.1016/j.gastrohep.2017.05.011
- Pons, J. y Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-94. doi: 10.5093/in2011v20n1a7
- Redondo-Martín, S., Amezcua-Prieto, C., Morales Suarez-Varela, M., Ayán, C., Mateos-Campos, R., Martín, V., Ortíz-Moncada, R., et al. (2021). Experiencias declaradas de conductas sexuales de riesgo en relación con el consumo de alcohol en el primer año de universidad. *Revista Española de Salud Pública*, 95, 1-16.
- Robles, J. L., Aranda, M. y Montes-Berges, B. (2022). Diseño y validación de la Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en jóvenes ecuatorianos. *Suma Psicológica*, 29(1).
- Robles, J. y Espinel, J. (2017). Riesgo sexual y nivel de popularidad en estudiantes universitarios del Ecuador. *Interamerican Journal of Psychology*, 51, 152-161.
- Robles, J., Espinel, J. y Guevara, F. (2017). Beliefs towards alcohol and its influence on the perception of risk: Research in university students from Region 5


- in Ecuador. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 1005-1011.
doi: 10.1016/j.sbspro.2017.02.143
- Sánchez, M., Robles, J., Ripalda, V. y Calderón, J. (2018). La percepción del riesgo relacionado al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados/as. *Revista Prisma Social*(23), 236-249.
- Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española Salud Pública*, 88, 469-491. doi: 10.4321/S1135-57272014000400004
- Saura, S., Jorquera, V., Rodríguez, D., Mascort, C., Castellá, I. y García, J. (2019). Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género. *Atención Primaria*, 51, 61-70. doi: 10.1016/j.aprim.2017.08.005
- Solórzano-Torres, F., Guerrero-Solórzano, J., Silva-Calle, X., Poveda-Icaza, X., Donoso-Peña, D., Guerrero-Solórzano, T., . . . Perafán-Javela, K. (2019). Impacto de la educación sexual sobre el inicio temprano de relaciones sexuales en Guayaquil. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 5(3), 112-118.
- Supo, J. y Zacarías, H. (2020). *Metodología de la investigación científica para las ciencias de la salud y ciencias sociales* (3ra ed.). BIOESTADÍSTICO EEDU EIRL.
- Vargas, S., Medina, A., Gómez-Restrepo, C., Cárdenas, P., Torrey, W., Williams MJ, . . . Marschr, L. (2021). Abordando el consumo nocivo de alcohol en atención primaria en Colombia: entendiendo el contexto sociocultural. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(S1), 77-86. doi:10.1016/j.rcp.2020.11.016

4. Estudio 3: Red social e interacciones sociales y su relación con conductas sexuales de riesgo en jóvenes

RED SOCIAL E INTERACCIONES SOCIALES Y SU RELACIÓN
CON CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN JÓVENES

Social network and social interactions and their
relationship with sexual risk behaviors in young people

Junes L. Robles

 a0008@red.ujaen.es
<https://orcid.org/0000-0001-6809-0012>
Universidad Estatal de Milagro.
Milagro, Ecuador.

Beatriz Montes-Berges

<https://orcid.org/0000-0001-7945-1370>
Universidad de Jaén.
Jaén, España.

María Aranda

 <https://orcid.org/0000-0003-1905-8379>
Universidad de Jaén.
España.



Este trabajo está depositado en Zenodo;
DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.xxxxx>

Resumen

Los objetivos del estudio fueron analizar la asociación entre la forma individual y grupal de relacionarse con creencias sobre el consumo de alcohol, percepciones acerca de factores protectores y de riesgo para la salud sexual, y conductas sexuales; y evaluar las diferencias según el sexo, edad, etnia y zona en los indicadores sociométricos y en las conductas sexuales. El estudio es una medición no probabilística entre 984 estudiantes de universidades de Ecuador, Edad=20,2, ±2,05, 53,7% mujeres. Se encontró que el realismo perceptivo de rechazos y realismo perceptivo total (índices individuales) se asociaron con una mayor consideración del alcohol como facilitador de interacciones sociales y expresividad. Esos índices se relacionaron con percepciones más objetivas respecto a sus efectos sobre las conductas sexuales. Los índices de conexión afectiva positiva, ajuste perceptivo de elecciones y realismo perceptivo total, y la cohesión grupal se asociaron con percepciones más claras sobre los factores protectores de la salud sexual. Respecto a las conductas sexuales, un mayor realismo perceptivo se asoció a más edad de inicio de relaciones sexuales; además, a más desunión grupal, posición de influencia y poder como líder menor número de parejas sexuales. De las variables sociodemográficas analizadas, el sexo fue la que produjo más diferencias significativas sobre las variables estudiadas.

Palabras clave: Red social, interacciones sociales, creencias sobre el alcohol, percepción del riesgo, conductas sexuales, jóvenes.

Abstract

The objectives of the study were to analyze the association between the individual and group way of relating to beliefs about alcohol consumption, perceptions about protective and risk factors for sexual health, and sexual behaviors; and to evaluate the differences according to sex, age, ethnicity and area in the sociometric indicators and in sexual behaviors. The study is a non-probabilistic measurement among 984 students from universities in Ecuador, Mage=20.2, ±2.05, 53.7% women. It was found that the perceptual realism of rejections and total perceptual realism (individual indices) were associated with a greater consideration of alcohol as a facilitator of social interactions and expressiveness. These indices were related to more objective perceptions regarding their effects on sexual behaviors. Indices of positive affective connection, perceptual adjustment of choices and total perceptual realism, and group cohesion were associated with clearer perceptions about protective factors of sexual health. Regarding sexual behaviors, a greater perceptual realism was associated with an older age at the beginning of sexual relations; In addition, the more group disunity, position of influence and power as a leader, the lower the number of sexual partners. Of the sociodemographic variables analyzed, gender was the one that produced the most significant differences on the variables studied.

Keywords: Social network, social interactions, beliefs about alcohol, risk perception, sexual behavior, young people.

INTRODUCCIÓN

1.1. Adolescencia, juventud y redes de interacción

La adolescencia y juventud están especialmente marcadas por factores socioculturales, las relaciones sociales y el apoyo proveniente de redes significativas como las amistades, la familia, el entorno educativo (Alcedo & Quito, 2021). En este contexto, Uribe (2016) evidenció en una muestra de estudiantes universitarios una relación directa entre el apoyo social afectivo de la familia y la edad de inicio sexual. Concretamente, encontraron que a mayor apoyo de parte de padres/madres, sus hijos/hijas iniciaban su vida sexual más tardíamente; además, también se asoció este tipo de apoyo a un menor consumo de alcohol. En esta misma línea, y también en muestras de jóvenes universitarios, las madres aparecen como la principal fuente de apoyo (94%), estando este apoyo relacionado con mayores actitudes preventivas sobre embarazos no planeados y el consumo de alcohol en sus hijos e hijas (Contreras & Hernández, 2019). Zúñiga et al. (2017) encontraron que los padres/madres que tenían más conocimiento sobre sexualidad generaban una mayor actitud positiva hacia el uso del preservativo en sus hijos/hijas. Otro estudio reveló una relación positiva entre la influencia de los iguales y las relaciones sexuales (Magallanes-Lozano et al., 2021). En este sentido, los adolescentes o jóvenes con un mayor apoyo social positivo mostraron menos comportamientos de riesgo para la salud. Contrariamente, resultados de diversas investigaciones encuentran que el efecto del grupo de iguales, dependiendo del rol desempeñado,

propician conductas sexuales que ponen en riesgo la salud de los más jóvenes, como la práctica de sexting (Rodríguez-Castro, et al., 2020), la no utilización de medios anticonceptivos, o el establecimiento de relaciones coitales o cambio de pareja (Novellas Rosales, et al., 2021).

Parece, pues, que existen evidencias acerca de la importancia de las redes de interacción, ya sea la familia, amistades o grupo de iguales, en las conductas sexuales saludables o de riesgo de adolescentes y jóvenes, por cuanto aportarían a mayores recursos de autocontrol o canalización de los impulsos egoístas. Es importante, en este sentido, medir la influencia del grupo de iguales. A pesar de las evidencias, los resultados son aún dispares y parece necesario seguir contribuyendo al conocimiento de este tema. Comprender, por tanto, el concepto de red social de interacción y sus dinámicas, la forma de medir las complejas y múltiples interacciones dentro de una red resulta fundamental para generar un contexto en el que vislumbrar su efecto en los comportamientos tanto sexuales como transgresores en general de los jóvenes.

La red social, contexto de interacciones, sistema de roles, muchas otras categorías, permiten comprender los vínculos de soporte entre miembros de un grupo donde se determinan las interrelaciones en las que se involucra el sujeto (Maya, 2021) y es la que define determinadas conductas individuales o grupales. Estas redes generalmente están conformadas por la familia, amistades o grupo de pares (como los compañeros de clase) y tienen como

finalidad, facilitar el apoyo social dentro de la familia, como buenos niveles de comunicación (Zúñiga, et al., 2017), para promover el bienestar de adolescentes y jóvenes, sobre todo, cuando el apoyo es positivo y funcional.

1.2. Metodologías basadas en la percepción

Para medir las complejas relaciones recíprocas que configuran las estructuras sociales, se ha establecido como método fundamental la autoevaluación sociométrica (Barrasa & Gil, 2004). Ésta permite comparar las elecciones o rechazos entre los miembros de una red ciertamente realizados o percibidos entre sus iguales. De este tipo de análisis surgen distintos descriptores, tanto individuales como grupales, que pueden proveer de información sobre las características percibidas y las interacciones de la persona dentro de la red. Dentro de los índices sociométricos individuales se encuentran, por ejemplo, la popularidad/impopularidad, las conexiones afectivas positivas/negativas, el realismo perceptivo de lecciones/rechazos. Entre los índices sociométricos grupales se encuentran la cohesión, desunión o intensidad grupal. Así mismo, los índices de relación sujeto-grupo muestran información sobre el liderazgo y el poder.

La autoevaluación sociométrica se basa en la premisa de que es la percepción que tiene cada individuo acerca de otros sujetos, objetos o contextos, lo que dará como resultado una valoración que podría supeditar su conducta (Pastor, 2000). En este sentido, una parte importante de los estudios sobre el efecto o influencia de las redes sociales y la percepción de las personas sobre las interacciones que en ellas se producen, se han centrado en las

conductas de participación social (e.g., Martínez-Cardona et al., 2019), en la asimilación de roles y su manifestación conductual, especialmente en lo referido a los roles de género (e.g., Dávila et al., 2020), en conductas de riesgo para la salud como el consumo de alcohol o en comportamientos sexuales de riesgo (Robles & Espinel, 2017).

Los estudios sobre las redes sociales permiten vislumbrar la importancia de la vida asociativa y la participación activa de los individuos, de hombres y mujeres, en los diversos grupos o espacios sociales (García-Valdecasas, 2011). Además, las redes sociales, por ser constituidas bajo determinados paradigmas socioculturales, son también una forma de transmisión y consolidación de creencias, valores y percepciones (Contreras & Hernández, 2019). En este sentido, la socialización diferencial de género se expresa a través de las redes sociales de adolescentes y jóvenes, produciendo diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la participación y comportamiento social, debido a la influencia de los estereotipos o roles de género socialmente construidos y compartidos (e.g., se espera que los hombres sean más asertivos, independientes o controladores y que las mujeres sean más sensibles o respondan por el bienestar de otros) (Dávila de León et al., 2020). Como consecuencia, las redes sociales estarían contribuyendo a perpetuar la desigualdad en las oportunidades y formas de participación entre chicos y chicas.

Este potencial de las redes sociales de guiar la construcción de creencias e influir en las conductas se encuentra en otras áreas relevantes de la persona, como son las percepciones y creencias sobre el consumo de alcohol (e.g., Robles & Espinel, 2017) o la construcción de las expresiones íntimas y sexuales (e.g., Bouniot-Escobar et al., 2017). Estudios precedentes indican que la forma en la que los adolescentes y jóvenes se relacionan y perciben las relaciones con sus pares y amigos dentro de una red social, está relacionada con las creencias y percepciones que desarrollan sobre el alcohol y sus efectos. En un estudio realizado en una red universitaria se encontró una relación positiva entre el índice sociométrico individual de percepción de rechazos (número de individuos por los que se cree rechazado el sujeto), con mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol (Robles & Espinel, 2017), de manera que cuantos más rechazos percibían que tenían de su grupo, más proclives eran a mantener relaciones sexuales después de consumir alcohol. Martínez-Cardona et al. (2019) en su estudio mostraron que, cerca de la mitad de los participantes creían que el alcohol era el medio para compartir con los amigos, olvidar problemas, relajarse y estar más alegres. Además, las creencias y expectativas acerca del consumo, junto con tradiciones familiares y sociales, se han asociado de forma significativa y positiva con el consumo de alcohol (Castaño et al., 2014).

En suma, la revisión realizada da cuenta de la importancia de la red o estructura social y el apoyo social para un desarrollo más saludable de adolescentes y jóvenes a través de la promoción de comportamientos de bajo riesgo o

protectores. Los estudios previos se han centrado principalmente en el apoyo de la red familiar o con sus pares y relacionados con el consumo de alcohol. Sin embargo, menos se ha escrito sobre la relación e impacto que podría haber entre las interacciones sociales (individuales y grupales) dentro de una estructura social, como la universidad, y las percepciones y conductas sexuales de riesgo. Considerando que no solo la familia, sino también los iguales y amistades, conforman los grupos de influencia en la adolescencia y juventud, resulta fundamental contribuir al conocimiento de su efecto en factores relevantes para la salud de esta población en cuanto a susexualidad.

1.3. Formas individuales y grupales de interacción social

Los datos motivaron el planteamiento de dos objetivos. En primer lugar, analizar la asociación entre la forma individual y grupal de relacionarse con las creencias sobre el consumo de alcohol, las percepciones sobre los factores protectores y de riesgo respecto a la salud sexual, así como las propias conductas sexuales. En segundo lugar, considerando el papel que suelen tener algunas variables sociodemográficas sobre la expresión de actitudes y conductas, se planteó como objetivo estudiar las diferencias en los indicadores de las relaciones individuales y grupales, y en las conductas sexuales en función del sexo, edad, etnia y zona.

Respecto al primer objetivo, hipotetizamos que los indicadores sociométricos individuales, grupales y

de relación persona-grupo se asociarían significativamente con: a) las creencias sobre el consumo de alcohol y sus efectos; b) las percepciones sobre los factores protectores y de riesgo respecto a salud sexual; c) las conductas sexuales. Dado el amplio número de indicadores sociométricos y la variedad de interacciones que describen, la formulación de hipótesis específicas acerca de la dirección de las relaciones entre variables resulta inviable. Sí se pudo anticipar, atendiendo a la revisión de la literatura presentada, que los indicadores de relaciones y posiciones positivas (como una alta conexión afectiva positiva, ajuste perceptivo de elecciones, cohesión o liderazgo) se asociarían con una percepción más objetiva del participante respecto a las variables actitudinales y menos conductas de riesgo. Al mismo tiempo, se esperaría encontrar el efecto contrario con los indicadores de relaciones negativas individuales y grupales.

En cuanto al segundo objetivo se elaboraron hipótesis para cada variable sociodemográfica respecto las diferencias en conductas sexuales de riesgo. Debido al carácter exploratorio del estudio de las formas de interacción individual y grupal de los jóvenes, no se establecieron hipótesis respecto al sentido de su manifestación atendiendo a las variables sociodemográficas. Hipótesis sobre el sexo: se esperaba que los hombres y mujeres difieran significativamente en las conductas sexuales, los hombres mostrarían menos uso del preservativo en la primera relación sexual y tendrían más

participantes más jóvenes emitirán más conductas sexuales de riesgo que los participantes mayores. Hipótesis sobre la etnia: los participantes del grupo étnico indígena presentarían más conductas sexuales de riesgo, que los participantes de los demás grupos étnicos (afroecuatoriano/a, cholo/a, montubio/a, mestizo/a). Hipótesis sobre la zona: los participantes provenientes de zonas rurales mostrarían más conductas sexuales de riesgo que los participantes de zonas urbanas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Se trata de un estudio transversal, con un diseño cuantitativo descriptivo-correlacional. Se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico accidental para la selección de la muestra.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 984 estudiantes de tres universidades públicas de Ecuador, ($n_{\text{hombres}}=46,3\%$; $n_{\text{mujeres}}=53,7\%$) entre 16 y 25 años de edad ($M=20,2$, $Dt=2,05$). El 74% de participantes reportó ser sexualmente activo. El resto de las variables sociodemográficas aparecen descritas en la Tabla 1.

Tabla 1

número de parejas sexuales que las mujeres, así mismo, las mujeres presentarían menos uso del preservativo

que los hombres en los encuentros sexuales. Hipótesis sobre la edad: los

Descriptivos de datos sociodemográficos	Total	Han tenido relaciones sexuales	
		Sí	No
Total	984	729	255
Rangos de edad (n, %)			

16 a 19 años	425 (43,2%)	279 (28,4%)	146 (14,8%)
20 a 25 años	559 (56,8%)	450 (45,7%)	109 (11,1%)
Universidad (n, %)			
UEB	253 (25,7%)	103 (10,5%)	150 (15,2%)
UPSE	261 (26,5%)	224 (22,8%)	246 (25,0%)
UNEMI	470 (47,8%)		
Carrera de estudio (n, %)			
Ciencias de la salud	710 (72,2%)	316 (32,1%)	394 (40,0%)
Ciencias de la ingeniería	274 (27,8%)	140 (14,2%)	134 (13,6%)
Autoidentificación étnica (n, %)			
Mestizo/a	387 (39,3%)	279 (28,3%)	108 (11,0%)
Montubio/a	168 (23,1%)	168 (14,8%)	59 (8,3%)
Indígena	212 (21,5%)	176 (17,8%)	36 (3,7%)
Cholo/a	88 (8,9%)	74 (7,5%)	14 (1,4%)
Afroecuatoriano/a	70 (7,1%)	55 (5,6%)	15 (1,5%)
Zona de procedencia (n, %)			
Zona urbana	509 (51,7%)	377 (39,6%)	132 (12,1%)
Zona rural	475 (48,3%)	352 (34,5%)	136 (13,8%)

Medidas

Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en Jóvenes Ecuatorianos (EPRCS) (Robles, Aranda, & Montes-Berges, 2022). Contiene 27 ítems y evalúa 4 factores implicados en las conductas sexuales de riesgo o de protección para la salud: (1) Percepción del participante sobre el riesgo que implica la práctica de ciertas conductas sexuales ($\alpha = .93$, e.g., mantener relaciones sexuales con desconocidos, por presión de los amigos, bajo los efectos del alcohol o con varios contactos sexuales), (2) Percepción sobre el uso de preservativo en las relaciones sexuales ($\alpha = 0,85$, e.g., decisión sobre la utilización del preservativo o la continuidad en su uso), (3) Percepción acerca del conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja ($\alpha = .82$, e.g., preguntar a tu pareja si ha tenido si ha tenido infecciones de transmisión

sexual o si ha utilizado preservativo en todas sus relaciones sexuales) y (4) Percepción sobre el riesgo de proveerse de información sobre sexualidad de diferentes fuentes ($\alpha = .75$, e.g., los padres, los profesores, los amigos o internet). En relación con la interpretación de la escala, a mayor puntuación en los factores 1 y 4,

mayor percepción de las conductas

sexuales evaluadas como un riesgo para la salud de la persona. Así mismo,

los factores 2 y 3, miden la percepción sobre las conductas protectoras, en este sentido, a mayor puntuación, mayor percepción de la conducta como protectora de la salud. La fiabilidad total de la escala fue $\alpha = 0,91$.

Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol (AEQ) versión

adaptada en México por Mora-Ríos et al. (2000) para medir las creencias sobre el consumo de alcohol en

estudiantes universitarios. El instrumento consta de 51 ítems con respuestas tipo Likert de cinco puntos (desde 1 “nada de acuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”). Evalúa, a través de ocho dimensiones, las creencias que tienen adolescentes y jóvenes sobre los efectos que les produce el consumo de alcohol en diferentes áreas, así como creencias o mitos generales sobre sus consecuencias: a) Interacción grupal ($\alpha = .95$, e.g., “El alcohol me permite divertirme más en las fiestas”; b) Expresividad verbal ($\alpha = .95$, e.g., “Unas cuantas copas hacen más fácil el hablar con la gente”); c) Desinhibición ($\alpha = .93$, e.g., “Una odos copas hacen que mi lado bromista sobresalga”); d) Incremento de la sexualidad ($\alpha = .97$, e.g., “El alcohol

hace a las mujeres más sensuales”); e) Reducción de la tensión psicológica ($\alpha = .96$, e.g., “El alcohol me hace preocuparme menos”); f) Reducción de la tensión física ($\alpha = .92$, e.g., “El alcohol disminuye la tensión muscular”); g) Agresividad y sentimientos de poder ($\alpha = .97$, e.g., “Si siento miedo, el alcohol disminuye mis temores”); h) Cambios psicofisiológicos ($\alpha = .92$, e.g., “El beber me hace sentir acalorado”). La fiabilidad del cuestionario total fue de $\alpha = .98$. Los ítems permiten identificar las creencias o expectativas positivas sobre los efectos del consumo y sobre las consecuencias

grupales e índices sociométricos de relación sujeto-grupo.

Los índices sociométricos individuales ($n= 13$) se obtienen en función de las elecciones, rechazos, percepción de elecciones y percepción de rechazos. Las puntuaciones van de 0 (mínimo) a 1 (máximo) y son los siguientes (Tabla 2):

Tabla 2.

Índices sociométricos individuales

Índices sociométricos individuales	Significado	Fórmula
Popularidad (IP)	Grado en que el sujeto i es elegido por el resto del grupo	$IP = \sum_{j=1}^i s_{ji} / n - 1$
Impopularidad (II)	Grado en que el sujeto i es rechazado por el resto del grupo	$II = -\sum_{j=1}^i r_{ji} / n - 1$
Índice de Expansividad de elecciones (IEe)	Grado en que el sujeto i emite elecciones al resto del grupo	$IEe = \sum_{j=1}^i s_{ij} / n - 1$
Índice de Expansividad de rechazos (IEr)	Grado en que el sujeto i emite rechazos al resto del grupo	$IEr = -\sum_{j=1}^i r_{ij} / n - 1$
Conexión afectiva positiva ($ICap$)	Relación entre la reciprocidad de elecciones y las elecciones recibidas por el sujeto i	$ICap = \frac{IEe}{IP}$
Conexión afectiva negativa ($ICan$)	Relación entre la reciprocidad de rechazos y los rechazos recibidos por el sujeto i	$ICan = \frac{IEr}{II}$
Ajuste perceptivo de elecciones ($Iape$)	Grado de ajuste correcto entre las percepciones de elecciones del sujeto i y las elecciones reales	$Iape = \frac{IEe}{IP}$
Ajuste perceptivo de rechazos ($IApr$)	Grado de ajuste correcto entre las percepciones de rechazos del sujeto i y los rechazos reales	$IApr = \frac{IEr}{II}$
Ajuste perceptivo total (IAp)	Grado de ajuste correcto de las percepciones del sujeto i con la realidad	$IAp = \frac{Iape + IApr}{2}$
Estatus sociométrico (Iss)	Grado de percepción subjetivo que recibe el del sujeto i dentro del grupo	$Iss = \frac{(IEe + II) - (IEr + IP)}{2(n-1)}$
Realismo perceptivo de elecciones ($IRpe$)	Grado de ajuste correcto entre la percepción de elecciones del sujeto i y las percepciones de elecciones subjetivas	$IRpe = \frac{IEe}{IPe}$
Realismo perceptivo de rechazos ($IRpr$)	Grado de ajuste correcto entre la percepción de rechazo del sujeto i y las percepciones de rechazo subjetivas	$IRpr = \frac{IEr}{IPr}$
Realismo perceptivo total (IRp)	Grado de ajuste correcto entre las percepciones del sujeto i y las percepciones subjetivas	$IRp = \frac{IRpe + IRpr}{2}$

con respecto al comportamiento sexual.

A mayor puntuación, más positiva será la percepción sobre los efectos del consumo

de alcohol, así como más estereotípicas serán las creencias.

Test Sociométrico. Se trata de un cuestionario para medir las variables sociométricas. Para el análisis se utilizó el Programa Informático para el Cálculo y la Representación de Índices y Valores Sociométricos (CivSoc) creado por (Barrasa & Gil, 2004). El test constó de 4 preguntas y las opciones de respuestas fueron el/los código/s de la lista de sus compañeros de clase, teniendo como opción a elegir hasta 8 participantes: ¿A quién o a quiénes elegirías como compañero/a(s) de tu equipo de trabajo?, ¿A quién o a quiénes no elegirías como

compañero/a(s) de tu equipo de trabajo?, ¿Quién o quiénes crees que te elegirían como compañero/a(s) de su equipo de trabajo?, ¿Quién o quiénes crees que no te elegirían como compañero/a(s) de su equipo de trabajo?

De la aplicación del cuestionario y mediante el Programa CivSoc se obtuvieron y analizaron tres tipos de indicadores: índices sociométricos individuales, índices sociométricos

grupales que describen la estructura grupal quedan recogidos en la Tabla 3.

Tabla 3.

Índices sociométricos grupales

Índices sociométricos grupales	Significado	Fórmula
Índices de Cohesión (IAG)	Grado de unión existente entre los miembros del grupo	$IAG = \frac{\sum R_{ii}}{N(N-1)}$
Disociación, (IDg)	Grado de desunión existente entre los miembros del grupo	$IDg = \frac{\sum R_{ij}}{N(N-1)}$
Coherencia (IC)	Relación entre la reciprocidad de elementos y las elecciones recibidas por los miembros del grupo	$IC = \frac{\sum R_{ij}}{\sum S_{oi}}$
Intensidad grupal (IIG)	Grado de emisión de elecciones y rechazos por los miembros del grupo	$IIG = \frac{\sum S_{oi} + \sum S_{oi}}{N(N-1)}$

Finalmente, los índices sociométricos de relación sujeto-grupo son dos (Tabla 4).

Tabla 4.

Índices sociométricos de relación sujeto – grupo

Índices sociométricos grupales	Significado	Fórmula
Índices de Cohesión (IAG)	Grado de unión existente entre los miembros del grupo	$IAG = \frac{\sum R_{ii}}{N(N-1)}$
Disociación, (IDg)	Grado de desunión existente entre los miembros del grupo	$IDg = \frac{\sum R_{ij}}{N(N-1)}$
Coherencia (IC)	Relación entre la reciprocidad de elementos y las elecciones recibidas por los miembros del grupo	$IC = \frac{\sum R_{ij}}{\sum S_{oi}}$
Intensidad grupal (IIG)	Grado de emisión de elecciones y rechazos por los miembros del grupo	$IIG = \frac{\sum S_{oi} + \sum S_{oi}}{N(N-1)}$

Cuestionario sobre datos sociodemográficos. Las variables sociodemográficas fueron medidas mediante un instrumento elaborado ad-hoc para el presente estudio que recogía datos sobre: universidad, carrera, edad, sexo, etnia y zona geográfica de procedencia. Además, recoge información sobre la experiencia sexual a través de las siguientes interrogantes, “¿Hastenido relaciones sexuales alguna vez?” Si la respuesta era afirmativa se pasaba a las siguientes preguntas: “¿A qué edad tuviste tu primera experiencia sexual?”, “¿Cuántos contactos sexuales has tenido en el último año?”, “¿Usaste preservativo en tu primera experiencia sexual?” “¿Utilizas preservativo cuando mantienes relaciones sexuales?” “¿Cuál es la efectividad del preservativo cuando se usa de

manera correcta?”

Procedimiento

Se procedió, en primer lugar, a solicitar por escrito la autorización respectiva a las

autoridades de las universidades participantes en el estudio. A los grupos de estudiantes se les explicó la finalidad de la investigación y el proceso que se realizaría, se obtuvo el consentimiento informado de manera escrita de parte de los estudiantes. A continuación, se procedió a la autoaplicación de

los instrumentos de medida,

siendo voluntaria su participación. Además, se garantizó el anonimato en los cuestionarios, la confidencialidad

y privacidad de la información. Se realizó un cuadernillo con los 4

cuestionarios para cada uno de los participantes en el estudio. El tiempo fue de aproximadamente de 60 minutos, durante todo el proceso acompañó un investigador.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizaron dos programas informáticos, el SPSS Statistics v25 y el programa CivSoc. Se evaluó la fiabilidad de los instrumentos mediante el Alfa de Cronbach. Para la información sociodemográfica se utilizaron estadísticos descriptivos. Los análisis en torno al primer objetivo del estudio se ejecutaron de la siguiente forma: correlaciones para determinar la asociación entre los índices sociométricos (individuales, grupales, y de relación sujeto-grupo) con las creencias hacia el

consumo de alcohol, la percepción del riesgo sexual y comportamientos sexuales. Así mismo, para conocer el nivel predictivo de las variables analizadas se aplicó regresión lineal. Para la consecución del segundo objetivo se empleó el MANOVA para determinar las posibles diferencias en las puntuaciones de los indicadores sociométricos (individuales, grupales y relación persona-grupo) en función del sexo, edad, etnia y zona. Finalmente, se empleó la prueba Chi-cuadrado de contingencia para comprobar la independencia de frecuencias entre las categorías de las variables sociodemográficas y las conductas sexuales de riesgo.

RESULTADOS

Forma individual y grupal de relacionarse con los pares: asociación con las actitudes hacia el alcohol, percepción de riesgo y comportamientos sexuales

Respecto a los índices sociométricos (individuales y grupales), se encontraron asociaciones significativas con las creencias hacia el consumo, las percepciones del riesgo para conducta sexual y conductas sexuales de riesgo.

Específicamente, en cuanto a los factores relacionados con las creencias hacia el consumo de alcohol (AEQ) y los índices sociométricos individuales (ISi), los resultados mostraron una correlación positiva entre el realismo perceptivo de rechazos y el realismo perceptivo total con la interacción grupal, la expresividad verbal y la desinhibición (e.g., “el alcohol me permite divertirme más en las fiestas”, “unas copas me hacen más sociable”, “el alcohol hace más fácil actuar impulsivamente”), ($r = ,076; ,076; ,074; p < ,005$) y ($r = ,066; ,065; ,067; p < ,005$)

respectivamente. Dicho de otra manera, a medida que aumentaba la percepción correcta (realista) de un individuo sobre los rechazos frente a las percepciones subjetivas entre iguales, los participantes consideraban en mayor medida que el consumo de alcohol les produce o puede producir una mejora en las interacciones y mayor expresividad verbal y más desinhibición. Contrariamente, éstos mismos índices (ISi) se relacionaron de forma negativa con cuatro de los nueve factores creencias sobre el consumo (incremento de la sexualidad, reducción de la tensión psicológica, agresividad y sentimientos de poder, y cambios psicofisiológicos) ($r = -,068; -,064; -,070; -,076; p < ,005$) y ($r = -,076; -,081; -,077; -,075; p < ,005$) respectivamente. En concreto, mientras más correcto fue el nivel de percepción de los jóvenes, más disminuyeron las creencias sobre el consumo como “las mujeres/hombres pueden tener orgasmos más fácilmente si han bebido alcohol”, “unas cuantas copas me hacen sentir mejor”, “si siento miedo, el alcohol disminuye mis temores” o “beber me hace sentir acalorado”.

Los resultados sobre las asociaciones de los índices sociométricos con la percepción acerca de los factores de riesgo y protección respecto a la salud sexual mostraron que los índices individuales relativos a conexión afectiva positiva, ajuste perceptivo de elecciones y el realismo perceptivo total correlacionaron de forma directa con el factor 4 de la escala EPRCS (e.g., conversar sólo con padres/madres

sobre sexualidad o hacerlo solamente con amigos/amigas), ($r = ,085; ,099; ,096; p < .001$) respectivamente. Es decir, a medida que se producen más relaciones recíprocas entre iguales, una valoración más realista de las elecciones percibidas y recibidas, los jóvenes identificaban más fácilmente las fuentes de información sobre sexualidad que suponen un factor protector para su salud sexual. Además, la cohesión (ISg) correlacionó positivamente con los factores 3 y 4 de la escala EPRCS ($r = ,068; ,077; p < .005$), es decir, a más unión mostrada por el grupo de iguales, mayor conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja y mejor nivel de comunicación con sus padres/madres, profesores/profesoras o amigos/amigas, sobre temas de sexualidad.

Finalmente, las correlaciones entre los índices sociométricos y las conductas sexuales de riesgo consideradas en este estudio arrojaron una relación significativa negativa entre el realismo perceptivo total (ISi) y la edad de la primera relación sexual ($r = -,128; p < ,001$). Lo anterior implicaba que, a mayor grado de realismo en la percepción del individuo, mayor fue la edad del inicio sexual. Por su parte, la coherencia y el liderazgo (ISg) se relacionaron de forma positiva con la edad de la primera relación sexual ($r = ,095; ,161; p < ,001$, respectivamente), esto es, una mayor coherencia y más poder como líder del grupo se asoció a inicios más tardío de las relaciones sexuales. Así mismo, la disociación (ISg), el liderazgo y el poder (ISr-s) correlacionaron de forma inversa con el número de parejas sexuales ($r = -,077; -,153; -,098; p < ,001$, respectivamente), lo que significa que, a mayor desunión e incremento de la influencia y poder como líder del grupo,

menor número de parejas sexuales.

El análisis de regresión lineal para verificar si los índices sociométricos individuales y grupales (ISi, ISg, respectivamente) y los índices sociométricos relación sujeto – grupo (ISr-s) podían predecir la percepción del riesgo para conducta sexual (EPRCS), las creencias sobre el consumo de alcohol (AEQ), y las conductas sexuales de riesgo estudiadas, mostró que las creencias sobre el consumo, la percepción del riesgo y ciertos comportamientos sexuales podían predecirse mediante algunos índices sociométricos (individuales y grupales, y de relación sujeto-grupo) (Tabla 5).

Para el primer modelo se introdujo como variable dependiente (VD) a los indicadores de la escala EPRCS y como variables independientes (VI) la disociación (ISg), los factores relacionados con las consecuencias del consumo (AEQ) y los factores referidos a la percepción del riesgo para conducta sexual (EPRCS), resultando significativo $R^2 = 0,884$, $F(60, 884) = 164,527; p < ,000$. Este modelo explicó un 78,2% de la varianza a nivel de las creencias del consumo de alcohol (e. g., “soy mejoramante después de tomar unas copas”, “el alcohol hace más fácil el actuar impulsivamente”, “o los hombres/mujeres pueden tener orgasmos más fácilmente si han estado bebiendo”), los factores de percepción del riesgo para conducta sexual (e. g., “tener relaciones sexuales con la persona más popular o líder del grupo”, “combinar el alcohol con las relaciones sexuales”, “conversar solo con los padres/madres o solo con los amigos

sobre temas de sexualidad o utilizar el internet como única fuente de información sobre sexualidad”) y la disociación (ISg). En concreto, frente a la desunión del grupo, la decisión del joven, estará influenciada por las creencias (positivas/negativas) sobre el consumo del alcohol y la percepción de riesgo (vs. protección) acerca de la conducta sexual (Tabla 5).

Con la finalidad de conocer qué dimensión de ciertas conductas sexuales de riesgo podían predecir mejor los índices sociométricos se introdujo como VD a la edad del inicio sexual y como VI a los índices sociométricos (individuales y grupales), y los índices sociométricos de relación sujeto-grupo. El análisis total fue significativo $R^2 = 0,845$, $F(1,153) = 361,513$; $p < ,000$. El segundo modelo explicó un 71,5% de la varianza a nivel de índices sociométricos individuales como, la popularidad, impopularidad o la conexión afectiva positiva y con los índices de relación sujeto-grupo como el liderazgo y el poder (Tabla 5).

Percepción sobre riesgos para conducta sexual				0,901	0,000
VD					
Edad de inicio sexual	71,50%	361,513	0,000		
VI					
Índices sociométricos individuales				0,07	0,001
Índices sociométricos de relación sujeto – grupo				0,115	0,000
VD					
Índices sociométricos individuales	16,60%	12,969	0,000		
VI					
Número de parejas sexuales				0,129	0,001
Uso del preservativo en las relaciones sexuales				0,113	0,006
Índices sociométricos grupales				0,353	
VD					
Cuestionario total (AEQ)	16,40%	17,315	0,000		
VI					
Impopularidad (Isi)				0,096	0,036
Escala total (EPRCS)				0,391	0,000

Nota: Escala total (EPRCS) = Escala de percepción del riesgo para conducta sexual; Cuestionario total (AEQ) = Cuestionario sobre Creencias hacia el alcohol; ISI= índices sociométricos individuales; ISG= Índices sociométricos grupales; ISr-s= Índices sociométricos relación sujeto-grupo.

Tabla 5.

Resumen del análisis de regresión lineal correspondiente a los índices sociométricos individuales y grupales, y los índices sociométricos de relación sujeto – grupo, las creencias sobre el consumo de alcohol, la percepción del riesgo y ciertas conductas sexuales

	%R ²	F	p	B	p
VD					
Escala total EPRCS	78,20%	164,527	0,000		
VI					
Disociación				0,04	0,044
(Isg) Creencias sobre consecuencias del consumo				0,036	0,042

Diferencias en los indicadores de las relaciones individuales y grupales, y conductas sexuales de riesgo en función del sexo, edad, etnia y procedencia

El análisis para determinar diferencias de las variables relacionadas con las interrelaciones entre iguales en función del sexo mostró diferencias significativas

respecto a los índices individuales de conexión afectiva positiva, $F = 6,606$,

$p = ,010$, $\eta^2 = ,021$, $M_{hombre} = 0,57$,

Mmujer = 0,52, y ajuste perceptivo total, $F = 3,96$, $p = ,048$, $\eta^2 = ,006$, Mhombre = 0,42, Mmujer = 0,39. También los índices grupales de disociación, $F = 13,30$, $p = ,000$, $\eta^2 = ,056$, Mhombre = 0,04, Mmujer = 0,05, y coherencia, $F = 13,03$, $p = ,000$, $\eta^2 = ,062$, Mhombre = 0,49, Mmujer = 0,47 difirieron entre hombres y mujeres. En todos los casos, los hombres reflejaron un mejor ajuste perceptivo y relacional con respecto al grupo.

La edad, por su parte, produjo puntuaciones significativamente diferentes en los índices individuales de ajuste perceptivo total, $F = 4,444$, $p = ,035$, $\eta^2 = ,006$, M16-19 = 0,41, M20-25 = 0,39, y realismo perceptivo, $F = 4,021$, $p = ,045$, $\eta^2 = ,006$, M16-19 = 0,43, M20-25 = 0,41. Además, se encontraron diferencias significativas en el índice de relaciones persona-grupo que indica poder, $F = 7,241$, $p = ,007$, $\eta^2 = ,010$, M16-19 = 49,2, M20-25 = 55,0; y en los índices grupales de coherencia, $F = 7,136$, $p = ,008$, $\eta^2 = ,010$, M16-19 = 0,49, M20-25 = 0,47, e intensidad grupal, $F = 8,991$, $p = ,003$, $\eta^2 = ,013$, M16-19 = 12,0, M20-25 = 13.

Se encontraron diferencias significativas respecto a la etnia en los dos índices descriptivos de la relación entre la persona y el grupo sobre liderazgo, $F = 2,610$, $p = ,024$, $\eta^2 = ,018$, y poder, $F = 10,082$, $p = ,000$, $\eta^2 = ,068$; siendo las medias de cada indicador las siguientes: a) para liderazgo, Mindígena = 54,4, Mafroecuatoriano = 65,9, Mcholo = 57,5, Mmontuvio = 78,3, Mmestizo = 66,24; para poder, Mindígena = 37, Mafroecuatoriano = 49,49, Mcholo = 52,61, Mmontuvio = 57,69, Mmestizo = 55,41. Además, se halló diferencias en el índice grupal de "intensidad", $F = 12,65$, p

= ,000, $\eta^2 = ,084$, Mindígena = 10,76, Mafroecuatoriano = 12,65, Mcholo = 12,66, Montuvio = 13,25, Mmestizo = 12,58.

Finalmente, la zona geográfica resultó un factor con impacto significativo en el índice grupal de liderazgo, $F = 4,037$, $p = ,045$, $\eta^2 = ,006$, mostrando los participantes de zonas urbanas una mayor puntuación que los provenientes de zonas rurales, Murbana = 66,6, Mrural = 64,4.

Los análisis de contingencias mostraron que existían diferencias significativas en la distribución de frecuencias de mujeres y hombres respecto al número de contactos sexuales, número de parejas sexuales en el último año, y uso del preservativo en el último año. Concretamente, la proporción de mujeres que habían tenido menos de dos contactos sexuales en el último año fue mayor que la de los hombres. Complementariamente, la proporción de mujeres que tuvo más de dos contactos sexuales fue menor que la proporción de hombres. Además, más hombres en comparación con las mujeres, tenían de dos a cuatro parejas en el último año, y de cinco a seis parejas. Finalmente, la proporción de hombres que sí usan el preservativo en las relaciones sexuales es mayor que el de las mujeres (Tabla 6).

Tabla 6.

Tabla de contingencia cruzada entre las conductas sexuales y las variables sociodemográficas

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los objetivos del presente estudio fueron (i) analizar la asociación entre la forma individual y grupal de relacionarse con las creencias sobre el consumo de alcohol y las percepciones acerca de los factores protectores y de riesgo en torno a las conductas sexuales, así como las propias conductas sexuales, y (ii) estudiar las diferencias en los indicadores de las relaciones individuales y grupales y conductas sexuales en función del sexo, edad, etnia y zona geográfica.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, algunos índices individuales (realismo perceptivo de rechazos, realismo perceptivo total) se asociaron con niveles más elevados de percepciones más distorsionadas sobre los efectos del alcohol en áreas eminentemente sociales como facilitador de las interacciones sociales y de la expresividad. Sin embargo, esos mismos índices se relacionaron con percepciones más objetivas respecto a los efectos del alcohol en el ámbito de la sexualidad. Lo anterior se enlaza con lo mostrado por Martínez-Cardona, et al. (2019) en un estudio realizado en Colombia, respecto a las creencias hacia el consumo de alcohol, de adolescentes y jóvenes, como un medio que les permite relajarse y divertirse, así como también relacionarse mejor con los amigos y amigas, y compartir alegrías.

Además, los índices individuales como la conexión afectiva positiva, ajuste perceptivo de elecciones y realismo perceptivo total, y grupales como la cohesión se relacionaron con una percepción más clara sobre los factores protectores de la salud sexual: mayor facilidad para identificar las fuentes de

información sobre sexualidad protectoras y un mejor conocimiento de los antecedentes sexuales de la pareja.

Considerando, estos resultados, se encuentran indicios acerca de la influencia beneficiosa de la red social de compañeros cuando las relaciones entre los miembros son sólidas y los individuos dentro de la red tienen conexiones positivas y percepciones realistas sobre las interrelaciones. La consecuencia de tales de apoyo se traduce, a luz de nuestros resultados, en percepciones más realistas también acerca del efecto del alcohol, al menos en el ámbito de la sexualidad, y de los factores protectores para su salud. En el estudio de Calvo (2017) se evidenció que la actitud de reciprocidad entre las elecciones que realizó un individuo y las que ciertamente recibió, posibilitó la concreción de acciones colectivas que beneficiaban o perjudicaban mutuamente a cada individuo y al grupo. Este resultado, en combinación con los datos obtenidos en nuestro estudio, parecen indicar que si la reciprocidad de elecciones se refieren a elecciones mutuas, generando cohesión grupal, la influencia sobre la conducta individual será positiva, mientras que rechazos mutuos y la percepción de los mismos podría o bien reducir la influencia de la red grupal o producir un efecto negativo en las actitudes. Sin embargo, ante la escasez de investigaciones similares, el establecimiento de conclusiones en este sentido se dificulta.

Finalmente, respecto al primer bloque de resultados, algunos indicadores de relaciones individuales y grupales de la red social de pares se asociaron con conductas sexuales más

protectoras. Así, un mayor realismo perceptivo se asoció a una edad más tardía de inicio de las relaciones sexuales, una mayor desunión grupal y una mayor posición de influencia y poder como líder del grupo se asoció a un menor número de parejas sexuales en el último año. Lo anterior se alinea con lo propuesto por Magallanes-Lozano et al. (2021) sobre la influencia positiva entre pares y ciertas conductas sexuales, así un alto porcentaje de jóvenes retrasaron el inicio sexual, además; ésta influencia se asoció, también, con actitudes más críticas sobre la coacción sexual o la violencia de género. Así mismo, en el estudio de Robles & Espinel (2017) realizado en Ecuador, se encontró que cuando la percepción de rechazos realizados por el individuo vs las percepciones subjetivas fueron correctas, los comportamientos de riesgo sexual como el mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol disminuían. Contrariamente, otro estudio encuentra que en la multiplicidad de las interrelaciones, el grupo de iguales podría ejercer una influencia negativa debido a una fuerte presión ejercida sobre los comportamientos sexuales de adolescentes y jóvenes, como iniciar tempranamente las relaciones sexuales o mantener encuentros sexuales sin protección (Novellas Rosales et al., 2021). Otros resultados apoyan el efecto negativo del grupo sobre el incremento de comportamientos sexuales de riesgo como el sexting, siendo los chicos en el estudio de Rodríguez-Castro et al. (2020) los que enviaban más mensajes de contenido erótico-sexual.

Respecto a las diferencias encontradas entre las interacciones sociales, individuales y grupales y las variables sociodemográficas, los hombres reflejaron un mejor ajuste perceptivo y relacional con respecto al grupo (mayor coherencia y

menor disociación) que las mujeres. Los más jóvenes (16 a 19 años) frente a los mayores (20 a 25 años) mostraron un mejor ajuste y realismo perceptivo. Mientras que los índices de relaciones persona-grupo de poder e intensidad grupal fueron más elevados en los participantes mayores. Respecto a la etnia, los montubios y mestizos en comparación con los indígenas, cholos y afroecuatorianos obtuvieron mejores índices de liderazgo y poder. Los montubios mostraron, además, mayores índices de intensidad en las relaciones del grupo que el resto de participantes de las otras etnias, principalmente en comparación con los indígenas. Ante la ausencia de investigaciones previas, estos resultados por ahora son de tipo eminentemente descriptivo.

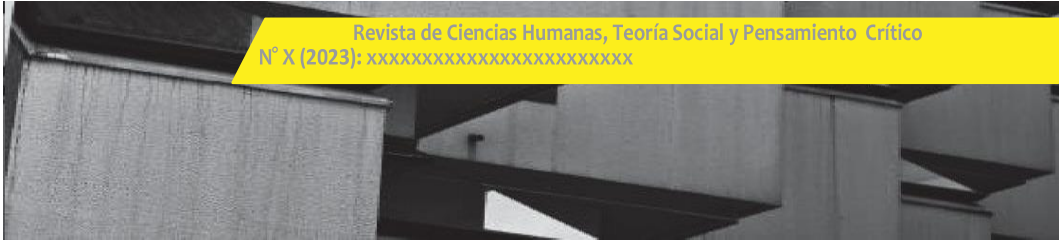
El análisis de la proporción de participantes que diferían en conductas sexuales atendiendo a su categorización de sexo, edad, etnia y zona geográfica solo mostró grupos significativamente diferentes en el caso del sexo de los participantes. Concretamente, una mayor proporción de mujeres frente a hombres había tenido menos de dos parejas sexuales en el último año y, complementariamente, una mayor proporción de hombres que de mujeres tuvo más de dos contactos sexuales. Además, más hombres que mujeres tenían de dos a cuatro parejas, y de cinco a seis parejas diferentes en el último año. Siendo la proporción de mujeres que solo tenía una pareja mayor en comparación con los hombres. Si embargo, se observaron más hombres que usan el preservativo frente a los que no lo usan, siendo en el caso de las mujeres la tendencia contraria, más proporción

de mujeres no usaban el preservativo frente a las que sí lo usaban. Es posible que, tal como indicaron Uribe et al. (2018), los hombres tengan una posición más favorable para negociar el uso del preservativo en las relaciones sexuales frente a las mujeres. Este hecho suele estar vinculado a estereotipos y roles de género determinados por la sociedad, produciendo también un rol menos activo en la mujer que tendría menos oportunidad de negociar algún medio de protección en un encuentro sexual. En un estudio con población universitaria de Chile se encontraron diferencias significativas en el uso del preservativo, el número de parejas sexuales y la edad del debut sexual, así mismo, más de la mitad del grupo de hombres tuvieron entre dos y cinco parejas sexuales (Bouniot-Escobar et al., 2017). Nava-Navarro et al. (2017), en un estudio realizado en mujeres indígenas, demostraron que más de la mitad del grupo no usó preservativo en sus encuentros sexuales y las participantes presentaban niveles bajos de autoestima, lo que incrementó el riesgo de mantener conductas sexuales poco saludables.

Por su parte, ni los participantes más jóvenes frente al resto, ni las distintas etnias (mestizo/a, montubio/a, indígena, cholo/a, afroecuatoriano/a), ni los participantes provenientes de zonas rurales frente a las urbanas, mostraron diferencias en las conductas sexuales de riesgo. La edad en el presente estudio fue agrupada (16-20 y 21-25 años) lo que podría explicar la no presencia de diferencias. Los resultados respecto a las etnias y zonas pueden estar indicando que, aunque algunos estudios aún muestran la existencia de situaciones de vulnerabilidad y discriminación sobre algunas etnias (e.g. Nava-Navarro et al., 2017), es posible que el

incremento de la migración de población indígena hacia zonas urbanas con predominio de población mestiza, y el fomento de la interculturalidad que estos movimientos suponen (Alcedo & Quito, 2021), esté minimizando el impacto adverso de las divisiones por etnias gracias al aumento de las interrelaciones entre las diversas expresiones culturales que se produce en los contextos educativos.

La interpretación de los resultados del estudio debe hacerse considerando las limitaciones del estudio. En este sentido, el tamaño de algunos grupos muestrales (más de 20 participantes por curso) dificultó el análisis de los valores sociométricos individuales, impidiendo ofrecer información descriptiva de los índices obtenidos por los participantes. En el futuro es necesario establecer muestras de grupos ≤ 20 participantes que permitan identificar las características de cada uno de los miembros del grupo y la posición sociométrica en base al análisis de los valores individuales. Además, el uso de medidas de autoinforme para la evaluación de constructos sensibles relacionados con percepciones y conductas vinculadas al consumo de alcohol y la sexualidad, pudo haber introducido sesgos de deseabilidad social en las respuestas. Finalmente, dado el extenso número de variables a considerar, el carácter exploratorio de algunas hipótesis y el tipo de análisis realizados, no se pueden establecer vínculos causales entre la forma individual y grupal de relacionarse y las conductas sexuales o percepciones. Atendiendo a esta limitación, en



futuros trabajos, partiendo del conocimiento proporcionado en el presente estudio, podrían diseñarse investigaciones con hipótesis concretas y diseños de tipo cuasi-experimental.

A pesar de las limitaciones, el presente estudio aporta información relevante a la escasa existente sobre las interacciones sociales (individuales y grupales) en una estructura o red social educativa y su influencia sobre percepciones y conductas. Considerando los resultados, se puede afirmar que el efecto del grupo de iguales sigue siendo importante en edades de transición entre la adolescencia, la juventud y la adultez temprana; extendiéndose esta influencia a aspectos cruciales como las creencias sobre el consumo del alcohol, la capacidad de dilucidar entre factores de riesgo y protectores para la salud sexual o los comportamientos sexuales. Esto hace relevante considerar estrategias integrales de promoción de la salud sexual también en etapas más avanzadas de educación como los estudios universitarios. Además, los resultados de la presente investigación revelan la importancia de atender a la diversidad cuando se explican procesos psicosociales considerando que factores como el sexo, la edad o la etnia deben ser tenidos en cuenta en las propuestas educativas para fomentar las conductas saludables.

Como profesionales de la salud mental y docentes universitarios, esta investigación también nos ha permitido realizar una reflexión crítica respecto al tipo de apoyo que desde la cátedra y el contexto universitario en general, se debería brindar a chicas y chicos sobre temas de salud sexual y reproductiva, y el impacto (positivo/negativo) en razón de la percepción (riesgo/protección), las creencias (positivas/negativas) sobre el consumo del alcohol y el sentirse o no

aceptado en la red o estructura social. En este sentido, sería interesante ampliar esta línea de investigación para conocer cuál es el nivel de compromiso desde la docencia, en el marco de las conductas sexuales saludables y la estructura de las organizaciones (como los entornos universitarios) responsables de plantear estrategias integrales de apoyo social, que contribuyan a crear o fortalecer nuevos vínculos de apoyo social para mejorar la salud sexual y el bienestar general de este importante grupo poblacional.

Agradecimientos

Nuestro especial reconocimiento a las autoridades y estudiantes de las instituciones de educación superior de Ecuador, pertenecientes a la Red de Universidades de Investigación y Postgrados (RUIP), por el apoyo para el desarrollo del presente estudio: Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Universidad de la Península de Santa Elena (UPSE), Universidad Estatal de Bolívar (UEB).

El presente estudio forma parte de la tesis para optar al grado de Doctora en Psicología de la Universidad de Jaén, España.

Conflicto de intereses

Las autoras de este artículo declaran que no existe ningún conflicto de intereses que revelar

REFERENCIAS

- Abello, R., & Madariaga, C. (1999). Las redes sociales ¿para qué? . *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 2(3), 116-135. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/754/5253>
- Alcedo, J., & Quito, L. (2021). La interculturalidad en el Ecuador: un análisis crítico de sus fundamentos, aportes y desafíos en la educación. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(6), 12116-12127. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i6.1219
- Barrasa, A., & Gil, F. (2004). Un programa informático para el cálculo y la representación de índices y valores sociométricos. *Psicothema*, 16(2), 329-335. <http://www.psicothema.com/p psicothema.asp?id=1202>.
- Bouniot-Escobar, S., Muñoz-Vigueras, C., Norambuena-Vergara, N., Pinto-Ulloa, C., & Muñoz-Pareja, M. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes estudiantes de primer año de pregrado de la Universidad San Sebastián: Estudio transversal. *Revista Colombia de Obstetricia y Ginecología*, 68(3), 176-185. <https://doi.org/10.18597/rcog.2799>
- Calvo, P. (2017). Reciprocidad cordial bases éticas de la cooperación. *Ideas y Valores*, 66(165), 85-109. <https://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v66n165.53225>
- Castaño, G., García del Castillo, J., & Marzo, J. (2014). Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), 47-54. [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_1_14/spu06114.htm\[07/03/2014 15:24:56\]](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_1_14/spu06114.htm[07/03/2014 15:24:56]).
- Contreras, K., & Hernández, E. (2019). Redes de apoyo familiares y feminización del cuidado de jóvenes estudiantes universitarios. *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 30(1), 54-67. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.766>
- Dávila de León, M., Zlobina, A., & Álvarez, G. (2020). La influencia diferencial de las redes sociales en la participación social de mujeres y varones. *REDES Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 31(1), 1-18. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.835>
- García-Valdecasas, J. (2011). Una definición estructural de capital social. *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 20(1), 132-160. Obtenido de Una definición estructural de capital social
- Magallanes-Lozano, H., Gómez-Díaz, M., Barbosa-Carrillo, L., Hernández-Llamas, P., Lozano-Chávez, E., & Quiroga-Garza, A. (2021). Influencia de factores socioculturales en la percepción de conductas sexuales de riesgo en adolescentes mexicanos. *Revista Psicodebate*, 21(2), 7-19. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v21i2.3654>

Martínez-Cardona, M., Muñoz-Borja, P., & Barberena-Borja, N. (2019). Consumo de alcohol y sus creencias en adolescentes y jóvenes. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 58(4), 487-492. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964256019>

Maya, I. (2021). Una guía práctica para realizar estudios de redes personales. *REDES Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 32(2), 219-222. doi:<https://doi.org/10.5565/rev/redes.867>

Mora-Ríos, J., Natera, G., Villatoro, J., & Villalvazo, R. (2000). Validez factorial del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol (AEQ) en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 8, 319-328. doi:<http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/7136>

Nava-Navarro, V., Onofre-Rodríguez, D., & Báez-Hernández, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 162-169. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.002>

Novellas Rosales, A. M., Prego Beltrán, C. E., Sánchez Leyva, N., García Pozo, N. M., & Zaldívar Infante, A. (2021). Factores de riesgo de embarazo en adolescentes del Policlínico Juan Manuel Páez Inchausti de Moa. *Correo Científico Médico*, 25(3). Obtenido de <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/coemed/article/view/3534/1950>

Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: ensayo de Psicología Social sistémica*. Salamanca, España: Publicaciones Universidad Pontificia.

Robles, J. L., Aranda, M., & Montes-Berges, B. (2022). Diseño y validación de la escala de percepción del riesgo para conducta sexual en jóvenes ecuatorianos. *Suma Psicológica*, 29(1), 48-58. doi:<https://doi.org/10.14349/sumapsi.2022.v29.n1.5>

Robles, J., & Espinel, J. (2017). Riesgo sexual y nivel de popularidad en estudiantes universitarios del Ecuador. *Interamerican Journal of Psychology*, 51, 152-161. doi:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28454546002>

Rodríguez-Castro, Y., Alonso-Ruido, P., González-Fernández, A., Lameiras-Fernández, M., & Faílde-Garrido, J. (2020). Validación de la Escala de Comportamientos de Sexting en adolescentes: prevalencia y consecuencias asociadas. *Psicología Educativa*, 27(2), 177-185. doi:<https://doi.org/10.5093/psed2021a9>

Uribe, A. F. (2016). Salud sexual, apoyo social y funcionamiento familiar en universitarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(49), 206-229. Obtenido de <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/805>

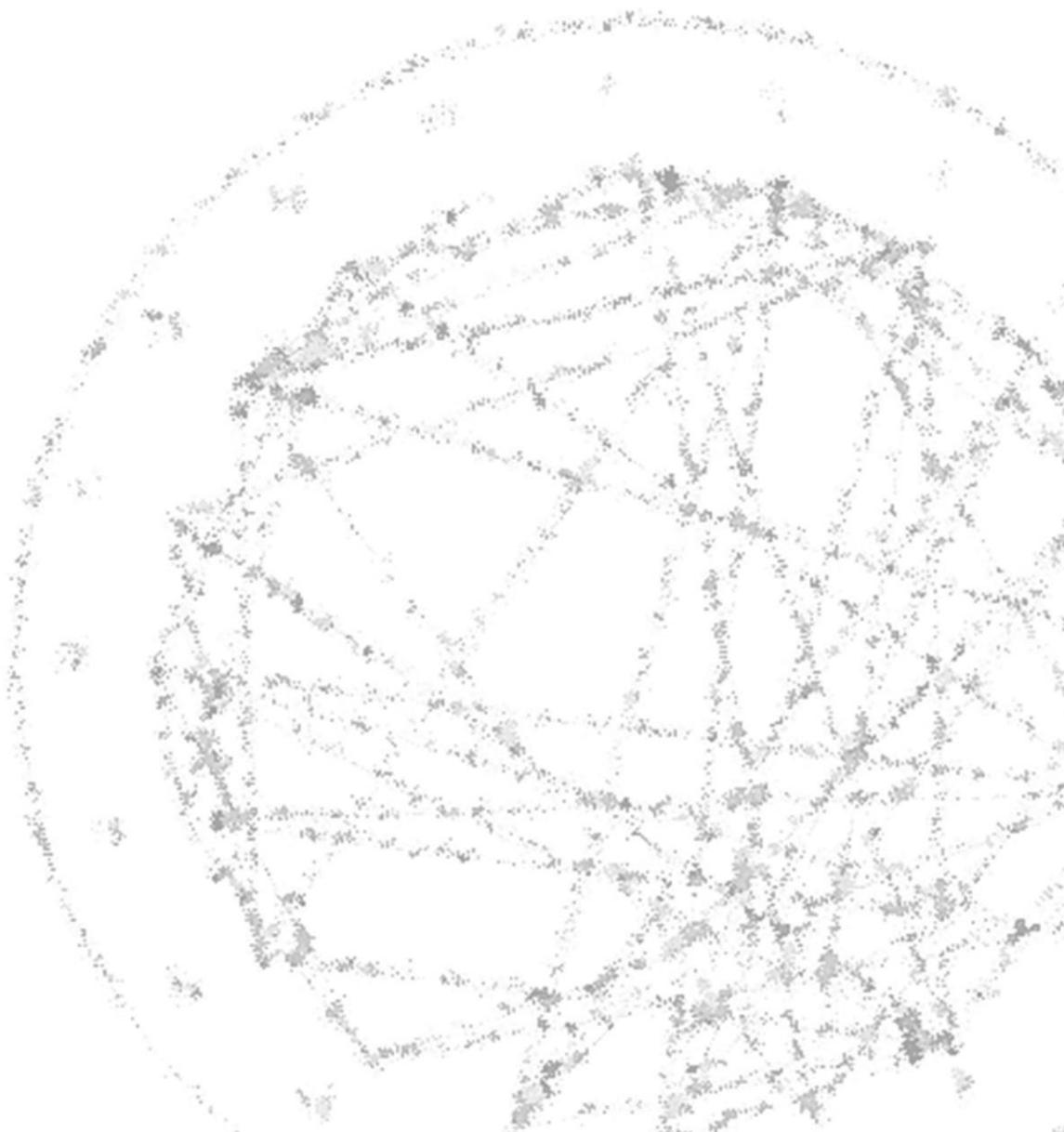
Uribe, J., Carrillo, S., Bautista, M., & Zacarías, X. (2018). Expresiones de la sexualidad y del uso del condón en las relaciones sexuales en jóvenes universitarios de Colombia. *Aportes a la clínica*

universitarios de Colombia. Aportes a la clínica psicológica. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 37(5), 456-462. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/559/55963207005/html/>

Zúñiga, A., Teva, I., & Bermúdez, M. P. (2017). Conocimiento y fuentes de información sobre las ITS/VIH, comunicación sobre sexo y actitud hacia el uso del preservativo en adolescentes y padres/madres salvadoreños. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 3(45), 97-107.

CAPÍTULO IV

RESUMEN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN INTEGRADA



A nivel mundial uno de los problemas considerados dentro de la salud pública está relacionado con la SS y SR de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Esto ha llevado a que organismos internacionales (e.g., Cepal, 2000; OMS, 2022) se planteen como reto acelerar la consecución de los ODS. Por tanto, profundizar en la investigación de los factores, tanto de protección como de riesgo, que promueven o reducen su incidencia es fundamental para sustentar las intervenciones de prevención de enfermedades y de promoción de la SS de estos grupos poblacionales, considerando la diversidad cultural y el enfoque de género (e.g., Maya, 2021; OPS, 2017; OPS/OMS, 2018).

La literatura revisada para sustentar los estudios de la presente tesis ofrece información sobre el estado de la situación de las conductas sexuales que suponen un riesgo para la salud, como el inicio de las relaciones sexuales cada vez en edades más tempranas, el incremento de embarazos en adolescentes en el grupo de 10 y 14 años, el alza permanente de la tasa de infecciones por VIH, el uso inconsistente de medios de protección, así como también, la falta de conocimientos sobre sexualidad y factores relacionados con las percepciones del riesgo y las creencias hacia el consumo de alcohol (e.g., Alfonso, et al., 2019; Alfonso et al., 2020; Banco Mundial, 2016; Badillo-Viloria et al., 2020; Bouniot-Escobar et al., 2017; Méndez-Ruiz et al., 2018; MSP, 2017,2018; 2021; Ocaña, et al., 2021; OPS/OMS, 2018; OPS, 2019; OMS, 2020; Pinheiro y de Assuncao, 2020; Reina Granados y Sierra, 2016; Robles y Espinel, 2017; Robles et al., 2017; SENPLADES, 2015; Solórzano-Torres et al., 2019; UNICEF/PROSOLI, 2019; UNICEF/UNFPA/ONU, 2018).

Sin embargo, hemos observado que existían escasas investigaciones que relacionen las variables antes mencionadas, con las interacciones sociales individuales y grupales dentro de una estructura o red social, que podrían influir o estar asociadas a las creencias, las percepciones del riesgo, y a las propias CSR de adolescentes y jóvenes. Con este supuesto nos planteamos dos objetivos

principales que articulan la presente tesis doctoral. Por un lado, analizar el efecto de las percepciones y creencias acerca de conductas de riesgo (e.g., uso del preservativo, edad de inicio sexual, número de parejas sexuales), y las expectativas sobre la ingesta de alcohol sobre los comportamientos y prácticas sexuales de estudiantes ecuatorianos entre 16 y 25 años de edad. Por otro lado, asumiendo la relevancia de las relaciones interpersonales con el grupo de iguales (en los roles, autoestima, persuasión, identificación) se estudió el efecto de la forma individual y grupal de relacionarse en dichas conductas sexuales, así como en la percepción sobre los factores de riesgo/protección y expectativas sobre el consumo de alcohol. De los objetivos específicos derivados del planteamiento general se materializaron las tres investigaciones realizadas. Asimismo, el análisis de las implicaciones que se desprenden de los resultados de los estudios desarrollados se presenta de manera secuencial de acuerdo con el orden de los objetivos específicos de la tesis doctoral.

1. Discusión de las percepciones sobre los factores de protección/riesgo y su relación con las conductas sexuales

El primer objetivo específico de la tesis se orientó al estudio de las principales percepciones sobre diferentes conductas sexuales, el conocimiento de los antecedentes sexuales de la pareja, el uso del preservativo y la fuente de información de jóvenes ecuatorianos/a de cinco universidades de la Zona 5. Además, se analizó su relación con las CSR (e.g., inicio temprano de las relaciones sexuales, no utilizar preservativo o tener varias parejas sexuales) mediante medidas de autoinforme existentes y la creación y validación de un cuestionario al contexto ecuatoriano.

Como primera aproximación al objetivo, los tres estudios permitieron describir las conductas sexuales realizadas por un total de 3.644 adolescentes y jóvenes ecuatorianos/as. Los y las participantes provenían de universidades

públicas de cuatro provincias (Guayas, Los Ríos, Bolívar y Santa Elena) de la Zona 5 de Ecuador. Su edad fluctuaba entre los 16 y 25 años ($n_{\text{hombres}} = 44.8\%$; $n_{\text{mujeres}} = 55.2\%$). Los datos encontrados en la presente tesis se encuentran en línea y corroboran las cifras aportadas por distintos organismos respecto (I) al inicio temprano de las relaciones sexuales, (II) tener más de una pareja sexual o (III) el uso inconsistente del preservativo.

(I) Respecto al inicio temprano de las relaciones sexuales, más de la mitad de los y las participantes que ya iniciaron su vida sexual (entre un 77-80% de los y las participantes) lo hicieron antes de los 15 años, siendo la proporción de mujeres y hombres similar. Sin embargo, cuando se atiende a la frecuencia de participantes que inician su vida sexual en cada año de edad, era mayor la proporción de mujeres las que comenzaron su vida sexual de forma extremadamente temprana (10 años). . En este sentido, los datos revelados por el MSP/UNFPA (2017) indican que la tasa más alta de embarazos en niñas y adolescentes está en el grupo de edad entre 10 y 19 años, informando, además, de una alta proporción (89.9%) de niñas que tuvieron su inicio sexual antes de los 15 años.

(II) En relación al número de parejas sexuales diferentes en un año, C más de la mitad expresaron haber tenido más de dos parejas sexuales en el último año, especialmente los hombres (alrededor de un 60%) en comparación con las mujeres (alrededor de un 17%). Badillo-Viloria et al. (2020) encontraron también en un contexto similar que de los y las participantes que ya habían tenido relaciones sexuales, el 66,2% tuvieron más de dos parejas sexuales.

(III) Finalmente, los datos descriptivos de las conductas sexuales de los y las jóvenes participantes, revelaron en cuanto al uso del preservativo que un 60% de los y las participantes no usaron preservativo en su primera relación sexual y una proporción aún mayor tampoco lo usaron en los siguientes encuentros sexuales (64%). Fueron las mujeres de la muestra las que no empleaban el

preservativo en sus relaciones sexuales en mayor medida (mujeres: 74.1%, hombres: 47%). Estos resultados sobre un empleo inconsistente y no instaurado mayoritariamente (especialmente entre las mujeres) confirman lo encontrado en otros trabajos realizados en el contexto ecuatoriano. Ocaña et al. (2021) revelaron en un estudio de mujeres indígenas, que éstas expresaban no utilizar preservativo y además proporcionaban información sobre los motivos (no lo hacían porque sus parejas no lo permitían). Asimismo, informaban que sus propias parejas lo hacían de manera infrecuente (dos de cada diez hombres usan preservativo), observándose además una gran proporción de mujeres que frecuentemente presentaban infecciones vaginales.

Los datos encontrados son especialmente reveladores y necesarios considerando los resultados de diversos informes y estudios previos (e.g., Espada Sánchez et al., 2003; Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, 2014; MSP, 2017) que establecen que la realización de comportamientos de riesgo para la SS de adolescentes y jóvenes, aumenta considerablemente la probabilidad de embarazos no intencionales o de adquirir alguna ITS lo que perjudica a su salud integral. Además, es la combinación de varios factores o conductas de riesgo lo que potencia la vulnerabilidad de adolescentes y jóvenes. En este sentido, el inicio temprano de las relaciones sexuales unido al no uso o uso inconsistente del preservativo podría explicar los riesgos a los que, especialmente, las niñas y jóvenes ecuatorianas se enfrentan. Por ejemplo, los datos emitidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador, citados por un diario nacional, expresa que cada día dan a luz siete niñas de 10 a 14 años (El Universo, 2020). En la misma línea, otro estudio determinó que el 13% de todas las mujeres jóvenes en los países en vías de desarrollo (e.g., Ecuador, El Salvador), se inician en la maternidad siendo niñas (UNFPA, 2022). Igualmente, más del 60% de los embarazos no intencionales terminan en aborto con un alto riesgo para el binomio madre-niño/niña (Bearak et al., 2020).

Otra importante consecuencia de los embarazos en niñas, es el matrimonio infantil. Así, Petroni et al. (2017), afirma que el embarazo podría ser la puerta de entrada hacia el matrimonio infantil. En este mismo sentido, el Banco Mundial (2016) encontró que en Ecuador el 22.0% de los matrimonios se realizan con niñas, generalmente con parejas de mayor edad. Por su parte, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador revela que el embarazo en niñas y adolescentes es un grave problema social y de salud pública, que refleja la desigualdad y una clara violación a los derechos (MSP, 2018). Para Psaki et al. (2021), los impulsores centrales del matrimonio o unión infantil, las normas sociales y la pobreza, están presentes por la falta de agencia de los Estados y la no comprensión de cómo interactúan dentro de cada entorno (e.g., salud, educación, social, familiar) y, por tanto, es necesario enfocarse en intervenciones efectivas. El Informe realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, sobre *Visibilizar lo invisible: La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales* (UNFPA, 2022), mostró la facilidad con la que se vulneran los derechos más elementales de las mujeres y las niñas, y advierte sobre datos reveladores relacionados con la desigualdad de género y el detenimiento del desarrollo. Todo lo anterior se traduce en altas tasas de embarazos no intencionales, teniendo como factores coadyuvantes, el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, la falta de información sobre sexualidad, el no uso del preservativo u otro medio de protección, actitudes prejuiciosas o humillación en los servicios de salud, uniones forzadas con niñas, violencia sexual y reproductiva, y falta de apoyo social, entre otros. Este contexto favorece el impulso de graves consecuencias para las niñas, como abandono de los estudios, falta de acceso a un trabajo formal, mayor pobreza, no cumplimiento de sus proyectos de vida, alto riesgo de morir durante el embarazo, parto o postparto, y la presencia de problemas relacionados con la salud mental (Díaz et al., 2002). Estas situaciones siguen siendo develadas y continúan instauradas a la espera de un mayor compromiso y respuestas más eficaces de parte de los Estados.

Considerando lo anterior, resulta fundamental el análisis de variables como la percepción de los factores de riesgo y protección que pueden ayudar a entender, explicar e, incluso, predecir, el tipo de conducta sexual realizada por los y las jóvenes. En este sentido, gracias a la creación y validación en el contexto ecuatoriano de la “Escala de percepción del riesgo para conducta sexual en jóvenes ecuatorianos (EPRCS)” (Robles, et al., 2022), se pudo encontrar información valiosa al respecto. Los resultados del estudio 1, que recoge el proceso psicométrico hasta llegar a una versión válida y fiable del instrumento, mostraron que los elementos cognitivo-perceptivos pueden influir, mediante la valoración subjetiva de las creencias, en la aceptación de conductas saludables o de riesgo en función de la naturaliza de tales creencias (Soto et al., 1997). En este estudio se identificaron, además, los factores considerados de riesgo (factores 1 y 4) y los factores protectores (factores 2 y 3) estableciéndose, también, relaciones directas entre sus componentes. En concreto, a mayor información sobre sexualidad, mayor la aptitud para percibir los riesgos, conversar con la pareja sobre los antecedentes sexuales y una actitud positiva hacia el uso de preservativo. Igualmente, tener más conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja promueve mayor capacidad para percibir el riesgo y usar preservativo, contrariamente, una actitud sobre el sexo estereotipada y basada en mitos, originada desde el desconocimiento de los antecedentes sexuales de la pareja y de las fuentes de información no fidedignas, se asociaron a una menor percepción del riesgo y favoreció el no uso o uso inconsistente del preservativo teniendo como efecto el incremento de CSR.

Los datos del estudio 2 complementan y amplían los mencionados. Concretamente, los resultados revelaron que cuando los y las adolescentes y jóvenes no se habían iniciado aún en las relaciones sexuales, presentaban una percepción más clara sobre diversas prácticas que suponen un riesgo para la salud y cuáles podrían ser protectoras. Por su parte, los y las participantes que habían iniciado relaciones sexuales y tenían más contactos sexuales presentaron una mayor percepción del riesgo asociado a recibir información sobre sexualidad

dependiendo de la fuente que los que tenía menos contactos sexuales. Finalmente, los y las jóvenes que sí habían optado por el uso del preservativo, percibían con más claridad qué prácticas sexuales eran de riesgo, así como la capacidad protectora del preservativo sobre la salud y de conocer las experiencias sexuales previas de la pareja.

Todo lo anterior se vincula con revelaciones de algunas teorías, como las propuestas del Modelo de Creencias sobre la Salud (Maiman y Becker, 1974) basadas en el papel de elementos cognitivos y perceptivos. Así, respecto a la predicción de los comportamientos, menciona que se producen a partir de las creencias o percepciones subjetivas del riesgo, de la capacidad de percibirse como vulnerable o no a determinada situación y a la valoración que la persona dé al beneficio de realizar una conducta frente a los riesgos que la misma representaría. Desde el enfoque socio-cognitivo (Teoría de la Autoeficacia) de Bandura, se evidencia que ciertas conductas sexuales se pueden evaluar, así como poder decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, o poder preguntar al compañero/a sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de alcohol/drogas o para utilizar correctamente preservativos (Bandura, 1977, 1994, 1995).

De igual manera, Solórzano-Torres et al. (2019) revelaron que algo más de la mitad de los y las participantes que habían recibido algún tipo de información sobre temas de sexualidad (53.2%) no usaron preservativo en sus encuentros sexuales. Estos resultados, junto con los encontrados en la presente tesis, revelan la importancia de la calidad de la fuente de información (no solo de la cantidad de información), ya que dependiendo la fuente (e.g., padre/madre, profesor/profesora, amigos/amigas, internet) la cantidad y calidad de la información cambia y puede influir de manera diferente en la actitud y decisión del adolescente o joven de elegir una CSR o de protección.

Otros autores encuentran datos en línea con los resultados descritos en el estudio 2. Carrión et al. (2020) hallaron que el nivel de conocimientos sobre temas de sexualidad de los y las participantes correlacionó de forma inversa con la edad temprana del inicio sexual y el no uso del preservativo. Parece pues, que un mayor nivel de conocimientos se incrementa la percepción de riesgo y la adopción de conductas protectoras como el inicio sexual a edades más tardías y una actitud favorable hacia el uso del preservativo como medio de protección de la salud. En sentido contrario, otro estudio realizado en población joven sobre conocimientos y VIH, encontró que los y las participantes que no percibían ningún tipo de riesgo de infección empleaban en menor medida el preservativo en las relaciones sexuales (Velo-Higueras et al., 2019).

Las CSR como el inicio temprano de las relaciones sexuales y sin protección y el nivel de conocimientos sobre temas de sexualidad corroboran la necesidad del empoderamiento del rol de padres, profesores y personal de salud con formación en educación sexual (Carrión et al., 2020), centrada en el desarrollo de habilidades específicas cognitivo-sociales y conductuales, que fortalezcan la capacidad de percibir los riesgos e identificar correctamente los factores de protección (Gutiérrez et al., 2021; Gutiérrez-Suárez et al., 2021). Todo esto permitirá a los/as chicos/as una doble protección, teniendo como posibilidad: (1) chicos/as de alta vulnerabilidad que no identifican los factores de riesgo ni los factores de protección (puntuaciones bajas en los cuatro factores); (2) chicos/as con vulnerabilidad media que identifiquen factores de riesgo, pero no realicen conductas de protección; (3) chicos/as con vulnerabilidad media que no identifiquen factores de riesgo, pero sí realicen conductas de protección; (4) chicos/as con baja o nula vulnerabilidad que identifiquen ambos factores y, por lo tanto, tengan una conducta más saludable.

2. Discusión sobre las expectativas y creencias sobre el consumo de alcohol y su relación con las percepciones y conductas sexuales de riesgo

El segundo objetivo específico de la tesis estuvo dirigido a identificar las expectativas y creencias sobre el consumo de alcohol y establecer su relación con las percepciones y CSR, como el inicio temprano de las relaciones sexuales, el uso del preservativo en la primera relación sexual o el número de parejas sexuales, en jóvenes de dos universidades ecuatorianas.

Este objetivo se alcanzó gracias al segundo estudio de la tesis doctoral en el que participaron 838 estudiantes de universidades públicas de Ecuador. Entre los instrumentos de medida se incluyó la Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual de Jóvenes Ecuatorianos (EPRCS en adelante) (factores: 1, percepción del riesgo para conductas sexuales; 2, percepción sobre el uso del preservativo; 3, conocimiento de los antecedentes sexuales de la pareja; y, 4, fuentes de información sobre sexualidad) (diseñada y validada en el estudio anterior), el cuestionario sobre Expectativas hacia el Alcohol (AEQ en adelante) (dimensiones: A, interacción grupal; B, expresividad verbal; C, desinhibición; D, incremento de la sexualidad; E, reducción de la tensión psicológica; F, reducción de la tensión física; G, agresividad y sentimientos de poder; y, H, cambios psicofisiológicos), y el cuestionario de datos sociodemográficos.

Los resultados mostraron que ambas variables, percepción sobre factores de riesgo/protección y expectativas sobre el consumo de alcohol, se relacionaron significativamente. Las dos variables analizadas aprehenden los constructos relacionados con la percepción, las creencias y expectativas acerca de comportamientos establecidos frecuentemente en las conductas de adolescentes y jóvenes vinculadas con las relaciones sexuales y el consumo de alcohol. Fue la dirección de las relaciones establecidas entre factores y dimensiones específicas, lo que aportó información valiosa y conveniente de cara a futuras intervenciones. Concretamente, los resultados relacionados con los

factores de la EPRCS revelaron que, a mayor percepción objetiva sobre los riesgos asociados con la salud sexual (como tener relaciones sexuales con alguien poco conocido, mantener encuentros sexuales por presión del grupo, u obtener información sobre temas de sexualidad de fuentes poco confiables) y sobre los factores protectores (como el uso correcto y consistente del preservativo en las relaciones sexuales, o tener la capacidad de preguntar a la pareja sobre los antecedentes sexuales), los y las participantes percibían efectos más positivos del alcohol y mostraban expectativas más positivas frente al consumo pero solo en relación a esferas sociales (como mejorar las relaciones con el grupo de iguales o facilitar la expresión de sentimientos). El análisis concreto de los ítems de la AEQ relacionados con las expectativas del efecto del alcohol en la vida sexual, revelaron que una mayor claridad en la consideración de los factores que suponen un riesgo o una protección para la SS se asociaban a una reducción de las expectativas positivas del consumo de esta sustancia en el incremento o mejora de la sexualidad. Si bien no existen diversos antecedentes de investigaciones similares que permitan establecer comparaciones en los resultados, algunos estudios como los de Robles y Espinel (2017) ya encontraron relación directa entre distintas percepciones sobre qué factores y conductas resultan una amenaza para la salud. Específicamente hallaron que, los/as jóvenes evaluados/as identificaron como CSR el uso inconsistente del preservativo y combinar el alcohol con las relaciones sexuales.

Sin embargo, aunque las expectativas del uso del alcohol se han asociado significativamente a otras actitudes/percepciones respecto a factores de riesgo/protección, no mostraron tener un papel importante en las CSR finalmente emitidas por los y las participantes. Solo se encontró que los individuos que aún no habían mantenido relaciones sexuales consideraban en mayor medida que el alcohol produce cierta relajación física y tolerancia al dolor, y que les desinhibía, considerando en general que el alcohol les hace sentir mejor y más poderoso/a.

Desde el enfoque de la Teoría del Modelo de Creencias de Salud (Maiman y Becker, 1974), la percepción está vinculada a las creencias, estereotipos, conocimientos, valoración del riesgo/beneficio que la persona perciba frente a la decisión de un comportamiento (riesgo/protección) (e.g., uso del preservativo). De este modo, las expectativas sobre el consumo de alcohol, desde una concepción psicosocial, explican que, las creencias erróneas sobre el éxito social o íntimo, pueden llevar al incremento de riesgos para la salud, debido a la influencia social (e.g., Ajzen y Fishbein, 1980; Carrión et al., 2020; Rogers, 1985). Sin embargo, tanto esta teoría como otras similares (Teoría de la Acción Razonada) reconocen la laguna en la capacidad predictiva de las creencias, percepciones y actitudes respecto a la conducta; considerando de hecho, que sus modelos pueden indicar, en todo caso, intención de conducta. Probablemente otros factores, como las relaciones con el grupo de iguales analizadas en el estudio 3 de la tesis, puedan contribuir a explicar la asunción de un tipo de comportamiento sexual u otro (de riesgo vs. protector). En concreto, las características individuales, situaciones familiares, y el conocimiento, influirán en la percepción de vulnerabilidad o invulnerabilidad de los/as jóvenes hacia ciertos comportamientos sexuales y los efectos del consumo, motivando una decisión de riesgo o no riesgo para su salud.

Aunque no ha sido objeto directo de estudio de la tesis, considerar las consecuencias de las expectativas positivas sobre los efectos del alcohol es fundamental para un abordaje realista e integral de este factor. Las expectativas positivas del alcohol en la esfera social se han asociado con el consumo de esta sustancia (Cortaza et al., 2022). Para alcanzar una perspectiva de las dimensiones que alcanza el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes, probablemente alentado como hemos visto por las expectativas positivas de sus efectos, es necesario valorar también la prevalencia de consumo. Centrándonos en la zona de estudio, Zona 5 de Ecuador, se detectan tasas altas de alcoholismo en las provincias de Santa Elena (28,1%) y Los Ríos (19,0%) (SENPLADES, 2015). Estos datos reflejan la tendencia al alza del consumo de esta sustancia a nivel mundial

a edades cada más tempranas, y con un aumento entre las mujeres (Macías et al., 2020; OPS, 2019; Pilco et al., 2021). Esta práctica se ha asociado con la intersección de otros riesgos, especialmente entre las cohortes de edad analizadas en la tesis, como los relacionados con determinadas conductas sexuales; ya que el consumo de alcohol aumenta la sensación de invulnerabilidad y disminuye la percepción del riesgo (Saura et al., 2019). En concreto, se encuentra que las personas jóvenes frecuentemente tienen relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol lo que se asocia especialmente a sexo sin protección (INEC, 2010; Ortiz-Melgar et al., 2015). Como se ha manifestado anteriormente, el uso inconsistente de medios profilácticos adecuados incrementa la aparición de problemas de salud como ITS o embarazos no planeados en adolescentes (INEC, 2010).

3. Discusión sobre la forma individual y grupal de relacionarse y su papel en la percepción de riesgo, las expectativas sobre el consumo de alcohol, y las conductas sexuales

El tercer objetivo específico de la tesis se orientó a determinar la forma individual y grupal de relacionarse a través de índices sociométricos (e.g., popularidad/impopularidad, conexiones afectivas positivas/negativas, cohesión grupal, poder) y analizar su papel en las creencias hacia el consumo de alcohol, (e.g., integración grupal, inhibición, incremento de la sexualidad, reducción de la tensión física y psicológica), la percepción de riesgo y las conductas sexuales de los y las participantes (e.g., inicio de las relaciones sexuales, uso del preservativo, número de parejas sexuales).

Los resultados de este objetivo corresponden al tercer estudio de la tesis. En este estudio participaron 984 estudiantes de tres universidades ecuatorianas. Entre los instrumentos de medida de autoinforme, además de la escala de percepción EPRCS, el cuestionario sobre expectativas AEQ, y el de datos

sociodemográficos, se incluyó el Test Sociométrico que evalúa las interrelaciones sociales individuales y grupales (índices sociométricos individuales [ISI], índices sociométricos grupales [ISg] y los índices sociométricos relación sujeto – grupo [ISr-s]). Nuestros resultados mostraron asociaciones significativas entre los índices sociométricos -individuales y grupales- las creencias hacia el consumo del alcohol, las percepciones del riesgo para conducta sexual y las CSR. Específicamente, tres factores del AEQ, interacción grupal, expresividad verbal y la desinhibición, mostraron una correlación positiva con el realismo perceptivo de rechazos y el realismo perceptivo total (ISi); es decir, a medida que la percepción realista de una persona se incrementaba sobre los rechazos frente a las percepciones subjetivas entre iguales, los y las participantes creían que el consumo de alcohol mejoraría sus relaciones sociales, mostrando mayor expresividad verbal y desinhibición.

No obstante, los mismos índices (ISi) correlacionaron de forma inversa con cuatro de los nueve factores del AEQ: incremento de la sexualidad, reducción de la tensión psicológica, agresividad y sentimientos de poder y cambios psicofisiológicos. Es decir, que mientras más realismo perceptivo de rechazos y realismo perceptivo total mostraban los jóvenes, menos expectativas tenían respecto al potencial del alcohol como activador de la sexualidad o facilitador de orgasmos tanto para hombres como mujeres, respecto a que el alcohol disminuiría sus temores, o que se es mejor amante después de tomar unas copas.

Aunque la ausencia de investigaciones que estudien conjuntamente la forma individual y grupal de relacionarse y las expectativas sobre el alcoholo imposibilita contrastar los resultados, otros antecedentes teóricos y empíricos ofrecen cierto contexto para interpretar los resultados. Los estudios de Ajzen y Fishbein (1980) -*Teoría de la Acción Razonada*- revelan que el individuo fundamenta sus acciones en dos aspectos, (i) la creencia individual sobre la valoración de la conducta y sus consecuencias y (ii) las creencias en relación del grupo sobre la motivación de realizar una conducta y cumplir con las expectativas

de los demás, es decir, si una persona cree que el consumir alcohol lo hace más divertido, o que tendría mejores relaciones sociales, su actitud positiva se incrementará en función de estas creencias. Al respecto, Pons y Buelga (2011) en un estudio sobre factores asociados al consumo de alcohol desde una perspectiva psicosocial y ecológica, infieren que, a través del consumo de alcohol, los jóvenes buscan reafirmar su identidad y promover la integración entre sus pares; de esta manera, los grupos de iguales se convertirían en referentes sociales con poder para presionar a los/as jóvenes a la ingesta de alcohol. Pero no solo eso, considerando los resultados de nuestro estudio, la percepción de ser rechazado y el deseo de aceptación detrás del rechazo también produciría un incremento de las expectativas del consumo de alcohol en esferas sociales, pero las privadas. Desde otra perspectiva, parece ser que los/las jóvenes que han podido desarrollar una capacidad mayor para percibir correctamente los rechazos reales emitidos por sus iguales, podrán también valorar de manera adecuada una conducta de riesgo y sus posibles consecuencias. En este caso, la actitud y decisión razonada de los/as jóvenes será de protección hacia su salud sexual, es decir, mostrarán menor expectativas hacia el consumo de alcohol, como menos creencias de que el alcohol hace a las mujeres más sensuales, o de que el alcohol promueve mejores relaciones sexuales, o de que si se tiene frío el consumir unas copas hace que entre en calor. Contrariamente, los/as jóvenes, que presenten menos percepción hacia los rechazos emitidos por sus iguales, tendrán incrementada la percepción de invulnerabilidad hacia los riesgos, presentarán menor resistencia hacia la presión del grupo y, por lo tanto, su actitud y decisión estará orientada a mostrar más expectativas positivas sobre el consumo de alcohol. Como consecuencia de esto, tendrán mayor exposición a problemas de su salud, como creer que el alcohol proporciona mejores orgasmos o que podrá discutir más fácilmente después de tomarse unas copas, o pensar que mediante el consumo de alcohol se sentirá más satisfecho consigo mismo/a. En concreto, las interacciones -individuales y grupales- entre iguales y con el grupo influyen en las expectativas sobre el consumo de los/as jóvenes.

Respecto a las relaciones entre los cuatro factores de riesgo y de protección de la escala EPRCS y los índices (ISi), la conexión afectiva positiva, el ajuste perceptivo de elecciones y el realismo perceptivo total se asociaron de forma positiva con la fuente de información sobre sexualidad (factor 4), y la cohesión correlacionó positivamente con los factores 3 (percepción acerca del conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja) y 4 de la escala. Esto indica que, a mayor unión demostrada y reciprocidad entre el grupo de iguales, más valoraban como protectores de la salud tener conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja y obtener información sobre temas de sexualidad de fuentes fiables como sus padres/madres, profesores/profesoras o amigos/amigas. Si bien no existen antecedentes similares, estudios previos ya destacan los efectos positivos de las relaciones con los pares sólidas y recíprocas (Magallanes-Lozano, et al., 2021). Esta perspectiva implica considerar al grupo de iguales no solo como una forma de presión para la generación de actitudes y conductas poco saludables, si no también, como un factor protector que afecta de manera beneficiosa percepciones más claras sobre qué conductas suponen un riesgo o una protección para su salud sexual (Robles y Espinel, 2017).

En lo referente a las relaciones entre los índices sociométricos y las CSR, se estableció una correlación significativa negativa entre el realismo perceptivo (ISi) y la edad de la primera relación sexual; es decir que, a mayor grado de realismo de la persona, mayor fue la edad de la primera relación sexual. Asimismo, los índices coherencia (ISg) y liderazgo (ISr-s) se enlazaron de forma positiva con la edad de la primera relación sexual, lo que significa que, a mayor coherencia y más poder, más tardío fue el inicio sexual. Por su parte, la disociación (ISg), el liderazgo y el poder (ISr-s) se asociaron de forma negativa con el número de parejas sexuales, en otras palabras, a mayor desunión e incremento de la influencia y poder como líder del grupo, se presentaron menor número de parejas sexuales. Estos resultados se alinean con un estudio (Magallanes-Lozano et al., 2021) que estableció que cuando la percepción de rechazos realizada por la persona y las percepciones subjetivas eran correctas, disminuían ciertas CSR

como el mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol. Respecto a lo anterior, estudios sostienen que la red social es donde convergen los vínculos de soporte entre los miembros de un grupo y es la que define ciertos comportamientos individuales y grupales (Maya, 2021). En este sentido, estas relaciones pueden influir en la percepción -riesgo o protección- de adolescentes y jóvenes, como tener encuentros sexuales por presión de sus pares (Gómez-Zapíaín et al., 2016) o mantener relaciones sexuales por ser el más popular/impopular del grupo (Robles y Espinel, et al., 2017). En la misma línea, otro estudio relacionado con la presión de las amistades para el consumo de alcohol determinó que aquellos/as jóvenes que tienen mayor deficiencia en la habilidad para resistir a la presión de los pares presentaron mayores niveles de consumo de alcohol (Sánchez-Xicotencatl et al., 2016).

En conjunto, observamos que las interacciones que se producen en la red social, a nivel individual y grupal, influyen en las creencias y expectativas sobre el consumo del alcohol, en las percepciones de riesgo/protección y en las CSR identificadas en el estudio.

4. Discusión sobre el efecto del género, la edad, la autoidentificación étnica y la procedencia, sobre las percepciones acerca de los factores de riesgo/protección, conductas sexuales de riesgo, expectativas sobre el alcohol, y las interacciones sociales

Finalmente, el cuarto objetivo específico fue analizar el efecto de variables sociodemográficas relevantes, como son el género, la edad, la autoidentificación étnica, y la procedencia, sobre las puntuaciones obtenidas en las variables analizadas: percepciones sobre factores de riesgo/protección sobre la salud sexual, CSR, expectativas y creencias sobre el alcohol.

Respecto a las diferencias en la percepción del riesgo para conducta sexual atendiendo al género, se encontró que los chicos percibían con mayor

claridad qué conductas sexuales suponen un riesgo para la salud en comparación con las chicas. Esta diferencia, junto con las halladas en las CSR que se discuten más adelante, explican la situación de mayor vulnerabilidad en la que están expuestas las chicas.

En relación con el estudio de las expectativas sobre el consumo de alcohol, el género determinó diferencias en las ocho dimensiones del cuestionario (AEQ). Mientras los hombres consideraban en mayor medida que el alcohol produce una mejora en la interacción grupal (más diversión, cohesión, mejor ánimo), expresividad verbal (facilidad para hablar), y desinhibición (sinceridad, impulsividad, ser bromista), las mujeres percibían más que el alcohol tiene la capacidad de incrementar la sexualidad (más deseo, sensualidad, romanticismo, más orgasmos), la agresividad y sentimientos de poder (tendencia a discutir, seguridad, autosuficiencia, satisfacción), así como reducir la tensión psicológica y física (despreocupación, relajación, dormir mejor), y producir cambios fisiológicos (calor, enrojecimiento). A la luz de estos resultados, observamos la forma diferente que chicos y chicas tienen respecto a las creencias y percepción de los efectos que produce el consumo de alcohol. Parece que los chicos asocian el consumo de alcohol con un medio de mantener mejores relaciones sociales con sus amigos/as e incrementar su autoconfianza y sentirse más animado con sus iguales. Sin embargo, estas creencias y percepciones podrían dar al joven la sensación de invulnerabilidad frente al consumo y como consecuencia, incremento en la bebida de esta sustancia, promoviendo conductas de riesgo. Por su parte, las mujeres parecen tener una percepción más realista sobre algunos efectos psicofisiológicos que ocasiona el consumo de alcohol, pero más distorsionada sobre sus efectos positivos en el ámbito de la sexualidad. Un estudio reveló (Fernández et al., 2016) que los participantes hombres informaban de que el alcohol promovía el acercamiento y fomentaba las interacciones sociales con sus iguales. En cualquier caso, las creencias o expectativas erróneas respecto al alcohol, como mejorar las interacciones sociales, sentirse bien bebiendo unas copas o mejorar la vida sexual, pueden estar

promoviendo conductas de riesgo (Golpe et al., 2017; Méndez-Ruiz et al., 2018) como consecuencia de decisiones equivocadas que pueden afectar a su salud integral (Ajzen y Fishbein, 1980).

Respecto a las diferencias en las conductas sexuales atendiendo al género, los resultados mostraron que esta variable resultó relevante para explicar la agrupación de frecuencias de las conductas sexuales analizadas, como son, haber iniciado su vida sexual en el momento en que se realizó el estudio, tener menos o más de 2 parejas sexuales al año, uso del preservativo en la primera relación y en las siguientes. Específicamente, más número de mujeres tuvieron menos de dos parejas sexuales en el último año, frente al grupo de hombres. Sin embargo, el grupo de hombres mostró más número de parejas sexuales (2 a 4 y de 5 a 6) en relación con el de las mujeres. Asimismo, el uso del preservativo en las relaciones fue mayor entre los primeros que entre las mujeres. Estos resultados se enlazan con los encontrados en un estudio que mostró que más de la mitad de las participantes mujeres indígenas de México no usaron preservativo en sus relaciones sexuales, convirtiéndose en un grupo vulnerable ante los riesgos de su salud sexual (Nava-Navarro et al., 2017). Asimismo, nuestros resultados son semejantes con lo expuesto por Alfonso et al. (2020) donde el 56.0% del grupo de mujeres participantes en el estudio, tuvieron una pareja en los seis últimos meses de realizada la investigación, mientras que el 66.7% de los hombres habían tenido más de dos parejas sexuales en menos de un mes, además, un porcentaje mayor de hombres usó preservativo en las relaciones sexuales frente al grupo de mujeres. Las diferencias encontradas entre hombres y mujeres respecto a las CSR están relacionadas con los estereotipos arraigados en la sociedad ecuatoriana donde las relaciones hombre/mujer se dan en un marco de actitudes machistas, violencia y desigualdad, en el que la mujer tiene poca o ninguna oportunidad de decidir sobre algún comportamiento que podría afectar a su salud, como puede ser el uso del preservativo o la decisión sobre un embarazo, debido a que generalmente es el hombre quien toma esas decisiones (CNII/UNFPA, 2021; UNFPA, 2022; UNICEF/UNFPA/ONU, 2018). Desde esta perspectiva, la mujer se

encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad debido a que asume una actitud de sometimiento frente al hombre, con menos oportunidades de elección y mayor exposición a riesgos que afectarán a su SS y SR.

Con respecto a las diferencias encontradas entre las interacciones sociales individuales y grupales y la variable género, los datos revelaron diferencias en cuanto a los índices (ISi) de conexión afectiva positiva y ajuste perceptivo total. Asimismo, con los índices grupales de disociación y coherencia se diferenciaron entre hombres y mujeres. En todos los casos, los hombres mostraron un mejor ajuste perceptivo y relacional frente al grupo de mujeres, siendo los participantes hombres del grupo más joven (16 a 19 años) los que presentaron mejor ajuste y realismo perceptivo. Parece ser que los chicos tienen mayor capacidad para establecer relaciones positivas recíprocas y mejor percepción de la realidad, lo que beneficiará la relación con sus pares y con el grupo de iguales. Este comportamiento, en el marco de las CSR promoverá una actitud protectora para su salud. Por su parte, el grupo de chicas presenta en mayor medida la desunión frente a la unión que presenta el grupo de los chicos.

Estudios previos en el contexto latinoamericano han mostrado que las mujeres, especialmente las más jóvenes y las mujeres de origen indígena, asumen prácticas sexuales de riesgo en mayor medida que los hombres: inician las relaciones sexuales a edades muy tempranas y utilizan poco el preservativo en las relaciones sexuales (Nava-Navarro et al., 2017; UNICEF/PROSOLI, 2019; UNICEF/UNFPA/ONU, 2018). Los factores socioculturales explicarían en gran medida estos resultados. Las cogniciones sociales e individuales fuertemente arraigadas en concepciones patriarcales en los países latinoamericanos, y concretamente en Ecuador, generan importantes desigualdades entre las mujeres y los hombres. Las niñas y mujeres tienen un menor acceso a una adecuada información sobre temas de sexualidad, lo que genera creencias más distorsionadas y basadas en mitos sobre las consecuencias negativas del uso del preservativo (e.g., problemas testiculares, infecciones del cuello uterino e incluso

el cáncer) (Nava-Navarro et al., 2017; Ortiz et al., 2016). Además, la distribución desigual de poder generada por las culturas heteropatriarcales dificulta la comunicación empoderada de las jóvenes, la toma de decisiones y la posible negociación, por ejemplo, del uso del preservativo o de otras prácticas sexuales de protección con sus parejas (CNII/UNFPA, 2021; Saura et al., 2019). A la luz de estos resultados, se visibiliza la situación de mayor desigualdad y vulnerabilidad, que desde años atrás sigue vigente en la población de mujeres.

La edad de los y las participantes fue relevante únicamente con las interacciones sociales (individuales y grupales) donde mostró diferencias significativas con los índices individuales de ajuste perceptivo total y realismo perceptivo en el grupo de menor edad (16-19 años). De igual modo, el mismo grupo estableció diferencias significativas con respecto al grupo de 20 a 24 años, mostró más coherencia e intensidad grupal. En concreto, un mayor ajuste y adecuada percepción de la realidad han desarrollado los/as participantes del grupo de menor edad, lo que redundará en mejores interacciones sociales entre iguales y con el grupo.

Al igual que ocurrió con la edad, la etnia de los y las participantes no resultó explicativa de comportamientos sexuales diferentes o percepciones y creencias distintas -respecto al alcohol o factores de riesgo/protección- entre montuvios/as, mestizos/as, indígenas y afroecuatorianos/as. No obstante, las interacciones sociales y la etnia revelaron diferencias en los índices de relaciones persona y grupo sobre liderazgo y poder, y el índice (ISg) de intensidad grupal. En este sentido los grupos de población mestiza y montubia, mostraron mayor liderazgo frente a los demás grupos étnicos. Parece ser que los grupos de población mestiza y montuvia muestran mayor facilidad para llegar y ejercer influencia en el grupo, además serían los que de alguna manera eligen o rechazan a los miembros del grupo. Con este modelo de comportamiento podría generarse la presión hacia los miembros del grupo de otras etnias, que podría ser positiva (o no) y que influenciaría en las decisiones finales de chicos y chicas, generándose

conductas de riesgo/protección. Al respecto existe literatura previa (Ewart, 1991; Robles y Espinel, 2017; Rodríguez-Castro et al., 2020) que ha mostrado que las interacciones sociales entre el grupo de iguales pueden influir en la percepción y actitud de adolescentes y jóvenes como un elemento protector o de riesgo, como el mantener relaciones sexuales por ser el líder o el más popular del grupo, promoviendo comportamientos sexuales poco saludables.

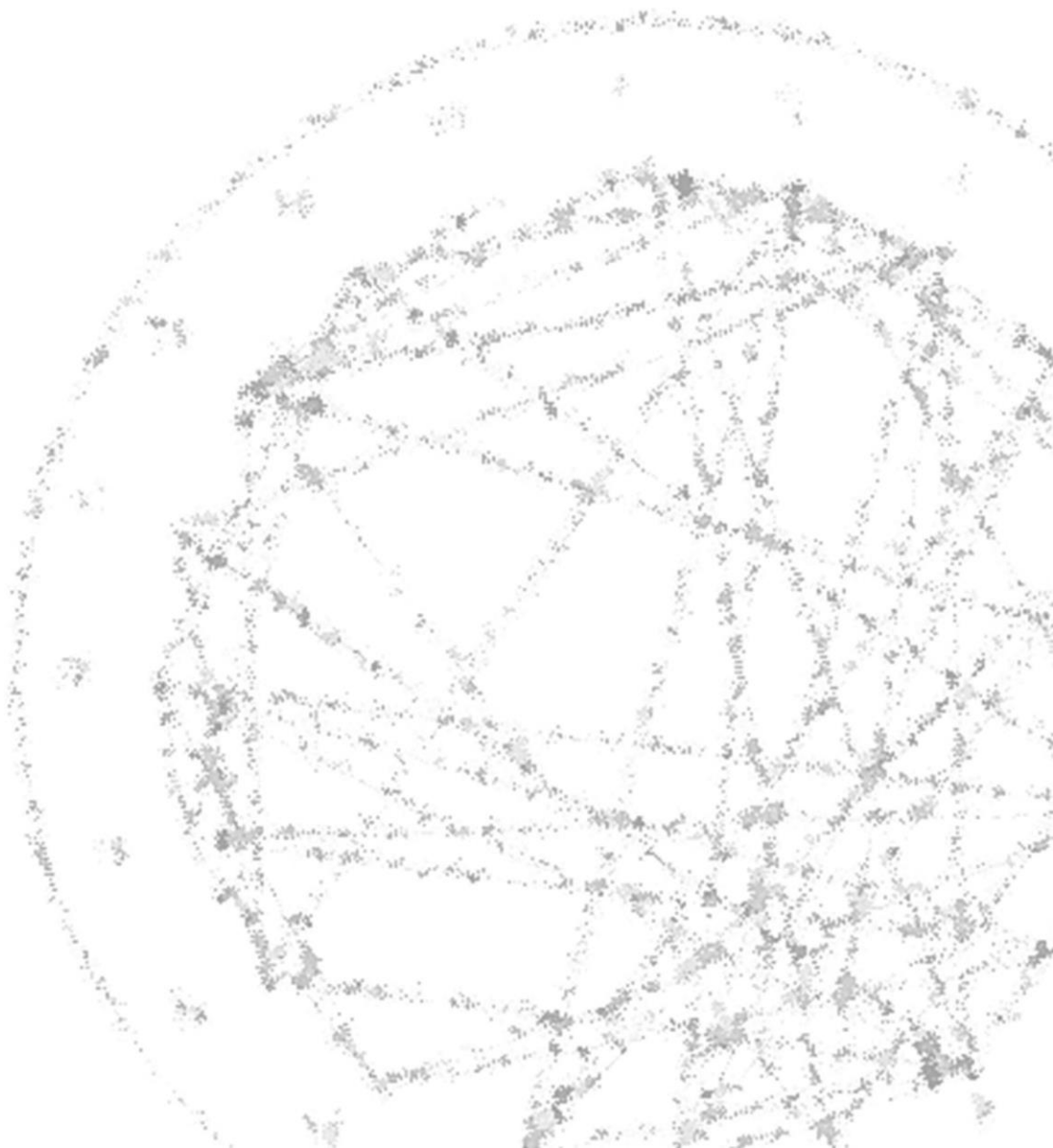
En cuanto a la zona de procedencia (rural o urbana) resultó una variable de agrupación significativa exclusivamente respecto al inicio de las relaciones sexuales, siendo ligeramente mayor el porcentaje de los y las participantes de la zona urbana que habían iniciado relaciones sexuales en comparación con aquellos/as de zonas rurales. Además, las interacciones sociales dependiendo de la zona geográfica establecieron puntuaciones significativas con el índice grupal de liderazgo; es decir, los y las participantes que provenían de la zona urbana obtuvieron una mayor puntuación en relación a los que provenían de la zona rural. En relación con la percepción del riesgo para conducta sexual y las expectativas sobre el alcohol en función de la procedencia, no se encontraron diferencias. Este modelo de conducta, podría estar siendo influenciado por factores sociales y culturales como la migración de población (e.g., indígena) hacia la zona urbana (Aceldo y Quito, 2021), y la multiculturalidad que es característica de Ecuador (Asamblea Nacional, 2008), donde la presencia de ciertos estereotipos, valores y creencias han sido compartidas y aceptadas en este contexto mediante una interacción equitativa. Además, las redes sociales - espacios donde se establecen las interacciones sociales- por estar constituidas bajo paradigmas socioculturales, son también una forma de transmisión y consolidación de creencias, valores y percepciones (Contreras y Hernández, 2019).

En resumen, los resultados de los estudios de la presente tesis avalan los hallazgos de estudios previos respecto a las principales CSR identificadas en nuestra investigación, como son el inicio de las relaciones sexuales desde los 10

años y el bajo e inconsistente uso del preservativo. Ambas prácticas sexuales se han establecido consistentemente como un factor de riesgo para embarazos no intencionales en niñas y adolescentes y, además, en el caso de las relaciones sexuales tempranas, son el preámbulo de matrimonios o uniones infantiles (Badillo-Viloria et al., 2020; Bandura, 1994; 1995; Bouniot-Escobar et al., 2017; Céspedes y Robles, 2016; Da Silva et al., 2018; Maiman y Becker, 1974; MSP, 2017; UNFPA, 2022; Petroni et al., 2017; UNICEF/UNFPA/ONU, 2018). Toda esta situación enmarcada en un contexto de violencia sexual, desigualdad de género (sin oportunidad de negociar el uso del preservativo o de algún medio de protección de la salud), falta de acceso a la educación, pobreza, vulneración de los derechos más elementales e incremento de los riesgos para de la SS y SR y hasta la vida de las niñas y adolescentes (Banco Mundial, 2016; Bearak et al., 2020; CNII, 2014; CNII/UNFPA, 2021; MSP, 2018; 2021; Psaki et al., 2021; Saura et al., 2019). Estas conductas son precedidas por las creencias, estereotipos, roles, experiencias vividas y conocimientos, que configuran las percepciones del riesgo, así como también, el darse cuenta y tomar conciencia de aquellas vivencias experienciales. Todo lo anterior motivará una actitud y un comportamiento de riesgo o protector para la salud (Chrisler y McCreary, 2010; Eagly, 1984; García del Castillo, 2012; Ocaña, et al., 2021; Pastor, 2000; Robles et al., 2022; Saura et al., 2019; Stevens, 2003). De este modo, si la percepción del riesgo está distorsionada, el adolescente o joven tendrá la sensación de invulnerabilidad y más probabilidad de involucrarse en CSR, contrariamente, una actitud positiva y decisión razonada sobre las consecuencias de determinada conducta se verá beneficiada con menos CSR (e.g., Ajzen y Fishbein, 1980; Bandura, 1994; 1995; 1977; Badillo-Viloria et al., 2020; Bouniot-Escobar et al., 2017; Brown et al., 1985; Céspedes y Robles, 2016; Da Silva et al., 2018; Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2020; Maiman y Becker, 1974; MSP, 2021; MSP/UNFPA, 2017; Hochbaum, 1958; Rogers, 1985; SENPLADES, 2015; Solórzano-Torres et al., 2019).

A estos resultados incorporamos nuevos hallazgos, como es la influencia de las interacciones sociales, individuales y grupales sobre las creencias y expectativas hacia el consumo de alcohol, y la actitud sobre la decisión razonada de elegir un comportamiento protector en base a la percepción del riesgo (e.g., percepción del riesgo sobre conductas sexuales, las fuentes de información confiables) o elegir una conducta protectora (e.g., uso del preservativo, conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja), tanto de chicos como de chicas.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES



Considerando los objetivos planteados en la presente tesis doctoral y los resultados obtenidos mediante los estudios realizados, se generan las siguientes conclusiones:

- El diseño y validación de la *“Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en Jóvenes Ecuatorianos”* contribuye con una herramienta fiable y válida a la evaluación de la capacidad de los/as adolescentes y los/as jóvenes de discernir sobre qué conductas en el marco de la sexualidad podrían suponer un riesgo o una protección para su salud (física, psicológica o social). Asimismo, tener conocimiento sobre estas percepciones podría ser la base para generar intervenciones psicoeducativas que minimicen los mitos y distorsiones, aumenten la percepción de vulnerabilidad y favorezcan la toma de decisiones razonadas. Además, disponer de este cuestionario validado facilitará acciones destinadas a prevenir problemas derivados de la realización de CSR, como la impartición de talleres de educación sexual o el diseño de programas preventivos.
- Hombres y mujeres presentan conductas sexuales diferentes. El grupo de chicos que han tenido relaciones sexuales es mayor que el de las chicas. El inicio de la vida sexual en más de la mitad de los y las participantes empezó entre los 10 y 14 años. Además, el grupo de hombres presenta más número de parejas sexuales que las chicas. El uso del preservativo en la primera relación sexual y en los próximos encuentros sexuales es mayor en los hombres en comparación con las mujeres.
- La percepción del riesgo sobre la conducta sexual y las creencias sobre el consumo de alcohol se asociaron significativamente en todos sus factores. Parece que tener una mayor claridad sobre los comportamientos de riesgo o protectores en el plano sexual se relaciona con unas expectativas menos positivas y más realistas sobre los efectos de la ingesta de alcohol en la mejora de la sexualidad. Sin embargo, se seguiría considerando que esta sustancia sí mejora las interacciones de tipo social. Los/as jóvenes que

consideraban a la familia y profesorado como fuentes de información fiables sobre sexualidad mostraban menos CSR.

- Los adolescentes y jóvenes que perciben los riesgos que amenazan a su salud sexual son capaces de valorar también las prácticas protectoras, generándose a nivel cognitivo creencias más saludables que se extienden al ámbito del consumo de alcohol.
- El género de los y las participantes determinó diferencias significativas en todos los factores relacionados con las expectativas sobre el alcohol. Los hombres percibieron que el alcohol mejoraba las interacciones grupales, la impulsividad, el ánimo y la desinhibición. Las mujeres percibieron que el alcohol tiene mayor capacidad de incrementar la sexualidad, así como reducir la tensión psicológica y física.
- El efecto del grupo de iguales sigue siendo importante en edades de transición entre la adolescencia, la juventud y la adultez temprana; extendiéndose esta influencia a aspectos cruciales como las creencias sobre el consumo del alcohol, la capacidad de dilucidar entre factores de riesgo y protectores para la salud sexual o los comportamientos sexuales. Esto hace relevante considerar estrategias integrales de promoción de la salud sexual también en etapas más avanzadas de educación como los estudios universitarios.
- Los/as adolescentes y jóvenes que presentaron una mayor desunión grupal y una mayor posición de influencia y poder como líder del grupo mostraron un menor número de parejas sexuales.
- Los adolescentes y jóvenes que presentaron un ajuste correcto entre la percepción de sus elecciones y las elecciones reales, además de un buen grado de unión entre los miembros del grupo de iguales, mostraron también una percepción más clara sobre los factores protectores de la salud sexual. Éstas se refieren a una mayor facilidad para identificar las fuentes de información sobre sexualidad protectoras y un mejor conocimiento de los

antecedentes sexuales de la pareja, facilitando indicios sobre la influencia beneficiosa de la red social.

- Los participantes hombres reflejaron mayor coherencia y reciprocidad en las interacciones sociales con el grupo, frente al grupo de mujeres que mostraron desunión en las relaciones con los miembros del grupo.
- La edad, la etnia y la zona geográfica mostraron diferencias significativas únicamente con las interacciones sociales (individuales y grupales), no así en relación con la percepción del riesgo, las expectativas sobre el alcohol, ni con las CSR.
- Los y las participantes que se autoidentificaron como montuvios/as y mestizos/as mostraron mejores índices de liderazgo y poder. Asimismo, los y las participantes del grupo étnico de montuvios/as presentaron mayor intensidad, tanto en elecciones como en rechazos, en las relaciones con los miembros del grupo frente a los/as participantes indígenas y el resto de las otras etnias.
- Los y las participantes procedentes de la zona urbana presentaron mayor nivel de liderazgo en comparación con los y las participantes que procedían de la zona rural.
- Se muestra la importancia de atender a la diversidad cuando se explican procesos psicosociales considerando que factores como el género, la edad o la etnia deben ser tenidos en cuenta en las propuestas educativas para fomentar las conductas saludables.

En suma, las CSR parecen estar influenciadas por los tipos de interacciones sociales que establecen los/as jóvenes con sus iguales en el contexto de la educación superior. Además, hay otro tipo de factores que se han visto relacionados con la asunción o no de CSR: a) las creencias asociadas a los conocimientos sobre qué factores serían de riesgo o qué factores resultarían protectores en el contexto de las relaciones sexuales; como qué fuentes de información son fidedignas, las creencias sobre el uso y efectividad del

preservativo o el conocimiento sobre los antecedentes sexuales de la pareja; y b) algunas creencias y expectativas asociadas al consumo de alcohol. Este conjunto de resultados genera un corpus de conocimiento que permite entender las actitudes que predisponen a la decisión de realizar un determinado comportamiento sexual de riesgo o no para la salud, así como comprobar el efecto crucial que tiene la forma individual y grupal de relacionarse con los pares en el entorno de la educación superior. De esta forma, se aporta información sobre la influencia positiva de los iguales sobre las conductas sexuales protectoras cuando las interacciones son sólidas y cohesionadas y hay una percepción realista y recíproca entre los miembros que componen la red (Figura 9⁴).

A estos antecedentes más directos, con una influencia mayor que las actitudes y predisposición hacia la conducta, se encuentran otros factores a nivel macrosocial, que estarían vinculados a las relaciones interinstitucionales e intersectoriales. De este modo, se integrarían en un trabajo conjunto, sectores como, salud, educación, bienestar social, justicia, con estrategias integrales relacionadas a la prevención y promoción de derechos, capacitación permanente (a todos los involucrados en el programa), abordaje integral con definición clara de roles y funciones de cada institución y la forma de relacionamiento interinstitucional, estableciendo además, un sistema de información y comunicación interinstitucional (coordinado y a doble vía), entre otras. Sin embargo, estas instancias de intervención, requieren del apoyo del sector económico-productivo, debido a que la pobreza y la falta de oportunidades laborales subyacen en torno a esta problemática, es decir, es necesario preparar a adolescentes y jóvenes e insertarlos al desarrollo productivo, de cara a una real integración a la sociedad, con justicia, equidad, ejerciendo sus derechos (Figura 9).

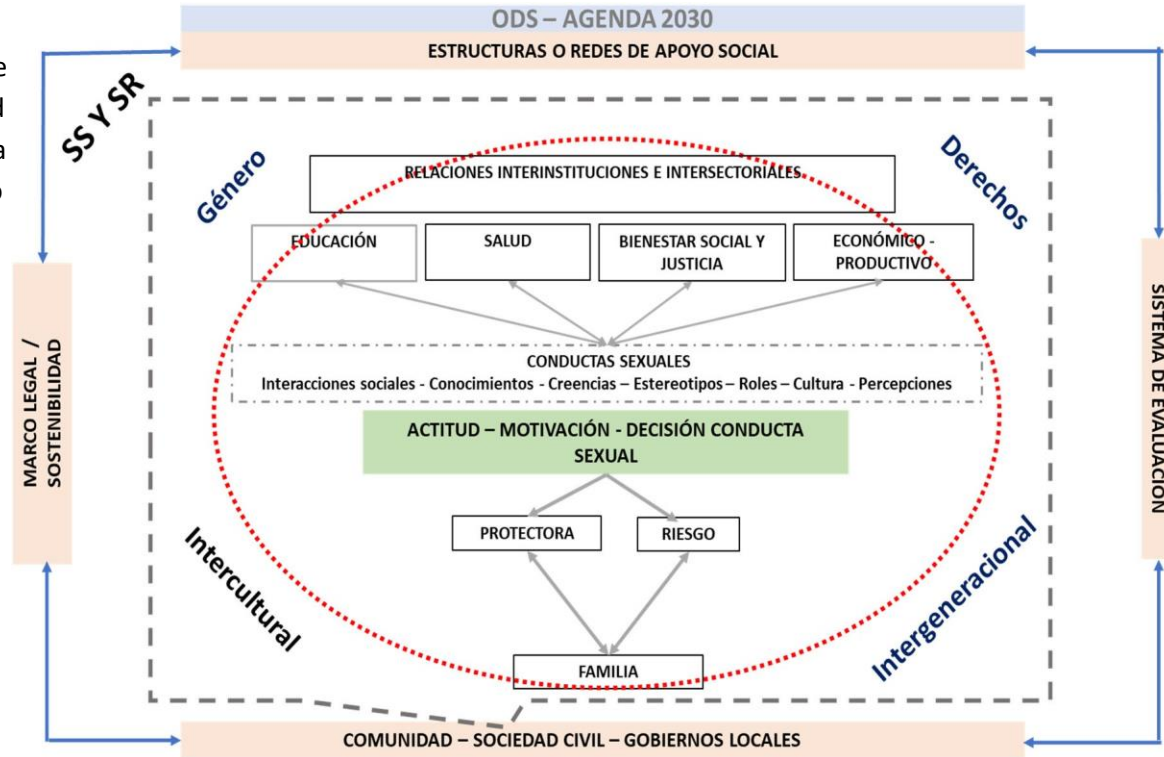
⁴ La Figura 9 presenta de forma visual la integración y papel de las variables estudiadas junto con los modelos teóricos considerando los resultados de los estudios que integran la tesis doctoral. De esta forma, se reajusta de forma más precisa el mismo modelo propuesto como cierre del marco teórico presentado en el Capítulo I.

En este marco, existen otros factores que no podemos soslayar, que se incluyen también en la Figura 9, como son la comunidad que, desde las propias familias y la sociedad civil organizada, son corresponsables del bienestar de chicos y chicas. Así también, los gobiernos locales, instancias más cercanas a la comunidad, encargados de ejecutar las competencias relacionadas con la salud y la educación (e.g., creación de espacios físicos para favorecer la comunicación, o el deporte) como medio de promover conductas más saludables. Todo esto, debe estar amparado por una política pública, que recoja las graves realidades que están vigentes, que promueva líneas de intervención más efectivas y que garantice sostenibilidad financiera, además de la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación, orientado a retroalimentar y tomar decisiones oportunas.

Finalmente, queremos expresar, que como profesionales de la salud mental y docentes universitarias, esta investigación también nos ha permitido realizar una reflexión crítica respecto al tipo de apoyo que desde la cátedra y el contexto universitario en general, se debería brindar a chicas y chicos sobre temas de SS y SR, y el impacto (positivo/negativo) en razón de la percepción (riesgo/protección), las creencias (positivas/negativas) sobre el consumo del alcohol y el sentirse o no aceptado, o apoyado en la red o estructura social, donde no solamente las interacciones entre iguales son importantes, sino también las generadas con los/as profesores/as y entre el profesorado. Bajo esta reflexión, el entorno universitario, que anida a jóvenes (hombres y mujeres), y donde se producen vínculos sociales -positivos y negativos- entre iguales y grupales, puede ser una gran oportunidad para generar acciones coordinadas, de prevención de la enfermedad y de promoción de la SS y SR, debido a la responsabilidad social, frente a la educación, para la prevención y promoción de la salud integral de la comunidad educativa.

Figura 9.

Modelo teórico explicativo de intervención preventiva de la Salud Sexual y Salud Reproductiva relacionada con las estructuras o redes sociales y su relación con los factores y conductas sexuales de riesgo en los/as jóvenes ecuatorianos/as.



Fuente. Elaboración propia.

2. Fortalezas y limitaciones

Una de las principales fortalezas de la tesis doctoral se asienta en la amplitud del número muestral (3644 participantes) y la representación equitativa de hombres y mujeres. De igual modo, la extensión de la zona geográfica donde se desarrolló la investigación (cuatro provincias y cinco universidades) en un contexto geográfico con diversidad cultural y étnica, posibilitó la participación de grupos poblacionales indígenas, mestizos/as, montuvios/as, afroecuatorianos/as, blancos/as, tanto de la zona urbana como de la rural. Estas características de la muestra, cuantitativa y cualitativamente, permiten obtener una visión amplia y una interpretación de los resultados considerando la diversidad de los y las participantes. La generalización de los resultados a la población de donde procede la muestra se facilita también considerando el número y perfil sociodemográficos de los y las participantes.

El rigor metodológico asumido en las investigaciones supone una garantía para la veracidad de los resultados. Específicamente, el tamizaje y control de calidad de cada uno de los autoinformes, eliminando aquellos que estaban incompletos, garantizaban resultados confiables. Los instrumentos utilizados presentaban indicios de calidad suficientes para preservar la fiabilidad y validez de los resultados. El cuestionario creado para evaluar la percepción de los factores de riesgo y protección para conducta sexual siguió el proceso de validación y adaptación apropiado para generar un instrumento adecuado para su uso en Ecuador, pero también extensible a otros países latinoamericanos con características y realidades semejantes (e.g., Perú, Colombia, Chile). Además, se aportaba información necesaria sobre las características de los y las participantes, procedimientos para la recogida de datos, objetivos y plan de análisis para permitir la replicabilidad del estudio.

Es importante, sin embargo, interpretar los resultados considerando las limitaciones de las investigaciones. En el primer estudio, la no inclusión de otros instrumentos de evaluación imposibilitó el análisis convergente y discriminante. Para subsanar en la medida de lo posible este déficit se aplicó un análisis de la estabilidad del instrumento mediante test-retest. En el segundo estudio, la limitación podría ser su naturaleza de tipo transversal, aunque este tipo de diseño permite analizar una situación de salud en un tiempo dado y planear su intervención (Hernández et al., 2000; Supo y Zacarías, 2020). Es necesario realizar en trabajos futuros, estudios de corte longitudinal para poder valorar el cambio de los procesos cognitivos, actitudinales y relacionales a lo largo del tiempo y analizar las transiciones entre distintos periodos evolutivos. Respecto al tercer estudio, una de las limitaciones fue el tamaño de algunos grupos muestrales (más de 20 participantes entre hombres y mujeres por curso) que dificultó el análisis de los valores sociométricos individuales, impidiendo ofrecer información descriptiva de los índices obtenidos por los y las participantes. En el futuro sería una aportación importante establecer muestras de grupos ≤ 20 participantes que permitan identificar las características de cada uno de los miembros del grupo y la posición sociométrica en base al análisis de los valores individuales. Además, el uso de medidas de autoinforme para la evaluación de constructos sensibles relacionados con percepciones y conductas vinculadas al consumo de alcohol y la sexualidad, pudo haber introducido sesgos de deseabilidad social en las respuestas. Finalmente, dado el extenso número de variables a considerar, el carácter exploratorio de algunas hipótesis y el tipo de análisis realizados, no se pueden establecer vínculos causales entre la forma individual y grupal de relacionarse y las conductas sexuales o percepciones. Atendiendo a esta limitación, en futuros trabajos, partiendo del conocimiento proporcionado en el presente estudio, podrían diseñarse investigaciones con hipótesis concretas y diseños de tipo cuasi-experimental.

3. Perspectivas futuras

A partir de las conclusiones obtenidas en la presente tesis doctoral, en investigaciones futuras sería interesante continuar con la línea de investigación ampliando estos estudios, integrando la preferencia sexual, el sexting, cibersexo, el abuso sexual (online o no) y los matrimonios infantiles (forzados) (e.g., Banco Mundial, 2016; Chacón-López et al., 2019; Gámez-Guádix et al., 2021; Javier-Juárez et al., 2021; Quesada et al., 2018; Villora et al., 2019) así como analizar el lazo entre las percepciones evaluadas con la escala y los hábitos sexuales (de protección o de riesgo). Asimismo, es necesario realizar en próximas investigaciones estudios de corte longitudinal para considerar la evolución de las variables. Entre los hallazgos se determinó que algunos de los y las participantes iniciaron las relaciones sexuales a los 10 años, por lo tanto, se debería ampliar la muestra a edades más tempranas, que permita investigar qué está ocurriendo en esas edades con la percepción del riesgo, sus redes sociales individuales y grupales, desde una perspectiva intercultural y de género. Finalmente, siendo el profesorado un actor clave para la formación integral de chicos y chicas, sería recomendable, que las universidades como estructuras o redes sociales y en cumplimiento de su responsabilidad social, se involucren de forma decidida en la promoción y protección de los derechos de la SS y SR de los/as adolescentes y los/as jóvenes, fomentando toma de decisiones informadas.

REFERENCIAS

- Abello, R. y Madariaga, C. (1999). Las redes sociales ¿para qué? Psicología desde el Caribe. *Universidad del Norte*, 2(3), 116-135. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/754/5253>
- Aceldo, J. y Quito, L. (2021). La interculturalidad en el Ecuador: un análisis crítico de sus fundamentos, aportes y desafíos en la educación. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(6), 12116-12127. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i6.1219
- Acosta, C., Jimenez, A. y Barba, C. (2019). Expectativas hacia el alcohol en jóvenes universitarios y propuestas comunicacionales. *Mediciencias UTA*, 3(2), 33-44. <http://dx.doi.org/10.31243/mdc.uta.v3i2.157.2019>
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviors*. Prentice-Hall.
- Alfonso, L. y Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 143-151. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020&lng=es&tlng=es.
- Alfonso, L., Figueroa, L., García, L. y Soto, D. (2019). Abordaje teórico en el estudio de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(6), 954-968. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000600954&lng=es&tlng=es.
- Alfonso, L., Santillano, I., Figueroa, L., Rodríguez, A. y García, L. (2020). Prevención de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio Consolación del Sur. (L. Alfonso, I. Santillano, L. Figueroa, A. Rodríguez, & L. García, Trads.)

Revista Ciencias Médicas, 24(4), e4318.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000400011&lng=es&tlng=es

Álvarez-Muelas, A., Gómez-Berrocal, C. y Sierra, J. C. (2020). Relación del doble estándar sexual con el funcionamiento sexual y las conductas sexuales de riesgo: revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(2), 103-116. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.02.038>

Amezcuca, M., Hernández, S., Rodríguez, M. y Quesada, E. (2015). Riesgo ante el consumo colectivo de alcohol entre los jóvenes: percepciones desde el entorno educativo. *Índex de Enfermería*, 24(1-2), 25-30. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100006>

Asamblea Nacional (2008). *Constitución de la República de Ecuador 2008*. Quito: Registro Oficial.

Asamblea Nacional (2011). *Ley Orgánica de Educación Intercultural*. CEPAL. Registro Oficial No. 417: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Ley-Organica-Educacion-Intercultural-Codificado.pdf>

Badillo-Viloria, M., Mendoza, X., Barreto, M. y Díaz-Pérez, A. (2020). Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enfermería Global*, 19(59), 436-449. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412161>

Baez, J. y González del Cerro, C. (2015). Políticas de educación sexual: tendencias y desafíos en el contexto latinoamericano. *Revista del IICE*, 38, 7-24. <https://doi.org/10.34096/riice.n38.3458>

Bahamón Muñetón, M. J., Vianchá Pinzón, M. A. y Tobos Vergara, A. R. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 327-353. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2014000200008&lng=en&tlng=es.

Banco Mundial (2016). *Los niños en América Latina son los más afectados por la pobreza*. <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2016/06/29/ninos-america-latina-son-mas-afectados-por-pobreza>

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. En V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71-81). Academic Press.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy. En A. Bandura, *Self-efficacy in Changing Societies* (pp. 1-45). University of Cambridge.
- Barrasa, A., y Gil, F. (2004). Un programa informático para el cálculo y la representación de índices y valores sociométricos. *Psicothema*, 16(2), 329-335. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1202>
- Bársena, A. (2013). *Embarazo adolescente, alerta temprana de la desigualdad*. Columna de opinión de la Secretaría Ejecutiva de la CEPAL: <http://www.cepal.org/es/articulos/embarazo-adolescente-alerta-temprana-de-la-desigualdad>.
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tuncalp, O. y Beavin, C. (2020). Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019. *Lancet Global Health*, 8(9), e1152-e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Bouniot-Escobar, S., Muñoz-Vigueras, C., Norambuena-Vergara, N., Pinto-Ulloa, C. y Muñoz-Pareja, M. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes estudiantes de primer año de pregrado de la Universidad San Sebastián: Estudio transversal. *Revista Colombia de Obstetricia y Ginecología*, 68(3), 176-185. <https://doi.org/10.18597/rcog.2799>
- Brown, S. A., Goldman, M. S., Inn, A. y Anderson, L. R. (1980). Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 419-426.
- Brown, S., Goldman, M. y Christiansen, B. (1985). Do alcohol expectancies mediate drinking patterns of adults? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.53.4.512>
- Caballo, V. y Salazar, I. (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 26(1), 23-53. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/la-autoestima-y-su-relacion-con-la-ansiedad-social-y-las-habilidades-sociales/>

- Carrión, I., Bravo, S., Izquierdo, S. y Marrero, E. (2020). Conocimientos sobre sexualidad y conductas sexuales de jóvenes universitarios, *Cañar 2020. RECIMUNDO*, 4, 115-128. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).noviembre.2020.115-128](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).noviembre.2020.115-128)
- Cepal (2000). *Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo*. Serie Población y Desarrollo No. 9. Santiago: Cepal.
- Céspedes, C. y Robles, C. (2016). *Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe. Deudas de igualdad*. CEPAL. Asuntos de género # 133: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40180/1/S1600427_es.pdf
- Chacón-López, H., Caurcel-Cara, M. y Romero-Barriga, J. (2019). Sexting en universitarios: relación con edad, sexo y autoestima. *Revista Suma Psicológica*, 26(1), 9-18. <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2019.v26.n1.1>
- Chrisler, J. y McCreary, D. (2010). *Handbook of gender research in psychology*. Springer.
- CNII (2014). *La niñez y la adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de derechos*. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Observatorio Social 2014: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=53951>
- CNII/UNFPA (2021). *Uniones tempranas forzadas, embarazos en adolescentes, violencia sexual y suicidio: vínculos y correlaciones en la frontera norte de Ecuador*. https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/uniones_tempranas_-_cnii_unfpa.pdf
- Contreras, K. y Hernández, E. (2019). Redes de apoyo familiares y feminización del cuidado de jóvenes estudiantes universitarios. *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 30(1), 54-67. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.766>
- Cortaza, L., Salas, B., Zúñiga, B. y De San Jorge, X. (2022). Expectativas hacia el consumo de alcohol en estudiantes de primaria. *Index de Enfermería*, 31(1), e13367. <http://ciberindex.com/c/ie/e13367>
- Da Silva, B., Spindola, T., Araujo, M., de Almeida, R., Santos, R. y Sampaio, R. (2018). El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual

y reproductiva. *Enfermería Global*, 49, 237-247.
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.261411>

Dávila de León, M., Zlobina, A. y Álvarez, G. (2020). La influencia diferencial de las redes sociales en la participación social de mujeres y varones. *REDES Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 31(1), 1-18.
<https://doi.org/10.5565/rev/redes.835>

De la Herrán Gascón, A., Ruiz Cedeño, A. I. y Lara Lara, F. (2018). Claves del cambio educativo en Ecuador. *Foro de Educación*, 16(24), 141-166.
<http://dx.doi.org/10.14516/fde.516>

Díaz, A., Sanhueza, P. y Yaksic, N. (2002). Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con embarazadas adultas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 67(2), 481-486.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000600009>

Duffy, D. (2016). Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. *Salud y Sociedad*, 5(1), 40-52.
<https://doi.org/10.22199/S07187475.2014.0001.00002>

Eagly, A. H. (1984). *Sex differences in social behavior: a social interpretation*. LEA.

El Cairo CE. (1994). *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo: In.

El Universo (25 de septiembre de 2020). *Cada día dan a luz 7 niñas de 10 a 14 años en Ecuador*. Diario El Universo:
<https://www.eluniverso.com/guayaquil/2020/09/24/nota/7989538/embarazo-adolescente-es-visto-como-detonante-violencia-contra/>

Espada Sánchez, J. P., Quiles Sebastián, M. J. y Méndez Carrillo, F. J. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85). <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1076>

Estrada, F., Campero, L., Suárez-López, L., De la Vara-Salazar, E. y González-Chávez, G. (2017). Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud Pública de México*, 59(5), 556-565.

- Ethier, K., Harper, C., Hoo, E. y Dittus, P. (2016). The Longitudinal Impact of Perceptions of Parental Monitoring on Adolescent Initiation of Sexual Activity. *Journal of Adolescent Health, 59*(5), 570-576. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.011>
- Ewart, C. (1991). Teoría de la acción social para una psicología de la Salud Pública. *American Psychologist, 46*, 931-946. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.9.931>
- 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. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70771>
- Forrest, R. y Kearns, A. (2001). Social cohesion, social capital and the neighbourhood. *Urban Studies, 32*(12), 2125-2143.
- Gámez-Guádix, M., Romás, F., Mateos, E. y de Santisteban, P. (2021). Creencias erróneas sobre el abuso sexual online de menores ("child Grooming") y evaluación de un programa de prevención. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 29*(2), 283-296. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/creencias-erroneas-sobre-el-abuso-sexual-online-de-menores-child-grooming-y-evaluacion-de-un-programa-de-prevencion/>
- Garces-Vargas, V. (2021). *Cuento: Aunque pegue o aunque mate, marido es*. Quito: Los Cronistas.
- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Additions/Salud y Drogas, 12*(2), 133-151. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965001>
- García-Andrade, C., Wall, T. y Ehlers, L. (1996). Alcohol Expentancies in a Native American Population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 20*, 1438-1442. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1996.tb01146.x>
- García-Mendoza, M., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2017). Relaciones familiares y ajuste psicológico en adultos emergentes universitarios españoles. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 25*(2), 405-417.

<https://www.behavioralpsycho.com/producto/relaciones-familiares-y-ajuste-psicologico-en-adultos-emergentes-universitarios-espanoles/>

García-Valdecasas, J. (2011). Una definición estructural de capital social. *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 20(1), 132-160. Obtenido de Una definición estructural de capital social

Garza, R., Castro, L. y Calderón, S. (2019). Estructura familiar, ideación suicida y desesperación en el adolescente. *Psicología desde el Caribe*, 36(2), 228-247. <https://doi.org/10.14482/psdc.36.2.616.8>

Golpe, S., Barreiro, C., Isorna, M., Varela, J. y Rial, A. (2017). La práctica del botellón en adolescentes gallegos: prevalencia, implicaciones y variables asociadas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25(3), 529-545. https://www.researchgate.net/publication/321723464_La_practica_del_botellon_en_adolescentes_gallegos_Prevalencia_implicaciones_y_variables_asociadas

Gómez-Zapíaín, J., Ortiz Barón, M. J. y Eceiza Camarero, A. (2016). Disposición al riesgo en la actividad sexual de adolescentes: El rol de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres e iguales y de las dificultades de regulación emocional. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 32(3), 899-906.

Gracia, E. (1997). El apoyo social en la intervención social y comunitaria. En E. Gracia, *El apoyo social en la intervención comunitaria* (págs. 19-51). Paidós.

Gutiérrez, M., Tomás, J. y Pastor, A. (2021). Apoyo social de familia, profesorado y amigos, ajuste escolar y bienestar subjetivo en adolescentes peruanos. *Revista Suma Psicológica*, 28(1), 17-24. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2021.v28.n1.3>

Gutiérrez-Suárez, C., Velasco-Moreno, W. y Cordero-Galindo, K. (2021). Impacto de los estilos de vida sobre la salud sexual de estudiantes universitarios. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(1), 105-115. doi:10.22463/17949831.2440

Hernández, E. (2014). *Capital social y bienestar social*. Eikasía.

Hernández, M., Garrido, F. y López, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42(2), 143-154. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10642211>

- Hitlin, S. y Elder, G. (2007). Time, the self, and the curiously abstract concept of agency. *Sociological Theory*, 25(2), 170-191. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9558.2007.00303.x>
- Hochbaum, G. (1958). *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. US Government Printing Office: PHS publicación No. 572.
- Hurtado, M. T. y Olvera, J. (2013). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(1), 241-251.
- INEC (2010). *Población y demografía*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- INEC (2016). *Ecuador en cifras*. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- INEC (2019). *Población y Demografía*. INEC Ecuador en cifras. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- INEC (2010). Ecuador en Cifras. *Embarazos adolescentes*. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos_adolescentes1.pdf
- Janz, N. y Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Javier-Juárez, S., Hidalgo, R., Díaz-Reséndiz, F. y Vizcarra-Larrañaga, M. (2021). Abuso cibernético en el noviazgo y relación intrafamiliar en adolescentes estudiantes mexicanos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 29(1), 127-143. <https://doi.org/10.51668/bp.8321107s>
- Jeannotte, M. (2003). *Social Cohesion: Insights from Canadian Research*. Strategic Research and Analysis Directorate, Department of Canadian Heritage.
- Lazo, E., Hernández, E. y Guerra, M. (2015). The dispersion of dependency grids: a method for estimating the social support. *Quaderns de Psicologia*, 17(1), 83. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1293>
- Li, C., Cheng, Z., Wu, T., Liang, X., Gaoshan, J., Li, L. y Tang, K. (2017). The relationships of school-based sexuality education, sexual knowledge and sexual behaviors—a study of 18,000 Chinese college students. *Reproductive Health*, 14(103), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0368-4>

- Londoño, C. y Valencia, S. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de Psicología*, 26(1), 27-33.
- Lozares, C., López, P., Verd, J., Martí, J. y Molina, J. (2011). Cohesión, vinculación e integración sociales en el marco del capital social. *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 20, 1-28. <https://raco.cat/index.php/Redes/article/view/249746>
- Macías, K., Vinces, M., Mendoza, I., Briones, N. y Mera, F. (2020). Intervención educativa para la prevención del alcoholismo en adolescentes en colegio ecuatoriano. *Revista de Ciencias Médicas*, 24(1), 86-95. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000100086
- Magallanes-Lozano, H., Gómez-Díaz, M., Barbosa-Carrillo, L., Hernández-Llamas, P., Lozano-Chávez, E. y Quiroga-Garza, A. (2021). Influencia de factores socioculturales en la percepción de conductas sexuales de riesgo en adolescentes mexicanos. *Revista Psicodebate*, 21(2), 7-19. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v21i2.3654>
- Maiman, L. y Becker. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353. <https://doi.org/10.1177/109019817400200404>
- Manzano Pauta, D. E. y Jerves Hermida, E. M. (2015). Educación sexual: la asignatura pendiente. *Maskana*, 6(1), 27-38. <https://doi.org/10.18537/mskn.06.01.03>
- Manzano-Pauta, D. E., y Jerves-Hermida, E. M. (2018). Educación sexual: percepciones de docentes de la ciudad de Cuenca 2013-2014. *Revista Electrónica Educare*, 22(1), 82-96. <https://dx.doi.org/10.15359/ree.22-1.5>
- Maya, I. (2021). Una guía práctica para realizar estudios de redes personales. *REDES Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 32(2), 219-222. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.867>
- Medina, S. y León, J. M. (2004). Modelos explicativos de la psicología de la salud. En S. M. J.M. León, *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Universitat Oberta de Catalunya.

- Méndez-Ruiz, M. D., Méndez-Ruiz, M. T., Alonso-Castillo, M., Uribe-Alvarado, J. y Armendariz-García, N. (2015). Relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 11(3), 161-167.
- Méndez-Ruiz, M., Ortíz-Moreno, G., Eligio-Tejada, I., Yáñez-Castillo, B. y Villegas-Pantoja, M. (2018). Percepción del riesgo y consumo de alcohol en adolescentes mexicanos de preparatoria. *Aquichan*, 18(4), 438-448. doi:10.5294/aqui.2018.18.4.6
- Mendoza, Y. y Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139-167. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171h.pdf>
- Meneses, K., Cisneros, M. V. y Braganza, M. E. (2019). Análisis socioeconómico del consumo excesivo de alcohol en Ecuador. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(2), 293-308. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7938>
- Micheline, Y., Rivarola, G. y Pilatti, A. (2021). Conductas sexuales de riesgo en una muestra de estudiantes universitarios argentinos: relación con consumo de sustancias, inicio sexual temprano e impulsividad rasgo. *Suma Psicológica*, 28(2), 120-127. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2021.v28.n2.7>
- Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (2014). *Desarrollo Social. Obtenido de Estrategia Nacional Intersectorial de Articulación para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enjap.pdf.
- Ministerio de Educación de Ecuador (2017). *Experiencias de aprendizaje sobre la cultura Afroecuatoriana*. Imprenta Visión.
- Mitchell, K. y Welling, K. (1998). First sexual intercourse: Anticipation and communication. Interview with people in England. *Journal of Adolescence*, 21, 717-726.
- Montes-Berges, B. (2007). *Técnicas grupales para la salud*. Del Lunar.
- Mora-Ríos, J., Natera, G., Villatoro, J. y Villalvazo, R. (2000). Validez factorial del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol (AEQ) en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 8(2), 319-328.

- Moure-Rodríguez, L., Doallo, S., Juan-Salvadores, P., Corral, M., Cadaveira, F. y Caamaño-Isorna, F. (2016). Consumo intensivo de alcohol y cannabis y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 438-443.
- MSP (2007). *Plan de Acción de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006-2008*, 4a Edición. <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/67.-Plan-de-Accion-Politica-de-Salud-y-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf>
- MSP (2013). *Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE)*. Dirección Nacional de Normatización-MSP, 2013: <http://salud.gob.ec>
- MSP (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021*. Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.
- MSP (2018). *Encuesta STEPS Ecuador 2018*. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>
- MSP (2018). *Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Sida e infecciones de transmisión sexual (ITS) 2018-2022*. Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/05/PENM-VIH-2018-2022_MSP.pdf
- MSP (2018). *Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes 2018-2025. Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes. Ecuador 2018-2025*. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_0247_2018%2023%20JUL.pdf
- MSP (2021). *Boletín Anual de VIH/sida Ecuador 2020*. Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control. <http://salud.gob.ec>
- MSP/UNFPA (2017). *UNFPA Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021*. <https://ecuador.unfpa.org/es/publications/plan-nacional-de-salud-sexual-y-salud-reproductiva-2017-2021>

- Nava-Navarro, V., Onofre-Rodríguez, D. y Báez-Hernández, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 162-169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.002>
- Ocaña, J., García, G. A., Hernández, S., Cruz, O. y Pérez, C. E. (2021). Correlatos psicosociales y familiares de la conducta sexual en adolescentes indígenas y urbanos de Chiapas (México). *Psicología desde el Caribe*, 38(1), 68-93. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.38.1.155.3>
- Olivares, J., Charro, B., Prieto, M. y Meneses, C. (2018). Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes. *Health y Addictions / Salud y Drogas*, 18(1), 107-118. doi:10.21134/haaj.v18i1.364
- OMS (6 de Julio de 2020). *VIH/Sida. Datos y cifras*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- OMS (2022). *Temas de Salud. Salud del adolescente*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- OPS (2017). *Salud en las Américas 2017*. OPS. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=es>
- OPS (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OPS/OMS (1 de Octubre de 2018). *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030*. OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-para-salud-mujer-nino-nina-adolescentes-2018-2030>
- OPS/OMS (26 de Septiembre de 2018). *Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes 2018-2030*. OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-para-salud-mujer-nino-nina-adolescentes-2018-2030>
- Orcasita, L. y Uribe, A. (2010). Apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82. <https://doi.org/10.21500/19002386.1151>

- Orcasita, L., Cuenca, J., Montenegro, J., Garrido, D. y Haderlein, A. (2018). Diálogos y saberes sobre sexualidad de padres con hijos e hijas adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psicología*, 27, 41-5. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp.v27n1.62148>.
- Ortiz, J. I., Freire, M. V., Palacios, E., Vega, B. J., Jiménez, D. A., Campoverde, M. A., y Alvarado, L. G. (2016). Percepciones sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas Kichwas y Shuaras, Ecuador, 2016. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 34(2), 21-31. <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/987>
- Ortiz-Melgar, M., Pérez-Saavedra, V., Valentín-Ballarta, J. J. y Zúñiga-Hurtado, A. L. (2015). Asociación entre consumo de alcohol y relaciones sexuales ocasionales en los adolescentes. *Revista Enfermería Herediana*, 8(2), 110-115. <https://doi.org/10.20453/renh.2015.2667>
- Pacheco Ruiz, F. (2002). Actitudes. *Eúphoros*, 5, 173-186. <file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-Actitudes-1181505.pdf>
- Páez, D., Landa, S., Pacheco, M. y Canelón, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 141-149.
- Pastor, G. (2000). Conducta interpersonal: ensayo de Psicología Social sistémica. Salamanca, España: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Petroni, S., Steinhaus, M., Stevanovic, N., Stoebenau, K. y Gregowski, A. (2017). New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa. *Annals of Global Health*, 83(5-6), 781-790. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2017.09.001>
- Pilco, G., Santos, D., Erazo, L. y Ponce, C. (2021). Análisis del nivel de consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista PUCE*, 112, 65-82. <https://www.revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/356/340>
- Pinheiro, C. y de Assuncao, S. (2020). Estilos parentais e comportamento desviante: papel mediador. *Revista Suma Psicológica*, 27(2), 98-106. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2020.v27.n2.4>
- Poder Legislativo (2006). *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia* (Ley No. 2.006-006/2006. Registro Oficial No. 523).

<https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/263/ley-2006-0062006-ley-maternidad-gratuita-atencion-infancia-registro-oficial-523>

- Pons, J. y Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-94. <https://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a7>
- Prieto-Ursúa, M., Charro, B., Caperos, J., Meneses, C. y Uroz, J. (2020). Alcohol consumption in adolescents: The predictive role of drinking motives. *Psicothema*, 32, 189-196. <https://doi.org/10.7334/PSICOTHEMA2019.263>
- Psaki, S. R., Melnikas, A. J., Haque, E., Saul, G., Misunas, C., Patel, S. K. y Amin, S. (2021). What Are the Drivers of Child Marriage? A Conceptual Framework to Guide Policies and Programs 513-522. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.09.001>
- Quesada, S., Fernández-González, L. y Calvete, E. (2018). El sexteo (sexting) en la adolescencia: frecuencia y asociación con la victimización de ciberacoso y violencia en el noviazgo. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 26(2), 225-242. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/el-sexteo-sexting-en-la-adolescencia-prevalencia-y-asociacion-con-la-victimizacion-de-ciberacoso-y-violencia-en-el-noviazgo-2/>
- Reina Granados, M. y Sierra, J. C. (2016). Excitación sexual: una revisión sobre su relación con las conductas sexuales de riesgo. *Terapia Psicológica*, 34(1), 59-70. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000100007>
- Reyes Rodríguez, L. (2007). La Teoría de Acción Razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Revista Investigación Educativa*, 7, 66-77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358919>
- Robles, J. L., Aranda, M. y Montes-Berges, B. (2022). Diseño y validación de la escala de percepción del riesgo para conducta sexual en jóvenes ecuatorianos. *Suma Psicológica*, 29(1). <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2022.v29.n1.5>
- Robles, J. y Espinel, J. (2017). Riesgo sexual y nivel de popularidad en estudiantes universitarios del Ecuador. *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*, 51, 152-161. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.143>

- Robles, J., Espinel, J. y Guevara, F. (2017). Beliefs towards alcohol and its influence on the perception of risk: Research in university students from Region 5 in Ecuador. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237(21), 1005-1011. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187704281730143X>
- Rodríguez-Castro, Y., Alonso-Ruido, P., González-Fernández, A., Lameiras-Fernández, M. y Faílde-Garrido, J. (2020). Validación de la Escala de Comportamientos de Sexting en adolescentes: prevalencia y consecuencias asociadas. *Psicología Educativa*, 27(2), 177-185. <https://doi.org/10.5093/psed2021a9>
- Rodríguez-Cruz, M. (2019). Interculturalidad y educación intercultural bilingüe. Vacíos y desafíos en Ecuador. En M. R. Osuna Rodríguez, *VII Premio Intercultural "Luis Rodríguez" de investigación e innovación sobre interculturalidad* (pp. 7-31). Editorial UCO PRESS.
- Rogers, R. W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56(1), 179-182.
- Roy, S. C. y Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2a ed.). Appleton & Lenge.
- Royuela, P., Rodríguez, L., Marugán, J. M. y Carbajosa, V. (2015). Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 17(66), 127-136. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000300004>
- Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C., Salmerón-Sánchez, P. y Gil-Llario, M. (2016). La percepción social del sida: un estudio comparativo entre España y Argentina. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 181-188.
- Saeteros, R., Pérez, J. y Sanabria, G. (2015). Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos. *Humanidades Médicas*, 15(3), 421-439.
- Sánchez García, M. y Muñoz Silva, A. (2005). Influencia de padre y amigos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de prevención en la adolescencia. Un análisis en función del género. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 71-79. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537104>

- Sánchez-Xicotencatl, C., Andrade, P., Betancourt, D. y Vital, G. (2016). Escala de resistencia a la presión de los amigos para el consumo de alcohol. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 917-929. <http://www.elsevier.es> el 30-10-2016
- Saura, S., Jorquera, V., Rodríguez, D., Mascort, C., Castellá, I. y García, J. (2019). Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género. *Atención Primaria*, 51, 61-70. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.08.005>
- SENPLADES (2015). *Agenda Zonal, Zona 5 Litoral Centro*. Senplades.
- SENPLADES (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. <https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%20Toda%20Una%20Vida%202017%20-%202021.pdf>
- Sierra, J., Arcos, A. y Calvillo, C. (2020). Validity evidence and norms of the Spanish Version of the Hurlbert Index of Sexual Fantasy. *Psicothema*, 32, 429-436. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.14>
- Solórzano-Torres, F., Guerrero-Solórzano, J., Silva-Calle, X., Poveda-Icaza, X., Donoso-Peña, D., Guerrero-Solórzano, T. y Perafán-Javela, K. (2019). Impacto de la educación sexual sobre el inicio temprano de relaciones sexuales en Guayaquil. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 5(3), 112-118. <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/403>
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. y Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 335-341. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002
- Stevens, J. O. (2003). *El darse cuenta: sentir, imaginar y vivenciar. Ejercicios y vivencias en terapia gestáltica*. Cuatro Vientos.
- Suárez-Relinque, C., Del Moral, G., Martínez, B. y Musitu, G. (2017). Baja percepción del riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes españoles. *Cuadernos de Saúde Pública*, 33(7), e00129716. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129716>
- Supo, J. y Zacarías, H. (2020). *Metodología de la investigación científica para las ciencias de la salud y ciencias sociales* (3ra ed.). Bioestadístico Eedu Eirl.

UNESCO (20 de Octubre de 2005). *Convención sobre la protección y promoción de la diversidad de las expresiones culturales*.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142919_spa

UNFPA (1 de Marzo de 2022). *Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes - Mapa El Salvador 2020*. United Nations Population Fund El Salvador, 2021.
<https://elsalvador.unfpa.org/es/publications/llegar-cero-embarazos-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-%E2%80%93-mapa-el-salvador-2020>, accessed 1 March, 2022

UNFPA (2022). *Visibilizar lo invisible: La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales*. UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas. www.unfpa.org/swp2022

UNICEF/PROSOLI (2019). *El matrimonio infantil y las uniones tempranas. Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en seis municipios de la República Dominicana*.
<https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/2706/file/Publicaci%C3%B3n%20%7C%20El%20matrimonio%20infantil%20y%20las%20uniones%20tempranas:%20Estudio%20de%20conocimientos,%20actitudes%20y%20pr%C3%A1cticas%20en%20seis%20municipios%20de%20la%20Rep%C3%-%>

UNICEF/UNFPA/ONU (2018). *Informe Regional Interagencial, 2018*. ONU Mujeres.
<https://lac.unwomen.org/es/que-hacemos/fin-a-la-violencia-contra-las-mujeres/matrimonio-infantil-y-uniones-tempranas>

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

Uribe, J., Bahamón, J., Reyes, L., Trejos, A. M. y Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 203-211.

USAID From the American People (2015). *Child, early, and forced marriage resource guide*.
https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1865/USAID_CEFM_Resource-Guide.PDF

- Velo-Higueras, C., Cuéllar-Flores, I., Sainz-Costa, T., Navarro-Gómez, M., García-Navarro, C., Fernández-McPhee, C. y González-Tomé, M. (2019). Adultos jóvenes y VIH. Sensibilización y comportamiento de riesgo de un colectivo residente en España. *Microbiología Clínica*, 37(3), 176-182. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.05.015>
- Villora, B., Navarro, R. y Yubero, S. (2019). Abuso online en el noviazgo y su relación con el abuso del móvil, la aceptación de la violencia y los mitos sobre el amor. *Revista Suma Psicológica*, 26(1), 46-54. <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2019.v26.n1.6>
- Zabludowsky, G. (2014). Empresarias y ejecutivas en México: diagnósticos y desafíos. Mujeres y hombres en la dirección de empresas en México. En la construcción del futuro: los retos de las Ciencias Sociales en México. *Memorias del 4o Congreso Nacional de Ciencias Sociales* (pp. 88-108). Comecso.
- Zúñiga, A., Teva, I. y Bermúdez, M. P. (2017). Conocimiento y fuentes de información sobre las ITS/VIH, comunicación sobre sexo y actitud hacia el uso del preservativo en adolescentes y padres/madre salvadoreños. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 3(45), 97-107.

ANEXOS

- 1. Escala de percepción del riesgo para conducta sexual en jóvenes ecuatorianos (EPRCS)**
- 2. Cuestionario de expectativas hacia el alcohol (AEQ)**
- 3. Test sociométrico (ISi, ISg, ISr-s)**
- 4. Consentimiento informado**
- 5. Autorización de las universidades para el estudio**

Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en Jóvenes Ecuatorianos (EPRCS)

(Robles, et al., 2022)

Ítems	Factor 1. Percepción de riesgo sobre conductas sexuales					
Señala en qué grado consideras que las siguientes conductas sexuales suponen un riesgo para tu salud.						
1	Tener relaciones sexuales solamente por placer, con alguien poco conocido es una conducta de riesgo.	1	2	3	4	5
2	Tener la primera relación sexual estando bebido es un comportamiento de riesgo.	1	2	3	4	5
3	Tener relaciones sexuales con personas a las que se les debe de pagar es una conducta de riesgo.	1	2	3	4	5
4	Tener relaciones sexuales con la persona más popular o líder del grupo es una conducta de riesgo.	1	2	3	4	5
5	Tener relaciones sexuales con una persona que acabas de conocer es una conducta de riesgo.	1	2	3	4	5
6	Tener relaciones sexuales con personas con una diferencia de edad de más de 10 años es una conducta de riesgo.	1	2	3	4	5
7	No usar preservativo en las relaciones sexuales con personas conocidas es una conducta de riesgo.	1	2	3	4	5
8	Tener relaciones sexuales por presión del grupo (amigos/as) es una conducta de riesgo.	1	2	3	4	5
9	Tener relaciones sexuales cuando estás consumiendo alcohol es una conducta de riesgo.	1	2	3	4	5
10	Tener relaciones sexuales con varios contactos no constituye riesgo sexual.	1	2	3	4	5
11	Combinar el consumo de alcohol y las relaciones sexuales incrementa el nivel de excitación y, por lo tanto, es un factor de riesgo.	1	2	3	4	5
Factor 2. Percepción sobre el uso del preservativo						
Señala en qué grado consideras que las siguientes conductas relacionadas con el uso del preservativo suponen una protección para tu salud.						
12	Utilizar el preservativo en todas las relaciones sexuales es una conducta de protección.	1	2	3	4	5
13	Usar correctamente el preservativo protege más del 90% de contraer una ITS.	1	2	3	4	5
14	Usar preservativo cuando se combina un acto sexual con el consumo de alcohol es una conducta de protección.	1	2	3	4	5
15	La mujer es la única responsable de solicitar el uso del preservativo en una relación sexual.	1	2	3	4	5
16	El hombre es el único responsable de solicitar el uso del preservativo en una relación sexual.	1	2	3	4	5
17	El uso correcto del preservativo protege menos del 90% de contraer una ITS.	1	2	3	4	5
18	El uso correcto y permanente de preservativo en las relaciones sexuales evitará un embarazo no planeado.	1	2	3	4	5
19	El uso de preservativo en las relaciones sexuales debe ser decisión de la pareja.	1	2	3	4	5

Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en Jóvenes Ecuatorianos (EPRCS)
(Robles, et al., 2022)

Factor 3. Conocimiento de los antecedentes sexuales de la pareja						
Señala en qué grado consideras que las siguientes conductas relacionadas con la comunicación con tu pareja respecto a hábitos sexuales anteriores suponen una protección para tu salud.						
20	Conversar con tu pareja si alguna vez ha tenido relaciones sexuales en grupo es un factor de protección.	1	2	3	4	5
21	Preguntar a tu pareja si ha tenido infecciones de transmisión sexual es un factor de protección.	1	2	3	4	5
22	Preguntar a tu pareja si ha usado preservativo en todas sus relaciones sexuales es un factor de protección.	1	2	3	4	5
23	Preguntar a tu pareja si ha tenido contacto sexual con personas del mismo sexo es un factor de protección.	1	2	3	4	5
Factor 4. Fuentes de información sobre sexualidad						
Señala en qué grado consideras que las siguientes conductas de búsqueda de información sobre sexualidad suponen un riesgo para tu salud.						
24	Conversar solo los padres (papá/mamá) sobre temas de sexualidad pone en riesgo mi salud.	1	2	3	4	5
25	Conversar solo con los/las profesores/as sobre temas de sexualidad pone en riesgo mi salud.	1	2	3	4	5
26	Conversar solo con los/las amigos/as sobre temas de sexualidad pone en riesgo mi salud.	1	2	3	4	5
27	Utilizar el internet como única fuente de información sobre temas de sexualidad pone en riesgo mi salud.	1	2	3	4	5

Nota: Los ítems 10, 15, 16, 17 y 25 son inversos.

EL FACTOR 1. Percepción del riesgo para conductas sexuales. En este primer factor, atendiendo a la media ponderada, a mayor puntuación mayor percepción de las conductas sexuales evaluadas como un riesgo para la salud de la persona.

EL FACTOR 2. Percepción sobre el uso del preservativo. Mide la percepción sobre las conductas protectoras. En este sentido, a mayor puntuación, mayor percepción de la conducta como protectora de la salud.

EL FACTOR 3. Conocimiento de los antecedentes sexuales de la pareja. Para interpretar este factor, a mayor puntuación, mayor percepción de las conductas orientadas a conocer los antecedentes sexuales de la pareja como protectoras de la salud.

EL FACTOR 4. Fuentes de información sobre sexualidad. Señala en qué grado se considera que la búsqueda de información sobre sexualidad dependiendo de la fuente, supone un riesgo para la salud. A mayor puntuación, mayor percepción de las conductas evaluadas como un riesgo para la salud.

Cuestionario de Expectativas hacia el alcohol (AEQ)

(Mora-Ríos et al., 2000)

1 = Nada de acuerdo, 2 = Algo de acuerdo, 3 = Medio de acuerdo, 4 = Muy de acuerdo, 5 = Total de acuerdo

A. Interacción grupal

1.	El alcohol me permite divertirme más en las fiestas.	1	2	3	4	5
2.	El beber hace que las reuniones sean más divertidas.	1	2	3	4	5
3.	El tomar hace que las personas se relajen más en situaciones sociales.	1	2	3	4	5
4.	El tomar bebidas alcohólicas me ayuda a relajarme en situaciones sociales.	1	2	3	4	5
5.	Usualmente estoy de mayor ánimo después de unas cuantas copas.	1	2	3	4	5
6.	Es más fácil recordar historias chistosas o bromas si he estado bebiendo.	1	2	3	4	5
7.	Hay más compañerismo en un grupo de gente que ha estado bebiendo.	1	2	3	4	5
8.	El alcohol hace que se olviden más fácilmente los malos sentimientos.	1	2	3	4	5
9.	Las mujeres son más amigables cuando han tomado unas cuantas copas.	1	2	3	4	5
B. Expresividad verbal						
1.	Unas cuantas copas me hacen menos tímido/a.	1	2	3	4	5
2.	Unas cuantas copas me hacen más sociable.	1	2	3	4	5
3.	Unas cuantas copas hacen más fácil el hablar con la gente.	1	2	3	4	5
4.	Es más fácil expresar mis sentimientos si tomo unas cuantas copas.	1	2	3	4	5
5.	Es más fácil platicar con personas del sexo opuesto después de beber.	1	2	3	4	5
C. Desinhibición						
1.	El alcohol me hace más platicador.	1	2	3	4	5
2.	Las cosas parecen ser más chistosas cuando he estado bebiendo.	1	2	3	4	5
3.	Una o dos copas hacen que mi lado bromista sobresalga.	1	2	3	4	5

4.	El alcohol hace más fácil el actuar impulsivamente.	1	2	3	4	5
5.	El beber me hace más franco y terco.	1	2	3	4	5

D. Incremento de la sexualidad (mejores relaciones sexuales)

1.	Soy mejor amante después de unas copias.	1	2	3	4	5
2.	Me gusta tener más relaciones sexuales si he bebido algo de alcohol.	1	2	3	4	5
3.	Me siento más masculino/femenino después de unas cuantas copas.	1	2	3	4	5
4.	Después de beber unas copas me siento excitado sexualmente.	1	2	3	4	5
5.	Me siento una persona más generosa y cariñosa después de haber bebido.	1	2	3	4	5
6.	Es más fácil sentirme cómodo o romántico.	1	2	3	4	5
7.	El alcohol hace a las mujeres más sensuales.	1	2	3	4	5
8.	Las mujeres pueden tener orgasmos más fácilmente si han estado bebiendo	1	2	3	4	5
8.	Los hombres pueden tener orgasmos más fácilmente si han consumido alcohol.	1	2	3	4	5
E. Reducción de la tensión psicológica						
1.	Si estoy tenso o ansioso, unas cuantas copas me hacen sentir mejor.	1	2	3	4	5
2.	Una o dos copas me relajan, para no sentirme presionado por el tiempo.	1	2	3	4	5
3.	Me siento más despreocupado cuando bebo.	1	2	3	4	5
4.	El alcohol me hace preocuparme menos.	1	2	3	4	5
5.	El beber sólo o con otra persona me hace sentir calmado o sereno.	1	2	3	4	5
6.	La bebida me hace sentir bien.	1	2	3	4	5
F. Reducción de la tensión física						
1.	Después de unas copas, los dolores musculares no me molestan tanto.	1	2	3	4	5
2.	El alcohol disminuye la tensión muscular.	1	2	3	4	5
3.	El alcohol puede servir de anestesia, puede matar el dolor.	1	2	3	4	5

4.	El alcohol me ayuda a dormir mejor.	1	2	3	4	5
G. Agresividad y sentimientos de poder						
1.	Si siento miedo el alcohol disminuye mis temores.	1	2	3	4	5
2.	Puedo alegar o discutir con más fuerza después de una o dos copas.	1	2	3	4	5
3.	Después de unas cuantas copas me siento valiente y capaz de pelear.	1	2	3	4	5
4.	Después de unas cuantas copas me siento más autosuficiente.	1	2	3	4	5
5.	Soy menos sumiso hacia aquellas personas que tienen posiciones de autoridad.	1	2	3	4	5
6.	Tener una bebida en la mano me hace sentir más seguro en una situación.	1	2	3	4	5
7.	Después de unas cuantas copas, no me preocupa tanto lo que otros piensen de mí.	1	2	3	4	5
8.	Mis sentimientos de aislamiento y separación disminuyen cuando bebo.	1	2	3	4	5
9.	Tiendo a ser más crítico con mi persona cuando tomo algo de alcohol.	1	2	3	4	5
10.	Beber me puede hacer sentir más satisfecho conmigo mismo.	1	2	3	4	5
H. Cambios psicofisiológicos						
1.	1. El beber me hace sentir acalorado y sonrojado.	1	2	3	4	5
2.	2. El beber me hace sentir acalorado.	1	2	3	4	5
3.	3. Si tengo frío, el tomar unas cuantas copas me proporcionan calor.	1	2	3	4	5

Cuestionario sobre Índices Sociométricos

(Barrasa y Gil, 2004)

1. ¿A quién elegirías como compañero/a(s) de tu equipo de trabajo?
2. ¿A quién no elegirías como compañero/a(s) de tu equipo de trabajo?
3. ¿Quién o quiénes, crees que te elegirían como compañero/a(s) de su equipo de trabajo?
4. ¿Quién o quiénes, crees que no te elegirían como compañero/a(s) de su equipo de trabajo?

Las puntuaciones van de 0 (mínimo) a 1 (máximo) y son los siguientes:

Los valores sociométricos individuales ($n= 16$) se obtienen en función de las elecciones, rechazos, percepción de elecciones, percepción de rechazos, reciprocidad de elecciones y rechazos, reputación de expansividad de elecciones y rechazos, oposición de sentimientos, indiferencia del grupo y hacia el grupo.

Valores sociométricos individuales (VSi)

Valor sociométrico individual	Significado	Fórmula
Estatus de elecciones	Número de elecciones recibidas por el sujeto i	$Se_i = \sum e_r$
Estatus de rechazos	Número de rechazos recibidos por el sujeto i	$Sr_i = \sum r_r$
Expansividad de elecciones	Número de elecciones emitidas por el sujeto i	$Ee_i = \sum e_e$
Expansividad de rechazos	Número de rechazos emitidos por el sujeto i	$Er_i = \sum r_e$
Percepción de elecciones	Número de sujetos por los que se cree elegido el sujeto i	$Pe_i = \sum pe_e$
Percepción de rechazos	Número de sujetos por los que se cree rechazado el sujeto i	$Pr_i = \sum pr_e$
Percepción acertada de elecciones	Número de sujetos por los que se cree elegido el sujeto i	$PAe_i = \sum (pe_e \cap e_r)$
Percepción acertada de rechazos	Número de sujetos por los que se cree rechazado el sujeto i y que realmente le rechazan	$PAi = \sum (pr_e \cap r_r)$
Reciprocidad de elecciones	Número de elecciones del sujeto i a otros sujetos que se ven correspondidas por elecciones recíprocas de éstos	$Re_i = \sum (e_e \cap e_r)$
Reciprocidad de rechazos	Número de rechazos del sujeto i a otros sujetos que se ven correspondidos por rechazos	$Rr_i = \sum (r_e \cap r_r)$

	recíprocos de éstos	
Reputación de expansividad de elecciones	Número de sujetos que esperan verse elegidos por el sujeto <i>i</i>	$REe_i = \sum pe_r$
Reputación de expansividad de rechazos	Número de sujetos que esperan verse rechazados por el sujeto <i>i</i>	$REr_i = \sum pr_r$
Oposición de sentimientos	Número de contradicciones elección-rechazo y rechazo-elección. Número de elecciones del sujeto <i>i</i> a otro sujeto que se ven correspondidas por un rechazo recíproco de este último, y viceversa, número de rechazos del sujeto <i>i</i> a otro sujeto que se ven correspondidas por una elección recíproca de éste.	$Os_i = \sum[(ee \cap r_r) + (re \cap e_r)]$
Falsa percepción	Número de contrastes entre lo esperado y lo real. Número de percepciones de elección del sujeto <i>i</i> respecto a otros sujetos que no se ven correspondidas por éstos (bien por no elegirle o por emitir rechazo hacia el sujeto <i>i</i>), y viceversa, número de percepciones de rechazo del sujeto <i>i</i> respecto a otros sujetos que no se ven correspondidas por este último bien al no rechazarle o por emitir elección hacia el sujeto <i>i</i>)	$Fp_i = \sum[(pe_e \cap r_r) \cup (pe \cap v_r)] + [(pr_e \cap e_r) \cup (pr_e \cap v_r)]$
Indiferencia del grupo	Número potencial de elecciones o rechazos no recibidos por el sujeto <i>i</i>	$IdG_i = \sum v_r$
Indiferencia hacia el grupo	Número potencial de elecciones o rechazos no emitidos por el sujeto <i>i</i>	$IdG_i = \sum v_e$

Los índices sociométricos individuales ($n= 13$) se obtienen en función de las elecciones, rechazos, percepción de elecciones y percepción de rechazos.

Índices sociométricos individuales (ISI)

Índices sociométricos individuales	Significado	Fórmula
Popularidad (<i>IP</i>)	Grado en que el sujeto <i>i</i> es elegido por el resto del grupo	$IP = \sum_{j \neq i} S_{ej}^i$
Impopularidad (<i>II</i>)	Grado en que el sujeto <i>i</i> es rechazado por el resto del grupo	$II = \sum_{j \neq i} S_{ri}^j$
Índice de Expansividad de elecciones (<i>IEe</i>)	Grado en que el sujeto <i>i</i> emite elecciones al resto del grupo	$IEe = \sum_{j \neq i} S_{ri}^j$
Índice de Expansividad de rechazos (<i>IEr</i>)	Grado en que el sujeto <i>i</i> emite rechazos al resto del grupo	$IEr = \sum_{j \neq i} E_{ri}^j$
Conexión afectiva positiva (<i>ICap</i>)	Relación entre la reciprocidad de elecciones y las elecciones recibidas por el sujeto <i>i</i>	$ICap = \frac{R_{ei}}{E_{ei}}$
Conexión afectiva negativa (<i>ICan</i>)	Relación entre la reciprocidad de rechazos y los rechazos recibidos por el sujeto <i>i</i>	$ICan = \frac{R_{ri}}{S_{ri}}$
Ajuste perceptivo de elecciones (<i>IApe</i>)	Grado de ajuste correcto entre las percepciones de elecciones del sujeto <i>i</i> y las elecciones reales	$IApe = \frac{P_{Aei}}{S_{ei}}$
Ajuste perceptivo de rechazos (<i>IApr</i>)	Grado de ajuste correcto entre las percepciones de rechazos del sujeto <i>i</i> y los rechazos reales	$IApr = \frac{P_{Ari}}{S_{ri}}$
Ajuste perceptivo total (<i>IAp</i>)	Grado de ajuste correcto de las percepciones del sujeto <i>i</i> con la realidad	$IAp = \frac{P_{Aej} + P_{Ari}}{S_{ei} + S_{ri}}$
Estatus sociométrico (<i>Iss</i>)	Grado de percepción subjetivo que recibe el del sujeto <i>i</i> dentro del grupo	$Iss_j = \frac{(R_{Eej} + P_{ej}) - (R_{Eri} + P_{ri})}{2(n-1)}$
Realismo perceptivo de elecciones (<i>IRpe</i>)	Grado de ajuste correcto entre la percepción de elecciones del sujeto <i>i</i> y las percepciones de elecciones subjetivas	$IRpe = \frac{P_{Aei}}{P_{ei}}$
Realismo perceptivo de rechazos (<i>IRpr</i>)	Grado de ajuste correcto entre la percepción de rechazo del sujeto <i>i</i> y las percepciones de rechazo subjetivas	$IRpr = \frac{P_{Ari}}{P_{ri}}$
Realismo perceptivo total (<i>IRp</i>)	Grado de ajuste correcto entre las percepciones del sujeto <i>i</i> y las percepciones subjetivas	$IRp = \frac{P_{Ae} + P_{Ar}}{P_e + P_r}$

Los cuatro índices sociométricos grupales y los dos índices de relación sujeto-grupo, utilizados en varios ámbitos sociales que miden distintas dimensiones del grupo son:

Índices sociométricos grupales (ISg)

Índices sociométricos grupales	Significado	Fórmula
Índices de Cohesión (<i>IAg</i>)	Grado de unión existente entre los miembros del grupo	$IAg = \frac{\sum Re_i}{N(n-1)}$
Disociación, (<i>IDg</i>)	Grado de desunión existente entre los miembros del grupo	$IDg = \frac{\sum RLi}{N(n-1)}$
Coherencia (<i>IC</i>)	Relación entre la reciprocidad de elementos y las elecciones recibidas por los miembros del grupo	$ICg = \frac{\sum Re_i}{\sum Se_i}$
Intensidad grupal (<i>Ilg</i>)	Grado de emisión de elecciones y rechazos por los miembros del grupo	$Ilg = \frac{\sum Se_i + \sum Sr_i}{n-1}$

Índices sociométricos relación sujeto-grupo (ISr-g)

Índices sociométricos de relación sujeto - grupo	Significado	Fórmula
Índice de Liderazgo (<i>IL</i>)	Grado de facilidad del sujeto <i>i</i> para llegar al resto del grupo	$IL_i = \frac{P_i}{\sum P_n}$
Índice de poder (<i>IP</i>)	Grado en que el sujeto <i>i</i> está presente en las distintas relaciones de los miembros del grupo	$IP_i = \frac{PP_i}{\sum PP_n}$

Nota: En el presente estudio se utilizaron los índices sociométricos individuales, índices sociométricos grupales y los índices de relación sujeto-grupo.

Proyecto de estudio doctoral:
**“Estructura social y su relación con los factores y conductas sexuales
de riesgo en jóvenes ecuatorianos”**

Consentimiento informado

El objetivo principal del presente estudio es analizar la relación existente entre las conductas sexuales de jóvenes ecuatorianos de 16 a 25 años y determinados factores de riesgo, así como el efecto de la estructura social individual y grupal en la que se desenvuelven. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los cuestionarios aplicados, serán codificadas usando una clave que usted elija, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcrita y analizada la información, se guardarán por el tiempo que el marco legal lo disponga.

Conocedor de la finalidad del proyecto, acepto participar y contribuir en la presente investigación, y responderé voluntariamente a las preguntas de los cuestionarios. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio, sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Junes Robles, al móvil 0999154752 o a través del correo jrobles1@unemi.edu.ec

Nombre y apellidos del participante

Firma.

Nº de Cedula: _____

Fecha: _____



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



Oficio Nro. UNEMI-FCS-2015-0025-OF

Milagro, 07 de septiembre de 2015

Asunto: APOYO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA EN ESTUDIO DE DOCTORADO (PhD)

Señora Magíster
 Martha Rina Bucaram Leverone
Rectora
UNIVERSIDAD AGRARIA DEL ECUADOR
 En su Despacho

De mi consideración:

Mi nombre es Junes Robles Amaya, Docente de la Universidad Estatal de Milagro, a través del presente me permito informar a usted, que desde el año 2015 me encuentro realizando un estudio de doctorado en Educación en la Universidad de Zaragoza, España, con el tema "**Las redes sociales individuales y grupales y su relación con las conductas sexuales de riesgo**", en este marco, solicito a usted el apoyo relacionado a la autorización respectiva a fin de poder realizar la aplicación de los cuestionarios seleccionados a una muestra de 400 estudiantes universitarios.

Se han establecido acciones previas y de ejecución:

1. **Actividades Previas** (vía internet): A través de una coordinador de parte de la universidad, el acceso a los listados por cada curso de los estudiantes: jroblesa1@unemi.edu.ec o al junesrobles@gmail.com
2. **Actividades de ejecución:** De ser posible durante el presente mes de septiembre / 2015, los días y la hora que la universidad indique, en la que se realizará la presentación de objetivos de la investigación. El tiempo máximo de duración de la auto aplicación de los instrumentos es de 1 hora por cada curso y se realizará previo el consentimiento de los estudiantes.

Los resultados de la intervención serán socializados en la universidad de acuerdo al cronograma previsto en el proyecto.

En caso de ser aprobada mi propuesta, ruego hacerme llegar por este medio el nombre del Docente o funcionario con quien podría coordinar las actividades, indicándome números telefónicos y correo electrónico.

Agradecida por su oportuno apoyo me despido de usted,
 Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

RECIBIDO
 Ha. Controlado
 10-09-2015

Autorizado

Dirección: Cda. Universitaria Km. 1 1/2 vía Km. 26
 Conmutador: (04) 2715081 - 2715079
 Telefax: (04) 2715187 • E-mail: rectorado@unemi.edu.ec
 www.unemi.edu.ec
 Milagro • Guayas • Ecuador



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



Oficio Nro. UNEMI-FCS-2015-0025-OF

Milagro, 07 de septiembre de 2015

Mgs. Junes Lady Robles Amaya
DOCENTE

Anexos:

- PRESENTACION A UNIVERIDADES N PROYECTO-PHd.pdf

Copia:

Señor Ingeniero
Paúl Miguel Burgos Galarza
Profesional de Cómputo
UNIVERSIDAD AGRARIA DEL ECUADOR



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



Oficio Nro. UNEMI-FCS-2015-0024-OF

Milagro, 07 de septiembre de 2015

Asunto: APOYO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA EN ESTUDIO DE DOCTORADO (PhD)

Señor Abogado
 Ulices Eduardo Barragan Vinuesa
Rector
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
 En su Despacho

De mi consideración:

Mi nombre es Junes Robles Amaya, Docente de la Universidad Estatal de Milagro, a través del presente me permito informar a usted, que desde el año 2015 me encuentro realizando un estudio de doctorado en Educación en la Universidad de Zaragoza, España, con el tema "**Las redes sociales individuales y grupales y su relación con las conductas sexuales de riesgo**", en este marco, solicito a usted el apoyo relacionado a la autorización respectiva a fin de poder realizar la aplicación de los cuestionarios seleccionados a una muestra de 400 estudiantes universitarios.

Se han establecido acciones previas y de ejecución:

1. **Actividades Previas** (vía internet): A través de una coordinador de parte de la universidad, el acceso a los listados por cada curso de los estudiantes: jroblesa1@unemi.edu.ec o al junesrobles@gmail.com
2. **Actividades de ejecución:** De ser posible durante el mes de noviembre / 2015, los días y hora que la universidad indique, en la que se realizará la presentación de objetivos de la investigación. El tiempo máximo de duración de la auto aplicación de los instrumentos es de 1 hora por cada curso y se realizará previo el consentimiento de los estudiantes.

Los resultados de la intervención serán socializados en la universidad de acuerdo al cronograma previsto en el proyecto.

En caso de ser aprobada mi propuesta, ruego hacerme llegar por este medio el nombre del Docente o funcionario con quien podría coordinar las actividades, indicándome números telefónicos y correo electrónico.

Agradecida por su oportuno apoyo me despido de usted,
 Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

*Revisto:
15-09-2015
Sr. AUTORIZA*

Dirección: Cda. Universitaria Km. 1 1/2 v/a Km. 26
Conmutador: (04) 2715081 - 2715079
Telefax: (04) 2715187 • **E-mail:** rectorado@unemi.edu.ec
www.unemi.edu.ec
Milagro • Guayas • Ecuador



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



Oficio Nro. UNEMI-FCS-2015-0024-OF

Milagro, 07 de septiembre de 2015

Mgs. Junes Lady Robles Amaya
DOCENTE

Anexos:

- Presentación a universidades proyecto-PHD.pdf

Copia:

Señora Doctora

Araceli Beatriz Lucio Quintana

Vicerrectora Académica y de Investigación Universidad Estatal de Bolívar
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



Memorando Nro. UNEMI-FCS-2015-0282-MEM

Milagro, 19 de agosto de 2015

PARA: Sr. Mgs. Richard Ivan Ramirez Anormaliza
Director Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación

ASUNTO: APOYO A GESTION DE ESTUDIO DE DOCTORADO

De mi consideración:

Me dirijo a usted para solicitar el apoyo de la Universidad Estatal de Milagro, para poder obtener una parte de la muestra necesaria para el trabajo Doctoral que estoy realizando, cuyo tema es "Las redes sociales individuales y grupales y su relación con las conductas sexuales de riesgo"

La solicitud va dirigida a dos aspectos:

1. Apoyo de la Universidad Estatal de Milagro para que los Señores Decanos/as de las diferentes Facultades, autoricen la aplicación de los instrumentos en estudiantes, cuyos detalles se explican en documento adjunto.
2. Gestión ante las Universidades que forman la Red Universitaria de Investigación y Postgrados (R.U.I.P), Zona 5, Ecuador, con el fin de se me permita realizar la investigación en una muestra de 400 estudiantes en cada una de las universidades de la red.

Los beneficios para la UNEMI y en general para la RUIP se explican en documento adjunto.

Agradezco el apoyo que usted pueda brindarme desde su espacio.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Mgs. Junes Lady Robles Amaya
DOCENTE

*Recibido
R. Ramirez
19/08/2015*



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



Memorando Nro. UNEMI-FCS-2015-0282-MEM

Milagro, 19 de agosto de 2015

Anexos:

- PRESENTACIÓN PROYECTO PhD_RUIP_Robles_Junes.pdf

Copia:

Sra. Mgs. Alicia Gabriela Cercado Mancero
Decana Ciencias de la Salud



Universidad
Zaragoza

Doctorado en Psicología:

**“Las redes sociales individuales
y grupales y su relación con las
conductas sexuales de riesgo”**

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Junes Lady Robles Amaya

Proyecto de investigación

“Las redes sociales individuales y grupales y su relación con las conductas sexuales de riesgo”

Presentación

Señor Rector
Señores Docentes y
Señores Estudiantes:

El presente estudio investigativo tiene como propósito analizar la relación existente entre las conductas sexuales de riesgo y la forma individual y grupal de los jóvenes de relacionarse en una estructura o medio social.

La población de adolescentes es considerada vulnerable por la estrecha relación con factores y conductas de riesgo. El sexo sin protección y las relaciones sexuales con múltiples parejas contribuyen a problemas de salud y a embarazos no deseados en adolescentes, por otra parte el mapa de relaciones mediante el cual los jóvenes construyen las redes sociales está vinculado a conductas sexuales de riesgo, de ahí la importancia de esta investigación científica que aportará a la región con información actualizada para la toma de decisiones en diferentes sectores.

Contexto de la investigadora

Junes Lady Robles Amaya es Psicóloga Clínica, con estudios de cuarto nivel. Su experiencia laboral está orientada a la gestión y servicios de salud pública y a la docencia universitaria, actualmente Docente – Investigadora de la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI).

Es Directora del Proyecto de Investigación *“La autopercepción y su influencia en las redes sociales”* convocado por la UNEMI en 2014 – 2015.

Pertenece al Grupo de Investigación en *“Análisis de Redes Sociales aplicado a la Psicología y Educación”*, que se inscribe en las siguientes líneas de investigación: Estudios biopsicosociales de grupos vulnerables de la población. Calidad de los sistemas educativos en los diferentes niveles de enseñanza. Relaciones estratégicas entre comunicación, educación y comunidad.

Método

Muestra:

- Participantes: 400 estudiantes universitarios, entre 16 a 25 años de edad, de cada Universidad perteneciente a la Red Universitaria de Investigación y Postgrados (RUIP), Zona 5, Ecuador.

Medida:

- Se aplicarán tres instrumentos de medida para el estudio de las diferentes variables.
- El proceso para el levantamiento de la información será aproximadamente desde agosto hasta diciembre/2015.

Procedimiento

Para la aplicación de los instrumentos en las Universidades se requiere:

- La aprobación de la máxima autoridad universitaria.
- Socializar autorización a las Facultades para que permitan el acceso.
- Un coordinador de parte de la Universidad a fin de establecer planificación:

Actividades previas a la aplicación de los cuestionarios.

- **Compromiso de la Universidad:**

Envío/entrega de base de datos de los estudiantes por cada curso, de acuerdo a la muestra necesaria a los mails: jroblesa1@unemi.edu.ec; junesrobles@gmail.com.

Coordinar la logística (docentes, aula de clase, estudiantes, etc), de acuerdo a planificación establecida, para la aplicación de los instrumentos.

Actividades para la aplicación de los cuestionarios:

- **Compromiso de Investigadora:**
 - ❖ **Contar con equipo humano de investigadores para el levantamiento de la información de acuerdo a planificación:**
 - Firma del consentimiento informado.
 - Aplicación de instrumentos.
 - Tiempo aproximado para aplicación de instrumentos 1 hora por cada curso.
 - ❖ **Informe de resultados:**
 - Socializar resultados a la institución universitaria, de acuerdo a lo planificado en el proyecto de investigación.

Cordialmente,



Psic. Clín. Junes Lady Robles Amaya, MSc
Doctoranda



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



Memorando Nro. UNEMI-FCS-2015-0282-MEM

Milagro, 19 de agosto de 2015

PARA: Lic. Lilia Valencia Cruzaty, MSc.
Rectora Universidad Estatal Península de Santa Elena.
Santa Elena

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA N ESTUDIO DE DOCTORADO (PhD)

De mi consideración:

Reciba un atento saludo, al mismo tiempo me permito comunicar a usted lo siguiente: Mi nombre es Junes Robles Amaya, me desempeño en calidad de Docente en la Universidad Estatal de Milagro y desde el mes de marzo del año 2014 me encuentro realizando un estudio de doctorado en Psicología: Políticas Públicas y Sociales, con el tema "Las redes sociales individuales y grupales y su relación con las conductas sexuales de riesgo", estudio que se realizará a nivel de las universidades de la Zona 5, en este marco, solicito de su autoridad la respectiva autorización a fin de poder realizar la aplicación de los cuestionarios seleccionados a una muestra de 300 participantes, estudiantes universitarios.

Para este proceso se requiere tener acceso a las listas de cada curso y para la aplicación de los instrumentos de medida sugiero, de ser posible se autorice para la aplicación de los instrumentos de medida el día 23 o el día 30 de octubre/2015. Los resultados de la intervención serán socializados en la universidad de acuerdo al cronograma previsto en el proyecto.

Mi correo electrónico para poder coordinar acciones es:
jroblesa1@unemi.edu.ec o junesrobles@gmail.com el móvil 0999154752.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Dra. Junes Robles Amaya, MSc
DOCENTE - UNEMI

Anexo: Presentación proyecto PhD_RUIP_Robles_Junes pdf.

RECIBIDO




UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



Oficio Nro. UNEMI-FCS-2015-0026-OF

Milagro, 07 de septiembre de 2015

Asunto: APOYO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA EN ESTUDIO DE DOCTORADO (PhD)

Señora Máster
Adelita Pinto Yerovi
Vicerrectora de Investigación y Postgrado
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
En su Despacho

De mi consideración:

Mi nombre es Junes Robles Amaya, Docente de la Universidad Estatal de Milagro, a través del presente me permito informar a usted, que desde el año 2015 me encuentro realizando un estudio de doctorado en Educación en la Universidad de Zaragoza, España, con el tema "**Las redes sociales individuales y grupales y su relación con las conductas sexuales de riesgo**", en este marco, solicito a usted el apoyo relacionado a la autorización respectiva a fin de poder realizar la aplicación de los cuestionarios seleccionados a una muestra de 400 estudiantes universitarios.

Se han establecido acciones previas y de ejecución:

1. **Actividades Previas** (vía internet): A través de una coordinador de parte de la universidad, el acceso a los listados por cada curso de los estudiantes: jroblesal@unemi.edu.ec o al junesrobles@gmail.com
2. **Actividades de ejecución:** De ser posible durante el mes de noviembre / 2015, los días y hora que la universidad establezca, en la que se realizará la presentación de objetivos de la investigación. El tiempo máximo de duración de la auto aplicación de los instrumentos es de 1 hora por cada curso y se realizará previo el consentimiento de los estudiantes.

Los resultados de la intervención serán socializados en la universidad de acuerdo al cronograma previsto en el proyecto.

En caso de ser aprobada mi propuesta, ruego hacerme llegar por este medio el nombre del Docente o funcionario con quien podría coordinar las actividades, indicándome números telefónicos y correo electrónico.

Agradecida por su oportuno apoyo me despido de usted,
Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Recibido
Se Autoriza
Sep. 17/2015

Dirección: Cda. Universitaria Km. 1 1/2 vía Km. 26
Conmutador: (04) 2715081 - 2715079
Telefax: (04) 2715187 • **E-mail:** rectorado@unemi.edu.ec
www.unemi.edu.ec
Milagro • Guayas • Ecuador



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



Oficio Nro. UNEMI-FCS-2015-0026-OF

Milagro, 07 de septiembre de 2015

Mgs. Junes Lady Robles Amaya
DOCENTE

Anexos:

- PRESENTACION A UNIVERIDADES N PROYECTO-PHd.pdf

