

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ACCESO Y USO DEL CONDÓN Y  
LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS EN ESTUDIANTES  
UNIVERSITARIAS Y UNIVERSITARIOS**

Tesis presentada al  
Departamento de Estudios Graduados  
Facultad de Educación  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras  
como requisito parcial  
para obtener el grado de Maestría en Educación  
con especialidad en Investigación y Evaluación Educativa

Por

**Cristina Cruz Rivera**

© Derechos reservados, 2020

Tesis presentada como requisito parcial para obtener el grado de Maestría  
en Educación con especialidad en Investigación y Evaluación Educativa

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ACCESO Y USO DEL CONDÓN Y  
LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS EN ESTUDIANTES  
UNIVERSITARIAS Y UNIVERSITARIOS**

**CRISTINA CRUZ RIVERA**

(Bachillerato en Educación Elemental, Universidad de Puerto Rico en Cayey, 2017)

Aprobada el 1 de diciembre de 2020 por el comité de tesis

---

María del R. Medina Díaz, Ph.D., J.D.  
Directora del comité de tesis

---

Claudia X. Álvarez Romero, Ph.D.  
Miembro del comité de tesis

---

Marta Rodríguez, Ed.D.  
Miembro del comité de tesis

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a las mujeres más importantes de mi vida: A mi abuela Marina, mi madre Grisel, mi hermana Lorena y mis sobrinas: Alana y Marina. Deseo que este trabajo contribuya a la libertad que nos une en pensamientos y acciones.

## RECONOCIMIENTOS

La autonomía y la libertad nacen en el momento en el que poseemos control absoluto de nuestros cuerpos y nuestras mentes. Representa una revolución el conocer, respetar y validar nuestros sentires; reconociéndolo como parte de nuestra esencia y experiencia de vida. Agradezco a mis padres por educarme en el amor y la justicia. A mi hermana, por abrirme caminos y enseñarme a obrar con convicción.

Deseo reconocer la importancia de las maestras del Sistema Público de Puerto Rico, quienes contribuyeron en el desarrollo de mi carácter y continúan influyendo en la vida de nuestras niñas. De igual forma, destaco a la Universidad de Puerto Rico como un espacio de crecimiento, transformación, sensibilización y liberación. A la Dra. María del R. Medina, infinitas gracias por su compromiso hacia la academia, nuestro programa y mi investigación. Su contribución trasciende el aspecto profesional, dejando una huella imborrable en mi persona.

De igual forma, le extiendo un agradecimiento a la Dra. Rodríguez y la Dra. Álvarez por nutrir mi proceso de aprendizaje con su conocimiento y experiencia. A mis compañeras Sarah Rosario y Yerielis Crespo y a mi compañero Frank Seguí, les agradezco la ayuda que me brindaron durante este proceso. Valoro sus muestras de compañerismo y empatía en aquellos momentos donde necesité palabras de aliento.

## RESUMEN DE LA TESIS

### **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ACCESO Y USO DEL CONDÓN Y LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS Y UNIVERSITARIOS**

Cristina Cruz Rivera

Directora de la tesis: María del R. Medina Díaz, Ph.D., J.D.

El propósito principal de esta investigación fue auscultar ciertos factores internos y externos que influyen en el acceso y uso del condón y pastillas anticonceptivas, en el estudiantado subgraduado de una universidad pública en Puerto Rico. Además, pretendía establecer una relación entre el sexo de la y el estudiante y los factores que influyen en la toma de decisiones acerca del acceso y uso de los métodos anticonceptivos. Se aplicó el diseño de encuesta transversal para llevar a cabo la investigación. Un total de 63 estudiantes contestaron el cuestionario titulado *Factores que influyen en el acceso y uso del condón y pastillas anticonceptivas en estudiantes universitario y universitarias*, construido por la investigadora y administrado en formato electrónico. Se recopiló evidencia de validez de las interpretaciones de las puntuaciones o los datos para los usos propuestos del instrumento de tres fuentes: (a) contenido, con cuatro personas conocedoras del campo de la Consejería, Desarrollo Humano, Educación Sexual y Salud Pública que revisaron las preguntas y las instrucciones; (b) proceso de respuesta, con entrevistas cognitivas a siete estudiantes y (c) estructura interna, mediante el análisis de las respuestas de estudiantes que participaron en el estudio piloto y de campo. Los resultados sugieren que los factores que podrían limitar el acceso y el uso del condón y las pastillas anticonceptivas están vinculados con la vergüenza y la desinformación de las y los estudiantes universitarios que participaron.

## TABLA DE CONTENIDO

Hoja de aprobación .....	ii
Dedicatoria .....	iii
Reconocimientos .....	iv
Resumen de la Tesis .....	v
Lista de tablas .....	ix
Lista de figuras .....	x
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
Trasfondo .....	1
Planteamiento del problema .....	5
Propósito de la investigación .....	10
Preguntas de investigación .....	11
Justificación .....	11
Definiciones .....	15
<b>CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
Trasfondo teórico .....	20
Adulthood temprana y sexualidad .....	22
Infecciones de Transmisión Sexual .....	24
Mujeres y las Infecciones de Transmisión Sexual .....	27
Embarazo: Realidades subyacentes .....	28
Identidad de género .....	31
Uso de anticonceptivos .....	34
Factores que influyen en el uso del condón y las pastillas anticonceptivas ...	35
Factores internos .....	35
Efectos físicos del uso de las pastillas anticonceptivas .....	36
Efectos físicos del uso del condón .....	41
Asertividad sexual .....	44
Factores externos .....	47
Coerción sexual .....	48
Comunicación sexual entre padres, madres, hijos e hijas .....	51
Servicios de Salud Sexual .....	54
Uso de alcohol y drogas .....	60
Educación Sexual en Puerto Rico .....	62

Resumen.....	67
<b>CAPÍTULO III. MÉTODO .....</b>	<b>69</b>
Diseño.....	70
Población y muestreo.....	71
Población .....	71
Muestreo .....	73
Técnica e instrumento para recopilar los datos .....	76
Instrumento .....	77
Evidencia de la validez del uso y las inferencias de las puntuaciones.....	80
Evidencia relacionada con el contenido.....	81
Evidencia relacionada con el proceso de respuesta.....	83
Evidencia relacionada con la estructura interna .....	84
Procedimiento .....	86
Análisis de datos .....	90
Aspectos éticos .....	91
Limitaciones del estudio .....	93
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS .....</b>	<b>97</b>
Datos sociodemográficos .....	97
Factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas.....	101
Factores internos .....	102
Efectos físicos provodados por el uso de pastillas anticonceptivas ...	102
Efectos físicos provocados por el uso del condón .....	104
Asertividad sexual .....	106
Factores externos .....	107
Coerción sexual .....	107
Uso de alcohol y drogas .....	108
Comunicación sexual parental .....	109
Servicios de Salud Sexual.....	110
Diferencias en acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas según el sexo de las y los estudiantes .....	112

<b>Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>115</b>
Síntesis del marco teórico principal .....	116
Discusión .....	117
Datos sociodemográficos y comportamiento sexual.....	118
Efectos físicos provodados por el uso de pastillas anticonceptivas .....	121
Efectos físicos provocados por el uso del condón .....	122
Asertividad sexual .....	124
Coerción sexual .....	125
Uso de alcohol y drogas.....	126
Comunicación sexual parental .....	127
Servicios de Salud Sexual.....	129
Conclusiones .....	131
Recomendaciones .....	137
Referencias.....	139
 <b>APÉNDICES</b>	
<b>A. Mensaje de aprobación del CIPSHI .....</b>	<b>160</b>
<b>B. Mensaje enviado a profesoras y profesores para la difusión de información .....</b>	<b>163</b>
<b>C. Mensaje enviado a profesoras y profesores para las y los estudiantes .....</b>	<b>165</b>
<b>D. Cuestionario: Factores que influyen en el acceso y uso del condón y pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios y universitarias .....</b>	<b>167</b>
<b>E. Observaciones generales de conocedores y conocedoras al cuestionario .....</b>	<b>184</b>
<b>F. Observaciones generales de estudiantes que participaron en entrevistas cognitivas .....</b>	<b>187</b>
<b>G. Respuestas de estudiantes participantes en el estudio piloto .....</b>	<b>191</b>
<b>H. Certificado de la investigadora del CITI Program.....</b>	<b>201</b>
<b>I. Distribución de Frecuencias de las respuestas a los ítems acerca del uso del condón y la comunicación sexual parental .....</b>	<b>207</b>
<b>J. Distribución de Frecuencias de las respuestas a los ítems acerca del uso del condón y la comunicación sexual parental según el sexo .....</b>	<b>207</b>

## LISTA DE TABLAS

Página

1. Matrícula total de estudiantes a nivel subgraduado y muestra proporcional por facultades en el Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico .....	72
2. Cursos contactados y participantes invitados e invitadas... ..	74
3. Planilla de especificaciones del cuestionario Factores que influyen en el acceso y uso del condón y pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarias y universitarios .....	79
4. Edad de los y las estudiantes participantes... ..	98
5. Facultad de procedencia de los y las participantes.....	99
6. Parejas sexuales de las y los estudiantes en un año .....	100

## LISTA DE FIGURAS

	Página
1. Modelo de análisis para los comportamientos asociados al acceso y uso de anticonceptivos (adaptado de Jaccard, 2009).....	9

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### Trasfondo

La sexualidad humana no es un asunto simplista. Cavendish (2010) define el término *sexualidad humana* haciendo referencia a la manera en que las personas se expresan como seres sexuales, contemplando las prácticas, creencias, preferencias, conductas y actividades que estas realizan con la intención de obtener placer físico. Como parte de esta expresión, se ha establecido una interrelación entre los factores biológicos, físicos, emocionales, sociales y de comportamiento (Greenberg, Bruess, & Oswalt, 2013). Desde una perspectiva biológica, el sexo se encuentra limitado a una distinción anatómica y reproductiva entre el hombre y la mujer. Sin embargo, abordado desde una óptica sociocultural, el sexo no es definido únicamente por estas distinciones, sino que se contempla el género como una construcción sobre las ideas, las normas y los comportamientos que se han establecido para cada sexo en los distintos países y culturas. Esto influye en los aspectos emocionales y las acciones de cada persona (Lamas, 2000).

Históricamente, se ha demostrado que los comportamientos sexuales en el ser humano se encuentran condicionados a los contextos sociales y culturales en los que se desarrollan (Weeks, 2004). Diaz-Caballero, Arrieta-Vergara y González-Martínez (2010) definen estos comportamientos como una expresión de la sexualidad personal, en donde el componente erótico asume un rol principal y, en la mayoría de los casos, se encuentra ligado a la obtención de placer. Vera-Gamboa (1998) en su trabajo rescata algunos de los comportamientos sexuales que ocurrieron en la prehistoria, tales como

el incesto, prostitución y la homosexualidad. Durante la época medieval, tanto las relaciones coitales como el comportamiento sexual, se regularon con el objetivo principal de perpetuar el patrimonio familiar. La autora destaca la llegada del cristianismo como un suceso influyente en los comportamientos sexuales, lo cual ha permeado hasta la actualidad.

En el Antiguo Testamento, texto que rige la religión judeo-cristiana, se condena el adulterio, la homosexualidad, la desnudez y el incesto. Con respecto a las relaciones sexuales, se consideraron un acto impulsivo y placentero; contradiciendo esto a su fin, únicamente reproductivo. También se impusieron ciertas restricciones a las mujeres, quienes fueron consideradas “ciudadanas de segunda categoría”. Esta ideología da paso a la estructura y fortalecimiento de la familia patriarcal. Como características asociadas a la sexualidad en esta conformación, se destaca la permisividad otorgada al hombre y la represión de la mujer. A partir de esta ideología se establecen normas, imágenes o significados que promovieron la supresión de necesidades o derechos en la sexualidad.

Por otra parte, a finales del siglo XV, en Europa surgen los primeros síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En ese momento, la Iglesia Católica, consolidada al estado, las reconoció como un castigo divino, producto de los excesos de las relaciones coitales. Este tipo de represiones demonizaron las relaciones sexuales y dieron paso a numerosos mitos, fundamentados en el miedo y la culpabilidad.

Según Weeks (2004), durante épocas posteriores, como el Renacimiento, la sexualidad en la mujer comenzó a percibirse como un proceso meramente reproductivo, con el objetivo principal de perpetuar la

especie. Aunque con el paso del tiempo la definición de la sexualidad se ha ampliado como una expresión multidimensional, considerándose ahora un conjunto de prácticas, creencias, preferencias y actividades de índole sexual, muchos tabúes continúan perpetuándose en la sociedad moderna. Estos parecen ser más notables cuando se abordan los temas relacionados al contagio de las ITS o los embarazos no deseados (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2014).

Las ITS son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto o la relación sexual. Estas son provocadas por bacterias, parásitos, hongos y virus (MedlinePlus, 2019). Según el Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2019), cada año se diagnostican alrededor de 20 millones de casos nuevos de ITS en los Estados Unidos de América (EE. UU.). Los y las jóvenes entre 15 a 24 años son la población mayormente afectada.

Respecto al embarazo no deseado, se hace referencia a un proceso gestacional que no fue planificado y que ocurrió en un momento en el que no se esperaba o quería (CDC, 2019). Este tipo de embarazos puede relacionarse con la falta de uso de anticonceptivos o el uso inconsistente e incorrecto de los métodos de prevención, tales como el condón y las pastillas anticonceptivas. Según el Instituto Guttmacher (2019), en los EE.UU., la tasa más alta de embarazos no deseados ocurre en mujeres entre los 20 y 24 años. Estas edades se incluyen en la etapa de desarrollo, conocida como la adultez temprana. Entre los efectos a la salud, relacionados a los embarazos no deseados, se encuentran aquellos adversos para la madre y el o la bebé (e.g., pobre cuidado o atención prenatal, riesgo de bajo peso en el niño o la

niña al nacer y una predisposición a depresión postparto en la madre) (Kornides, Kitsantas, Lindley y Wu, 2016). Además, la pobreza, la limitación a espacios educativos o el poco acceso a esferas laborales son algunos de los factores socioeconómicos asociados con los embarazos no deseados (Yazdkhasti, Pourreza, Pirak y Abdi, 2015).

Muchos de los diagnósticos de las ITS o la iniciación de un proceso gestacional no deseado ocurren en la adultez temprana. Durante esta etapa, que comprende desde los 18 hasta los 29 años, según Papalia, Feldman, Martorell, Berber-Morán y Vázquez-Herrera (2012), surgen cambios físicos y emocionales que animan la curiosidad entre los pares y la búsqueda de independencia. Esto “genera nuevos sentimientos, miedos y experiencias, asumiendo frecuentemente conductas de riesgo.” (Morón Vásquez, Soto de Clavero y Ledesma Solaeche, 2017, p. 82). Las ITS o los embarazos no deseados podrían ser el resultado de ciertas prácticas riesgosas en las que las y los jóvenes ignoran los procesos adecuados de prevención. Muchas de estas prácticas, posiblemente, están influenciadas por normas sociales o gubernamentales que pueden limitar el acceso al uso del condón y las pastillas anticonceptivas (e.g., métodos de barrera o anticoncepción hormonal) en los diferentes estados de los EE. UU. El acceso y uso de estos métodos también podrían encontrarse condicionados a las creencias acerca del género.

En el caso de las mujeres que se encuentran en esta etapa del desarrollo humano, según Gilligan (1993), uno de los dilemas más importantes que enfrentan es la lucha entre sus necesidades y las de otras personas. Esta autora afirma que, en este proceso, la mujer puede suprimir

sus deseos, para cumplir con las expectativas que otros y otras puedan tener sobre ella. Estas determinaciones, en las cuales se incluye el acceso y uso de anticonceptivos, pueden estar manipuladas por otras personas o incluso, por los sistemas sociales y educativos. Además, la actividad sexual y las conductas de riesgo asumidas podrían recibir la influencia, de igual manera, de la cultura patriarcal, prevaleciente en distintos contextos, sociedades y países. Ortiz-Resto (2010) señala cómo, de igual forma, las construcciones sociales también crean en los hombres una falsa expectativa sobre las demostraciones de hombría, mediante las prácticas sexuales, sin considerar los riesgos que estos podrían asumir.

### **Planteamiento del problema**

Con la intención de contextualizar al escenario de la investigación propuesta, es importante destacar que, en Puerto Rico, los resultados del estudio titulado *Consulta Juvenil IX* (2018) reflejaron que el 50% de las y los participantes habían iniciado su vida sexual antes de cumplir los 15 años. Aunque la madurez sexual, usualmente, ocurre antes de los 13 años, no existe un consenso relacionado con la edad precisa en la que se alcanza un balance entre la madurez cognitiva, sociológica y psicológica de las y los jóvenes (Papalia et al., 2012). En otras palabras, alcanzar la madurez sexual no implica un desarrollo integral de la madurez en los otros aspectos. Por esta razón, las y los jóvenes que participan en relaciones sexuales no necesariamente son capaces de reconocer las implicaciones de las prácticas sexuales riesgosas. Scherf, Smyth y Delgado (2013) sostienen que el cerebro de las y los jóvenes procesa la información a través del complejo amigdalino; estructura cerebral asociada mayormente con las emociones y

no con el juicio racional. Es muy probable que las prácticas sexuales adoptadas sean un reflejo de la asimilación que han tenido frente a estos cambios e influencias externas.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019b), más de un millón de personas se contagian diariamente con una ITS. Anualmente, alrededor de 376 millones de personas son diagnosticadas con clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Más de 500 millones de personas son portadoras del virus que provoca el herpes simple (VHS) y más de 290 millones de mujeres han sido infectadas por el virus del papiloma humano (VPH). Usualmente, estas infecciones son asintomáticas o presentan síntomas que pueden relacionarse con otro tipo de enfermedad; imposibilitando un diagnóstico certero o rápido. Infecciones tales como el herpes o la sífilis pueden aumentar el riesgo de contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Con relación al VIH, la OMS afirma que, desde el momento en el que este virus se declaró epidemia, 75 millones de personas han sido infectadas y, aproximadamente, 32 millones han muerto. Para el año 2019, 38 millones de personas viven con VIH en el mundo.

En el año anterior, un informe realizado por el Departamento de Salud de Puerto Rico (2018), reportó 5,492 casos de clamidia, 557 casos de gonorrea y 1,080 casos de sífilis, para ambos sexos. Por otro lado, la División de Prevención de ETS/VIH informó que hasta el mes de febrero del año 2019 se habían identificado un total de 49,477 casos de VIH en la población puertorriqueña. Personas jóvenes y adultas, entre los 13 y 29 años, representan el 26% de esta cifra. Del año 2010 al 2018, 1,674 jóvenes fueron diagnosticadas o diagnosticados con el VIH.

Las ITS pueden tener efectos graves para la salud. Infecciones tales como el herpes y la sífilis aumentan la probabilidad de contraer el VIH. En el caso de las mujeres, transmitir una ITS al feto durante el momento del parto puede provocar serias complicaciones médicas, incluyendo la muerte. El VPH es asociado con los casos de cáncer uterino, mientras que la gonorrea y la clamidiosis podrían ocasionar desde enfermedades pélvicas hasta la infertilidad en mujeres (OMS, 2019b). Con relación a los efectos psicológicos provocados por las ITS, Passanisi, Passanisi y Leanza (2014) reconocen que las personas que han sido contagiadas pueden desarrollar un sentido de frustración, ansiedad, enojo, ira, miedo al rechazo, aislamiento, culpa, vergüenza o un sentimiento de asco hacia su cuerpo.

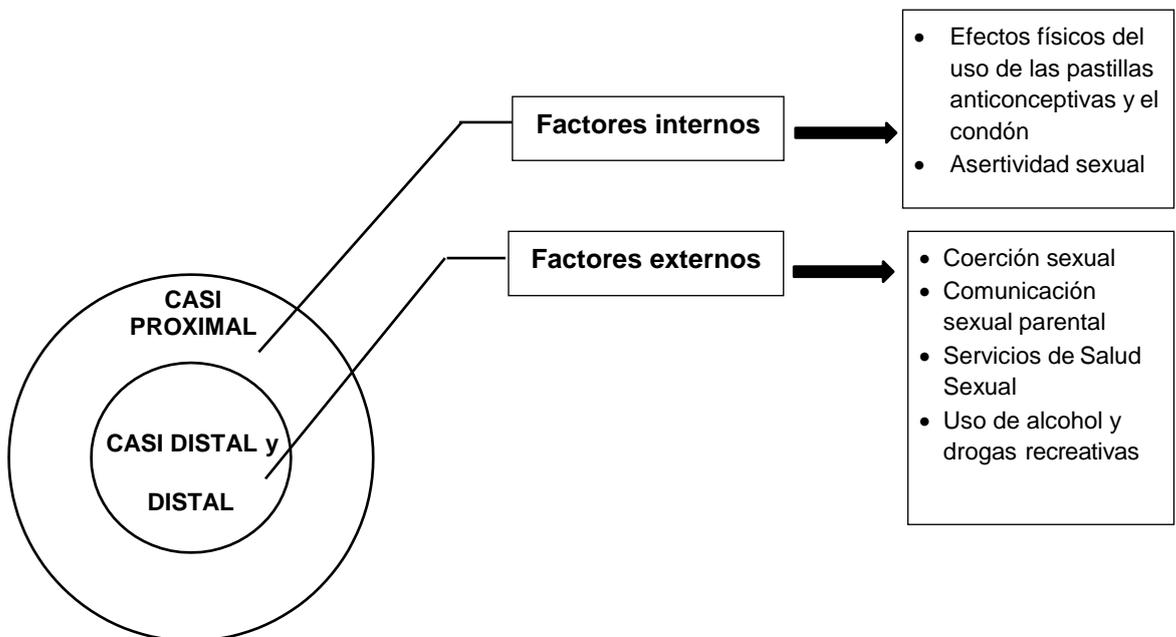
Por otra parte, el Instituto Guttmacher (2019) informó que en el año 2011, aproximadamente, 45% de los embarazos fueron no deseados en los EE. UU. Con relación a estos, datos ofrecidos por la OMS (2019c) reflejan que 16 millones de jóvenes entre los 15 y 19 años se convierten en madres cada año. De esta cifra, muchos de los casos hacen referencia a embarazos no planificados. A nivel mundial, y como resultado de este proceso gestacional no planificado, el parto es la segunda causa de muerte en jóvenes de estas edades (OMS, 2019c). Además, se estima que, anualmente, tres millones de mujeres jóvenes se someten a abortos riesgosos con la intención de terminar su embarazo. En los EE. UU., una de cada diez estudiantes abandonará la universidad por un embarazo no deseado (The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, 2015).

Con la intención de comprender los elementos que influyen en el desarrollo del comportamiento humano, Bronfenbrenner (1979) desarrolló el modelo socio-ecológico que, posteriormente, fue aplicado en la identificación de los determinantes que podrían influir en el acceso y uso de los anticonceptivos modernos, como métodos ideales en la prevención de embarazos no deseados o el contagio de una ITS. Este modelo describe cómo el desarrollo humano se afecta por las relaciones que las personas tienen en sus espacios físicos y sociales. En su trabajo original, Bronfenbrenner determinó cuatro sistemas, microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema, que se interrelacionan entre sí, condicionando estos el ambiente que conforma a una persona. Dentro de estos sistemas se destacan las relaciones e interacciones que, en el contexto de esta investigación, un joven o una joven puede tener con su hogar, espacio laboral, compañeros, familiares, pares, comunidad, políticas públicas, leyes, instituciones y normas culturales.

Este modelo se ha adaptado en otros trabajos que abordan diversos comportamientos humanos, tales como lo es el acceso y uso de anticonceptivos. Jaccard (2009) adaptó este modelo, reorganizando y redefiniendo las variables que componen cada nivel. Los niveles en su modelo fueron: proximal, casi proximal, casi distal y distal. El nivel proximal incluye aquellas variables que se relacionan con la intención que tiene una persona para llevar a cabo un comportamiento. En el casi proximal aborda variables relacionadas con las presiones sociales normativas, la autoestima, la autoimagen, la autoeficacia y la asertividad sexual. En el casi distal se destacan elementos relacionados a la personalidad, los valores, las metas,

la salud mental y el uso o abuso del alcohol o drogas. Finalmente, en el distal se incluyen las interacciones que un joven o una joven puede tener con su familia, pares, instituciones educativas, espacio de trabajo, estructuras religiosas, comunidad, gobierno, políticas públicas y normas culturales.

Para propósitos de este trabajo de investigación, se adaptó el modelo socio-ecológico de Jaccard (2009) y solo se abordaron algunas variables del nivel casi proximal, casi distal y distal propuestas (Figura 1). Con la intención de crear una agrupación que facilite una mayor comprensión, el nivel casi proximal abordó ciertos factores internos y los niveles casi distal y distal incorporaron varios factores externos que influyen en el acceso y uso de anticonceptivos. En esta investigación la población objetivo fueron estudiantes subgraduados universitarios y universitarias en Puerto Rico.



*Figura 1.* Modelo de análisis para los comportamientos asociados al acceso y uso de anticonceptivos (adaptado de Jaccard, 2009).

De este modo, los factores internos (nivel casi proximal) son aquellos elementos que conforman el ambiente más cercano de la joven o el joven estudiante; considerando los rasgos propios de su personalidad y la manera en que percibe o comprende algo. Se abordó el uso del condón y las pastillas anticonceptivas y sus posibles efectos. En el caso de las mujeres, un posible efecto secundario al uso de pastillas anticonceptivas es el aumento de peso y sus implicaciones a la autoimagen y la manera en que esto podría condicionar el usar o no este método. Otro aspecto considerado, como factor interno, es la manera en que la reducción del placer físico, por el uso del condón, puede intervenir en la decisión de uso en ambos sexos. Finalmente, la asertividad sexual, como capacidad de comunicación, se vincula con la toma de decisiones relacionadas con el uso de ambos métodos anticonceptivos (Caballo, 1983; Morokoff et al.,1997)

Los factores externos se refieren a aquellos elementos que conforman las interacciones que la joven o el joven puede tener con personas, objetos o ambientes de su entorno inmediato. Estos se exploraron mediante la coerción sexual, las barreras en el acceso a los Servicios de Salud Sexual en las instituciones educativas, la comunicación sexual parental y el consumo de alcohol y drogas, particularmente de modo recreativo. El consumo de drogas recreativas se refiere a la acción de consumir algún tipo de droga, como la marihuana, sin prescripción médica ni un fin terapéutico.

### **Propósito de la investigación**

Esta investigación tuvo como propósito auscultar ciertos factores internos y externos que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas, en el estudiantado subgraduado de una universidad pública

en Puerto Rico. De igual forma, pretendía establecer una relación entre el sexo de las y los estudiantes y aquellos factores que podían influir en la toma de decisiones acerca del acceso y uso de los métodos anticonceptivos antes mencionados.

### **Preguntas de investigación**

A continuación, se presentan las dos preguntas que sirvieron de guía a esta investigación:

1. ¿Cuáles son los factores que influyen en el acceso y uso del condón y pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios y universitarias?
2. ¿Cuál es la diferencia entre los factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios y universitarias, según su sexo?

### **Justificación**

La admisión a una universidad representa una etapa de cambios, acompañada de libertades que pueden poner en el riesgo la salud de las y los estudiantes. En el año 1986, la Organización Mundial de la Salud introdujo el término *promoción de la salud*, como un proceso en el cual se les permite a las personas aumentar el control que tienen sobre su salud; promoviendo esto una mejora en su calidad de vida. Este proceso no se limita a comportamientos individuales, sino que contempla convergencias entre los diferentes elementos que componen a una sociedad. Existen diferentes organizaciones dedicadas a este fin, entre ellas la Asociación Americana de Salud Universitaria (ACHA), la cual comparte objetivos similares con diferentes afiliados alrededor de los EE. UU.

Algunas universidades, tales como Harvard y Standford, han establecido programas internos que tienen como misión promover espacios de aprendizaje saludables, comenzando por la salud de sus estudiantes. No obstante, Lederer y Oswald (2017) identificaron varios conceptos erróneos comunes sobre la promoción de salud en instituciones universitarias. A continuación, se discuten de manera breve, tres de las aseveraciones propuestas por las autoras que los reflejan:

1. “Las y los estudiantes universitarios y universitarias son privilegiadas y privilegiados. Estas y estos no representan la mayor parte de la población de los EE. UU.” (p. 1)

Doce millones de jóvenes estudiantes, entre las edades de 18 a 24 años, se encuentran matriculados en alguna institución universitaria. Esto representa el 40% de la población en ese grupo de edades. Gran parte de las y los estudiantes tienen trabajos a tiempo parcial o completo, reciben ayuda financiera federal y pueden ser madres o padres de familia.

2. “Las y los estudiantes universitarias generalmente están saludables” (p.1)

Utilizando como referencia los hallazgos de un estudio realizado por la *American College Health Association*, Lederera y Oswaltb (2017) destacan que los problemas de salud desarrollados por las y los estudiantes en su etapa universitaria, al encontrarse expuestos a conductas riesgosas, contribuyen al desarrollo posterior de enfermedades crónicas.

3. “La universidad es un espacio únicamente académico y de aprendizaje, por lo que no es responsabilidad de la institución el enfocarse en la salud de las y los estudiantes.” (p.2)

La salud y el bienestar general del estudiantado debería considerarse una de las prioridades más importantes de cualquier institución educativa. A corto plazo, estudiantes saludables son capaces de asistir a un salón de clases y aprender. A largo plazo, las y los estudiantes permanecen en la universidad y completan una carrera profesional. Según Freudenberg y Ruglis (2007), las enfermedades en las y los estudiantes son uno de los factores principales que afectan las tasas de deserción.

Por ejemplo, en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (UPR-RRP) el programa encargado de promover la salud es la Oficina de Calidad de Vida. Según la *Encuesta Nacional sobre Alcohol, Drogas y Violencia* (U.S. Department of Education, 2016), 66% del estudiantado de esta institución, han tenido relaciones coitales. De este grupo, 38% tuvo relaciones coitales por primera vez entre los 16 y 18 años. Durante el año en el que se administró el instrumento (2016), 24% reportó haber tenido más de una pareja sexual, con quienes sostuvieron una relación coital. Con relación al uso de anticonceptivos, cerca del 39% indicó que el condón masculino (39%) era el método predilecto, seguido de la falta del uso del condón (10%). También identificaron las pastillas anticonceptivas (7%), el método de interrupción (3%) y el método de ritmo (2%) entre los métodos anticonceptivos utilizados. Según la Corte Suprema de los EE. UU., en el caso *Griswold v. Connecticut* (381 U.S. 479, 1965), el acceso a los anticonceptivos es un derecho de las parejas casadas, cobijado en el derecho a la privacidad de las personas. Posteriormente, en otras decisiones el derecho a decidir acerca del uso de métodos anticonceptivos se extiende

a personas solteras y jóvenes. En esta última población, la cifra de personas que sostienen relaciones coitales es mayor.

Luego de diversos esfuerzos con el Departamento de Salud de Puerto Rico, la Oficina de Calidad de Vida, la Oficina de Servicios Médicos, la Procuraduría de Estudiantes, el Decanato de Asuntos Estudiantiles, el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico y las Clínicas PROFAMILIA, PREVÉN y CONCRA, ubicadas en los predios del Recinto de Río Piedras, no se encontró, al momento en que se desarrolló esta investigación, una cifra específica de casos de estudiantes contagiadas o contagiados con ITS o un informe relacionado a los embarazos no deseados en esta institución.

Tampoco se encontró, en las fuentes de referencia consultadas, investigaciones relacionadas con los factores que podrían influir en el uso del condón y las pastillas anticonceptivas en la población estudiantil puertorriqueña. Por esta razón, era necesario llevar a cabo una investigación para auscultar ciertos factores que podían influir en la toma de decisiones de las y los estudiantes, relacionadas con el uso del condón o las pastillas anticonceptivas, como métodos de prevención de las ITS o los embarazos no deseados. Esto facilita la identificación de necesidades en el estudiantado con la intención de desarrollar programas o actividades que promuevan conductas sexuales seguras en el estudiantado universitario.

De igual forma, los resultados de esta investigación pueden ser útiles en el mejoramiento de los servicios que se ofrecen en esta institución u otros programas que atienden a esta población. Conforme al propósito del estudio y a las diferencias que podrían establecerse entre los sexos, los resultados

de este trabajo ofrecen un panorama sobre cuán sensitivo o responsivo debe ser el personal de la institución al trabajar para servicios de orientación en salud o prevención a la comunidad universitaria. Además, el proceso investigativo que se llevó a cabo puede ser integrado a la práctica de la educación sexual, de manera proactiva, sirviendo como un marco de referencia en la evaluación o creación de futuras intervenciones.

### **Definiciones**

En esta sección se abordan las definiciones de ciertos términos relacionados con la investigación.

#### **Acceso**

Disponibilidad del condón y las pastillas anticonceptivas, contemplando los facilitadores o barreras que inciden en el proceso de acercamiento a estos.

#### **Adulthood temprana**

Etapa del desarrollo humano que comprende desde los 18 hasta los 29 años. En esta época las y los jóvenes experimentan diversos procesos biológicos y sociales que surgen antes de asumir las funciones y responsabilidades adultas. Estos procesos se ven influenciadas por factores relacionados con el género, las habilidades académicas, las actitudes hacia la educación, las expectativas al término de juventud, la clase social de procedencia y el desarrollo del yo, incluyendo aquellos aspectos vinculados con la identidad sexual (Papalia et al, 2012).

#### **Asertividad sexual**

Capacidad para tomar decisiones relacionadas con la sexualidad y los cuerpos de las personas; implicando esto también un control de las experiencias sexuales (Morokoff et al.,1997)

**Coerción sexual**

Conjunto de comportamientos que interfieren directamente con el uso de anticonceptivos, reduciendo de esta forma la autonomía que tienen las personas con relación a la prevención de ITS o embarazos no deseados (Silverman y Raj, 2014).

**Comportamiento sexual**

Expresión o acción que resulta de la sexualidad personal, en donde el componente erótico asume un rol principal y, en la mayoría de los casos, se encuentra ligado a la obtención de placer (Díaz-Caballero et al., 2010)

**Comunicación sexual parental**

Interacción entre los padres, las madres, los hijos y las hijas, en el abordaje de temas relacionados con el sexo, la sexualidad o los posibles resultados de la salud sexual. En esta investigación también se refiere a la comunicación entre madres, padres, hijas e hijos.

**Condón**

Método anticonceptivo para la prevención de embarazos y contagios de las ITS. Funciona como una barrera que limita el contacto físico, reduce la sensación táctil y disminuye la transferencia de calor corporal.

**Determinantes sociales de la salud**

Circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (OMS, 2020). Estos factores (personales, sociales, económicos y ambientales) determinan el estado de salud individual y colectivo.

**Efectos de uso**

Cambios o sensaciones físicas que surgen como consecuencia del uso del condón o las pastillas anticonceptivas.

**Factores externos**

Elementos que conforman las interacciones que el joven o la joven pueden tener con personas, cosas o ambientes de su entorno inmediato.

**Factores internos**

Elementos que conforman el ambiente más cercano de la o el joven, considerando los rasgos propios de su personalidad y la manera en que percibe o comprende algo.

**Pastillas anticonceptivas**

Método anticonceptivo utilizado para evitar que los ovarios liberen un óvulo que pueda ser fecundado por un espermatozoide.

**Sexualidad humana**

Conjunto de prácticas, creencias, preferencias, comportamientos y actividades de índole sexual que se realizan, usualmente, con la intención de obtener placer físico. La definición de este concepto es constantemente debatida entre las Ciencias Biológicas y las Ciencias Sociales. La sexualidad se define desde estas dos perspectivas. Según la perspectiva biológica, como una distinción anatómica y reproductiva entre el sexo masculino y femenino. Desde una perspectiva socio ecológica, corresponde a una construcción sobre las ideas, las normas y los comportamientos que se han establecido para cada sexo en los distintos países y culturas.

**Embarazo no deseado**

Proceso gestacional que no fue planeado y que ocurrió en un momento en el que no se esperaba o quería (CDC, 2019).

**Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

Enfermedades que se transmiten de una persona a otra a través del contacto o la relación sexual. Estas son provocadas por bacterias, parásitos, hongos y virus (MedlinePlus, 2019).

**Servicios de Salud Sexual**

Conjunto de actividades u ofrecimientos que facilitan la discusión acerca de los comportamientos sexuales, las relaciones coitales y las dinámicas que pueden suscitarse tras estas experiencias. Estos servicios tienen la misión e intención de promover una educación dirigida a la salud sexual de las personas.

**Uso**

Práctica consistente y correcta en la utilización del condón y las pastillas anticonceptivas.

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN DE LITERATURA**

En este capítulo se presentarán algunas teorías e investigaciones relacionadas con el problema de investigación. Es importante destacar que los comportamientos sexuales, como una construcción social, se encuentran conformados por dimensiones históricas, biológicas, socioeconómicas y culturales. Esta investigación tuvo como propósito auscultar ciertos factores internos y externos que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas, en el estudiantado subgraduado de una universidad pública en Puerto Rico. De igual forma, pretendía establecer una relación entre el sexo de las y los estudiantes y aquellos factores que podían influir en la toma de decisiones acerca del acceso y uso de los métodos anticonceptivos antes mencionados. Las variables investigadas se dividieron en dos categorías: factores internos y factores externos que inciden en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en este grupo de estudiantes.

Se definen como factores internos aquellos elementos que conforman el ambiente más cercano de la persona, considerando los rasgos propios de su personalidad y la manera en que esta percibe o comprende algo. Para esta investigación, se abordó la percepción que las y los estudiantes podían tener con relación a los posibles efectos físicos, principalmente el aumento de peso y la disminución de placer, provocados por el uso del condón o las pastillas anticonceptivas y la asertividad sexual. Como factores externos se identificaron aquellos elementos que conforman las interacciones que pueden tener con otras personas, cosas o ambientes de su entorno

inmediato. Se indagó acerca de la coerción sexual entre parejas, la comunicación sexual parental, las barreras en el acceso a los servicios de salud sexual y el uso de alcohol y drogas recreativas en estudiantes universitarias y universitarios.

### **Trasfondo teórico**

Durante las últimas décadas, varios marcos conceptuales que abordan y promueven la comprensión de los comportamientos sexuales riesgosos, tales como las múltiples parejas sexuales y el uso inconsistente de los métodos anticonceptivos, en las y los jóvenes han sido estudiados y asociados en el campo de la salud (Jaccard, Dittus y Gonzalez, 2008; Jessor y Jessor, 1977; Willoughby, Chalmers y Busseri, 2004). Muchos de estos acercamientos se encuentran relacionados con las causas comunes que los provocan. Los hallazgos sugieren que los comportamientos riesgosos ocurren por causas únicas y no comunes. Por esta razón, los estudios evalúan los comportamientos específicos y sus factores detonantes (Guilamo-Ramos, Litardo y Jaccard, 2005). La actividad sexual durante la juventud, usualmente, se ha abordado desde perspectivas que excluyen las posturas que asumen las y los jóvenes frente a comportamientos riesgosos, como lo es el embarazo no deseado o las ITS.

Para el año 1991, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) estableció vínculos entre la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986), la teoría del razonamiento acción (Ajzen y Fishbein, 1980), las teorías de autorregulación (Kanfer y Goldstein, 1975), la cultura subjetiva (Triandis y Vassilou, 1972) y diferentes versiones del modelo de creencias de Salud. Producto de estas relaciones se desarrolló un marco conceptual en el que se

especifican aquellos determinantes del comportamiento. Entre estos se destaca la intención de la persona a realizar cierta acción. Esta intención podría verse influenciada por las expectativas de su acción. El término expectativas se refiere a aquellas consecuencias positivas o negativas que surgirán como producto de su conducta. Es usual que las y los jóvenes sigan un comportamiento que perciben que producirá consecuencias positivas. Además, como una influencia directa a las intenciones y manifestaciones de la conducta se encuentran las normas sociales. Cialdini (2003 en Guilamo-Ramos, Jaccard, Dittus y Gonzalez, 2008) las divide en normas cautelares y descriptivas. Por normas cautelares se entiende el sentido de aprobación o desaprobación que la o el joven puede recibir de sus padres, madres o parejas. Con relación a las descriptivas, se refieren a las percepciones que pueda tener sobre el comportamiento de sus pares (por ejemplo, “la mayoría de mis amigos tienen relaciones sexuales sin protección”).

Otro aspecto determinante en la intención de un comportamiento es la autoestima y la autoimagen. Como parte de estos conceptos se incluye la preocupación de las y los jóvenes sobre su imagen frente a los demás, la formación de identidad y los prototipos sociales (Helfert y Warschburger, 2013). Mientras más aprobación reciba acerca de su imagen, mayor tiende a ser su autoestima. Por el contrario, a menor autoestima, mayor motivación para mejorarla, mostrando un comportamiento que parece proyectar una imagen positiva o aprobada por sus pares (Hernández-Amaya, Álvarez-Rayón y Mancilla-Díaz, 2010).

Por otro lado, las emociones también juegan un papel muy importante en la toma de decisiones acerca del acceso y uso del condón y las pastillas

anticonceptivas. Las teorías de la emoción (Mano, 1991 en Guilamo-Ramos et al., 2008) destacan dos facetas principales: el estado de excitación y el efecto afectivo que dirige la acción (positivo o negativo). Entonces, es preciso cuestionar, ¿cómo deciden los y las jóvenes el realizar un comportamiento? Guilamo-Ramos et al. (2008) entienden que estas y estos pensarán en las ventajas y desventajas de su comportamiento, considerando las presiones normativas que lo aprueban o desaprueban, su capacidad para lograr con éxito su acción, la imagen que esta proyectará y el sentir emocional y afectivo que la acompaña. Algunas de estas decisiones se tomarán únicamente a base de sus emociones, con la presión de pares o una combinación de ambas. Además, razones asociadas al placer físico, el impacto positivo de una pareja, el sentir de madurez o la percepción de una imagen más atractiva podrían destacarse como factores determinantes a la hora de las y los jóvenes iniciar actividades sexuales riesgosas, como lo es el no uso del condón y las pastillas anticonceptivas.

### **Adulthood temprana y sexualidad**

Los cambios suelen ser necesarios y, desde una perspectiva biológica, parecen ser imperativos. La adultez temprana, etapa del desarrollo humano que comprende desde los 18 a 29 años (Papalia et al, 2012), puede ser uno de los periodos más significativos en el desarrollo físico, social y emocional. Desde la perspectiva biológica, muchos de los procesos que enfrentan las y los jóvenes se originan por cambios neuro-endocrinos (Fortenberry, 2013). Durante esta etapa, las y los reciben numerosas presiones que enlazan este proceso con diferentes comportamientos sexuales; las cuales son aprobadas o denegadas por la sociedad (Graber y

Sontag, 2006). Papalia et al. (2012) consideran que es una época de experimentación, antes de asumir las funciones y responsabilidades adultas (p. 476). Además, añaden que durante esta etapa las y los jóvenes se ven influenciadas e influenciados por factores relacionados con el género, las habilidades académicas, las actitudes hacia la educación, las expectativas en torno a la juventud, la clase social de procedencia y el desarrollo del yo, incluyendo aquellos aspectos vinculados a la identidad sexual.

Los temas asociados con la salud sexual se suelen abordar o discutir desde una perspectiva simplista, limitándose a la información relacionada a las ITS o los embarazos no deseados. Sin embargo, si se profundizan en los eventos y las realidades que comienzan a constituir la identidad sexual de cada joven, se podría afirmar, que los cambios físicos solo representan la parte visible de una avalancha de coacciones que se inician. Las contradicciones entre lo “natural” o “cultural” también forman parte de este desarrollo. En algunas sociedades, la menarquía, en el caso de las mujeres o diversos en la pubertad, en el caso de los hombres, representan la maduración reproductiva total. Sin embargo, en el campo de la Biología se afirma que no es hasta los 15 años que esta capacidad podría considerarse estable (Phillips, 2014). Independiente de estas inconsistencias, la intervención de las construcciones sociales, los medios de comunicación, la familia, las instituciones y los pares influyen de forma sustancial en la forma en que la y el joven comienza a percibirse como un ser sexual. Influenciada o influenciado por estas imposiciones, se entablan relaciones amorosas y surge una sobrevaloración del cuerpo y el control de las emociones se ve limitado (Scherf, Smyth y Delgado, 2013).

La vulnerabilidad a la que se enfrentan las y los jóvenes durante el proceso de la pubertad y adultez temprana podría salvaguardarse, si la sexualidad se presenta desde un enfoque de la protección de los derechos (Yago-Simón, 2015). De esta forma, el abordaje surge de una perspectiva integral sobre las influencias del colectivo y las realidades de cada persona. Desafortunadamente, el tema de las relaciones coitales, como una dimensión de la sexualidad, es tratado como un “tabú”. Este término hace referencia a una inhibición que resulta de aversiones, emociones o costumbres sociales (Calvo-Shadid, 2011). A raíz de estas prohibiciones se alimentan los mitos (UNICEF, 2014), desembocando en prácticas sexuales que posteriormente serán condenadas y tratadas como problemas sociales. Algunos y algunas jóvenes adoptan una postura de sumisión e ignorancia frente a los temas relacionados al control de su cuerpo.

En las diferentes construcciones del género, las y los jóvenes son impulsadas e impulsados e identificados e identificadas como protagonistas de la transformación social, sin olvidar el espacio que se le ha asignado en la sociedad. Serán censuradas o censurados cuando asumen, por derecho, el control de su cuerpo y educación sobre el mismo y cuestionadas o cuestionados cuando no cumplen con los cánones sociales. La demonización de los embarazos o el contagio de las ITS en las y los jóvenes ejemplifica las intenciones que la sociedad pueda tener hacia ellas y ellos; primero las y los forma y luego las y los repudia.

### **Infecciones de Transmisión sexual**

Hace 30 años las Infecciones de Transmisión Sexual fueron reconocidas como una epidemia propagada en todo el mundo (Smith y

Whiteside, 2010). Aunque la alerta por su propagación surgió recientemente, datos históricos señalan que estas infecciones fueron reconocidas desde el Siglo XVI. Sin embargo, no existe un consenso con relación a su origen. Vera-Gamboa (1998) identifica la intervención de la Iglesia Católica en la regulación de las prácticas sexuales como una de las posibles causas que promovieron el tabú en los temas relacionados con la sexualidad, incluyendo el abordaje de las ITS. En la actualidad, el contagio de estas infecciones no es homogéneo. Una de las posibles causas por las que estas infecciones son más recurrentes en algunos países de América Latina, Asia, el Norte de África y el Medio Oriente es la marginación social y política de estos grupos. Como parte de esta marginación se destaca la pobreza, la falta de acceso a una educación sexual, el abuso sexual y el abuso de sustancias (Álvarez-Mesa, Domínguez-Gómez y De la Torre-Navarro, 2014; Institute of Medicine, 1997).

Las ITS se encuentran conformadas por un grupo heterogéneo de infecciones transmisibles que se obtienen mediante relaciones sexuales, con y sin penetración sexual (Álvarez-Mesa et al., 2014). Estas infecciones se clasifican en curables y no curables. Las ITS curables, más comunes, son la sífilis y la gonorrea. El VIH, el herpes genital, las verrugas genitales y la hepatitis B son ITS no curables. La infertilidad, ciertos tipos de cáncer y el desarrollo de enfermedades crónicas son algunas de los efectos relacionados a su contagio.

En los EE. UU. más de 700,00 personas han muerto desde el 1981. Según la Avert (2020), las minorías raciales se encuentran más propensas al contagio de estas infecciones, particularmente el VIH. Las personas Afro-

americanas y Latinas han alcanzado un número mayor de diagnósticos, con relación a la población total de los EE.UU. Las y los jóvenes son un grupo que representa una población vulnerable al contagio de las ITS. En el año 2017, 56% de los nuevos casos reportados de VIH fueron personas entre los 13 y 34 años.

Aproximadamente, dos millones de personas viven con VIH en América Latina y el Caribe y en el año 2018 se reportaron 100,000 nuevos casos de otras infecciones. Se estima que 41,700 personas han muerto por alguna ITS o condición relacionada en esta región (Avert, 2020). En Puerto Rico, el Programa de Prevención de ETS/VIH del Departamento de Salud (2018) reportó un alza en los casos confirmados de gonorrea. De igual forma, se confirmó que hubo un aumento de un 50% más de diagnósticos de sífilis. En el caso de la sífilis latente temprana, los casos reportados triplican la cantidad de diagnósticos en el 2008. Este último tipo de infección no manifiesta síntomas, pero es infecciosa. Por otro lado, la incidencia de herpes genital también reflejó un aumento, al diagnosticarse 2,000 casos en Puerto Rico. Este número representa el total de casos mayor de la pasada década. La mayoría de las infecciones han sido diagnosticadas en mujeres.

En entrevista con un rotativo local (Rodríguez-Grafal, 10 de julio de 2019), el epidemiólogo José Colón García, supervisor de la Oficina de Vigilancia de ETS del Departamento de Salud, sostuvo que en el caso del VIH, aunque el número de casos disminuyó un 52% desde el año 2010, un total de 18,400 personas vivían en Puerto Rico con este diagnóstico y se estimaba que alrededor de 29,000 habrían fallecido a causa del virus. Este mismo funcionario añadió que la prevalencia de los contagios de las ITS se

debía al uso de las pastillas anticonceptivas como único método de protección. Es importante destacar que esta idea es errónea pues las pastillas anticonceptivas son un método de control natal pero no previenen las ITS. La manera más efectiva de minimizar el contagio de estas infecciones es utilizar condones femeninos o masculinos (Center for Disease Control and Prevention, 2019).

### **Mujeres y las Infecciones de Transmisión Sexual**

Según los datos de la UNICEF (2014), hace más de una década, las personas entre las edades de 15 y 24 años eran las de mayor riesgo para contraer una ITS. Los nuevos casos provienen mayormente de mujeres jóvenes (UNICEF, 2014). Según la Organización Mundial de Salud (OMS en Barros et al., 2001), las infecciones de transmisión sexual representan un grave problema de Salud Pública en todo el mundo. Usualmente, los grupos de jóvenes son considerados el blanco prioritario en las intervenciones de prevención. Esto se debe a las implicaciones directamente relacionadas a los riesgos que se desarrollan durante el período de la pubertad. Factores asociados con las múltiples parejas sexuales, la escasa utilización de los métodos anticonceptivos, los mitos, las prohibiciones, los prejuicios, las actitudes y el acceso limitado a la educación sexual o la atención médica podrían influir en el contagio de las ITS. Se presenta un peor escenario para las mujeres jóvenes, las cuales se enfrentan a las disparidades de género que las colocan en mayor riesgo de contraer alguna de estas; representando esto una mayor carga.

Los factores sociales y económicos también conforman una red compleja de realidades asociadas a la pobreza y la poca o ninguna

educación disponible. Esta ayudaría a modificar hábitos o actividades sexuales riesgosas. Las mujeres jóvenes pueden encontrarse en espacios más pobres, comparados con los hombres, reduciendo esto sus opciones en la práctica de conductas sexuales seguras.

### **Embarazo: Realidades subyacentes**

Resulta relevante reflexionar sobre las realidades subyacentes de cada mujer que se encuentra en un proceso de gestación. Se ha reconocido que los factores determinantes en el embarazo de adolescentes trascienden el plano de la salud. Es preciso abordar el contexto económico del cual provienen las adolescentes, el ingreso de su hogar o los niveles de escolaridad de sus padres y madres. La posible noción de pobreza que se le atribuye a la mujer embarazada puede deberse a que, antes de iniciar su gestación, ya se encontraba en niveles bajos de pobreza. También existe una asociación entre las mujeres madres que han tenido a sus hijos o hijas a temprana edad y la posibilidad de tener hijas que inicien etapas de gestación y crianza siendo jóvenes (García-Hernández, 2014). La frase “niñas criando niños” es parte del argot social enjuiciador.

Tomando en consideración las diversas manifestaciones de una sociedad patriarcal, se puede destacar la sobrevaloración de la maternidad como un factor de opresión para las mujeres. La maternidad es representada con regularidad como la transición verdadera entre la juventud y la adultez. En un entorno donde las posibilidades de movilidad son escasas, particularmente en Puerto Rico donde el 45% de la población viven en una situación de pobreza (State Data Center de Puerto Rico, 2019), ser madre representa un espacio de seguridad y respeto (Salvatierra-López et. al,

2005). Esta relación entre maternidad y adultez también es representativa de la desigualdad de género que se encuentra arraigada a la cultura puertorriqueña. Se establecen estándares que la mujer debe alcanzar para complacer aquellas expectativas sociales de “feminidad”.

Avilés-Ruiz (2009) discute el significado que un grupo de jóvenes puertorriqueñas le dan a la maternidad, haciendo referencia al rol interiorizado de cuidadora que se le atribuye a las mujeres y cómo, a raíz de esta construcción, se desencadenan otros sucesos que corresponden al poco o ningún control que las mujeres pueden tener sobre estas ideas y las repercusiones que tienen sobre su vida sexual-reproductiva. Esta omisión de los derechos humanos, la cual interviene en la libertad y autonomía que las mujeres podrían tener para decidir con responsabilidad si desearan tener hijas, hijos o no, con quién tenerlos, la cantidad, las circunstancias o el momento, ocurre desde aquellas políticas que limitan el acceso que puedan tener a los servicios de planificación familiar, educación sexual y servicios de salud.

Como parte de las prácticas sexuales que las jóvenes podrían adoptar, entre todas las realidades que las circunden, se encuentra la educación que reciben por parte de las diferentes instituciones y programas educativos. La Educación Sexual, como parte de la educación dentro y fuera de las instituciones, es reconocida como una importante estrategia que permite a las y los jóvenes comprender y tomar decisiones autónomas y responsables sobre sus emociones, su sexualidad y su salud sexual y reproductiva. Yago-Simón (2015) sugiere que los programas de educación sexual basados en derechos y con enfoque de género pueden conducir a la

equidad. En la búsqueda de un trato justo, las mujeres jóvenes deberían percibirse como seres sexuales, cambiantes y vulnerables a las presiones sociales que, comúnmente, son discutidas desde una perspectiva superficial.

Muchas personas consideran que la maternidad en jóvenes es un problema social. Esta idea se le atribuye a los retos académicos y profesionales que una joven madre puede enfrentar, luego de vivir el proceso de gestación (UNICEF, 2014, p.22). En algunos casos, el embarazo a temprana edad puede obstaculizar el trayecto escolar, universitario o profesional de la mujer. Es importante destacar que este evento interviene o podría retrasar su inserción al mundo laboral. Al tratarse de una reacción en cadena, las complicaciones que trae consigo la maternidad a temprana edad podrían reproducir espacios de pobreza, sumisión y poco o ningún control en la práctica de sus derechos reproductivos. De igual forma, las jóvenes pueden experimentar un sentir de desmotivación y reflejar actitudes de aislamiento. Esto frente a una sociedad que ha contribuido en la percepción que tienen sobre ellas mismas y la otredad, y condenándolas por una realidad con un trasfondo mucho más complejo de lo que se percibe.

Un periódico en Puerto Rico, *Primera Hora* (30 de marzo de 2019), reportó los resultados de una investigación realizada por una funcionaria gubernamental, Maricarmen Mas Rodríguez. Estos reflejan que en Puerto Rico, para el año 2018, habían 316 estudiantes embarazadas en el sistema de educación pública. En un informe publicado por el Departamento de Educación de Puerto Rico (2018), relacionado con la deserción escolar, se informa que para el año 2018, 21 estudiantes abandonaron la escuela por motivos de un embarazo.

Por otra parte, la diversidad de modelos familiares, estructuras y construcciones sociales puede influir en las decisiones y las posturas que las mujeres asumen en distintos países. Muchas de sus determinaciones podrían surgir como una forma de escapar de una realidad perturbadora, de violencia, dependencia y sumisión. El embarazo en adolescentes podría considerarse una señal de emancipación y una respuesta a una sociedad patriarcal. Una mujer que proviene de un hogar donde ocurren eventos de violencia constantes, se oprime su opinión, o el nivel de pobreza es alto, posiblemente busque alternativas de refugio en un intento de controlar su vida. En espacios de empobrecimiento material, iniciar un proceso gestacional representa una realización (Avilés-Ruiz, 2009). Cuando las salidas que garantizan la estabilidad económica, emocional o social se encuentran obstruidas, retrasar un embarazo no ayuda a cambiar su estado (Kearney y Levine, 2012).

### **Identidad de género**

De acuerdo con Gilligan (1993), en el desarrollo de la identidad, las niñas se enfrentan a la desigualdad de género. Desde la cuna hasta la pubertad, la maternidad, más que una libre elección, es una imposición. En las diferentes representaciones del género, el rol de cuidadora en las mujeres se encuentra muy interiorizado. En una idealización sobre este proceso, las jóvenes se ven expuestas a presiones constantes que plantean como realidad la necesidad que tienen las jóvenes de confirmar su “feminidad” a través de un embarazo (Avilés-Ruiz, 2009). En las zonas rurales de países de América Latina y el Caribe, y donde los casos de embarazos en jóvenes son más frecuentes, la maternidad es vista como un

factor indisoluble de la “feminidad” (Guzmán Hakkert, Contreras y De Moyano, 2001 en Ortiz-Resto, 2010). Esta idea se encuentra atada a realidades sociales y económicas que limitan el acceso que la joven puede tener a la escolarización u opciones de logros antes de llegar a un embarazo.

Avilés-Ruiz (2009) discute cómo un grupo de jóvenes puertorriqueñas, en la búsqueda de aceptación e influenciadas por las ideas de amor romántico, encontraron en una pareja, y posteriormente en su hijo o hija, una fuente de afecto, seguridad y estabilidad que, posiblemente, no habrían encontrado en los entornos donde se habían desarrollado. En la búsqueda de un posible “equilibrio”, el cual incluye aspectos emocionales y otros asociados al “prestigio social”; se retorna a las manifestaciones sexistas y opresoras en donde la mujer no reconoce el control que tiene sobre su cuerpo, atribuyéndole al hombre el rol protagonista.

Aunque las diferentes dinámicas que conforman la cultura patriarcal suelen responsabilizar a la mujer de un embarazo, particularmente durante la adultez temprana, los jóvenes también se enfrentan a unas demandas establecidas por los roles de género. Como parte de estas demandas, se incluye un imaginario de masculinidades en los que, al igual que en las féminas, el convertirse en padres representa un acto de realización como “varón adulto”, en mandato de la masculinidad hegemónica, como muestra de hombría para los pares (Olavarría y Parrini, 2000). Ramírez (1999), en Guzmán, Hakkert, Contreras y De Moyano (2001), indica que muchos de los comportamientos autodestructivos o riesgosos, como lo es el contagio de una ITS o un embarazo no deseado, que realizaron los jóvenes son producto

de presiones externas con la intención de probar su hombría o que esta no sea cuestionada. Uno de los riesgos que asumen es el tener relaciones coitales sin protección. Una de las mayores frustraciones a la que los jóvenes se exponen durante su etapa de adultez temprana es el sentido de incertidumbre que provoca en estos el sentirse obligados o influenciados por ciertas conductas hegemónicas. Estas pueden llevarlos a adoptar comportamientos inseguros como lo es la actividad sexual sin protección, el riesgo de contagio de alguna ITS, las múltiples parejas sexuales, los embarazos no deseados, el alcoholismo y la violencia (Aguirre y Güel, 2002 en Ortiz-Resto, 2010).

Según Olavarría y Parrini (2000), muchos jóvenes reconocen la paternidad como un proceso sumamente complejo. Según su percepción, como una construcción social, la maternidad es un instinto natural, mientras que la paternidad es un proceso que debe aprenderse. Algunos autores como Olavarría y Parrini (2000) y Gallardo, Gómez, Muñoz y Suárez (como se cita en Ortiz-Resto, 2010) afirman que los efectos de un embarazo no deseado en los hombres varían, según su estado socioeconómico. Aquellos que provienen de una familia de nivel económico medio o alto asocian el embarazo como una limitación en su proyecto de vida, mientras que aquellos que provienen de familias pobres, reciben la noticia de manera positiva al ser esto un motivo que los estimula a abandonar prácticas riesgosas, como lo es el narcotráfico. Sin embargo, para ambos grupos, cumplir con la expectativa social de ser un buen proveedor suele ser una presión que, en algunos casos, los puede llevar al abandono del o la menor, no asumir responsabilidad o la perpetuación de los espacios de pobreza, al verse

obligado a ofrecer un sustento económico. En Puerto Rico, Ortiz-Resto (2010) identificó algunas de las barreras que enfrentaron un grupo de hombres al convertirse en padres. Indicaron la crítica de los demás, las acciones, los rechazos y los señalamientos de los suegros o las suegras, el sustento económico y las acciones tomadas por su pareja, como limitaciones durante esta etapa.

### **Uso de anticonceptivos**

Considerando a la población juvenil como un grupo vulnerable en el contagio de las ITS o los embarazos no deseados, Jaccard (2009) desarrolló un enfoque socio-ecológico con la intención de abordar el uso de anticonceptivos entre jóvenes que se encuentran en la etapa de adultez temprana. Destaca cinco categorías que conforman su modelo: selección de anticonceptivos, consistencia del uso de anticonceptivos, cambio de anticonceptivos, uso correcto de anticonceptivos y comunicación de pareja. Concentrándonos en el uso de anticonceptivos, Jaccard subdivide esta categoría en niveles y concluye que el uso de anticonceptivos se verá influenciado por diversos factores que se encuentran agrupados en el nivel proximal, casi proximal, casi distal y distal.

En el nivel proximal del modelo de análisis para las conductas de anticoncepción, Jaccard (2009) estipula que el comportamiento de las y los jóvenes podría encontrarse dirigido por intenciones (e.g., la persona que tiene la intención de utilizar un anticonceptivo probablemente lo usará). En el nivel casi proximal se incluyen las percepciones que las personas puedan tener con relación a su imagen social, la autoeficacia, la autoestima, la independencia, las presiones sociales, el grado de satisfacción por su vida y

las presiones emocionales. Los rasgos de personalidad, los valores, las motivaciones, las actitudes, la salud mental y el consumo de alcohol o drogas son los determinantes incluidos en el nivel casi distal. Finalmente, en el nivel distal se incluirán aquellos elementos asociados al entorno de la persona. Entre estos elementos se encuentran la familia, las relaciones entre los pares, las instituciones educativas, los sistemas gubernamentales, la iglesia, las políticas públicas, los medios de comunicación y los rasgos particulares de cada cultura.

### **Factores que influyen en el uso del condón y pastillas anticonceptivas**

De acuerdo con el enfoque socio-ecológico de Jaccard (2009), en los niveles casi proximal, casi distal y distal, se han ubicado los factores internos y externos que se abordaron en esta investigación. Con la intención de crear una agrupación que facilite una mayor comprensión, el nivel casi proximal atiende ciertos factores o variables internas y los niveles casi distal y distal se asocian con los factores externos que influyen en el acceso y uso de anticonceptivos en estudiantes universitarios.

#### **Factores internos**

Los factores internos son aquellos elementos que conforman el ambiente más cercano a la persona, considerando los rasgos propios de su personalidad y la manera en que percibe o comprende algo. Para propósitos de esta investigación, estos incluyen las diversas interpretaciones que las y los jóvenes pueden tener acerca de los efectos físicos del uso de las pastillas anticonceptivas y el condón. También aborda el grado de asertividad sexual que la o el joven puede tener, y la manera en que puede

conducir o limitar la comunicación relacionada con la toma de decisiones sobre la sexualidad y las experiencias sexuales entre parejas.

En el caso de las mujeres, se atienden las interpretaciones que pueden tener acerca de los efectos del uso de las pastillas anticonceptivas, entre estos los físicos se destacan los cambios en el peso corporal. Este “efecto secundario”, a reflejarse en el físico, podría tener implicaciones en la autoimagen de la mujer; pudiendo condicionar el uso, no uso o discontinuidad del método. Con respecto a los hombres, se explora cómo las ideas asociadas a la reducción de placer, al utilizar el condón, podría interferir en la decisión de uso o no uso del mismo. Es importante destacar que las mujeres también pueden poseer esta percepción, por lo que en este estudio se contempla esta variable para ambos sexos.

Por otro lado, y respecto a las habilidades de comunicación sexual, se intenta establecer una relación entre los comportamientos sexuales asertivos y la manera en que podrían circunscribir los procesos de negociación en el uso de las pastillas anticonceptivas y el condón. En resumen, los factores internos que se consideran en esta investigación son: los efectos físicos del uso de las pastillas anticonceptivas (i.e., aumento de peso) y el condón (i.e., reducción de placer) y la asertividad sexual, como la habilidad de establecer una comunicación sexual.

### **Efectos físicos del uso de las pastillas anticonceptivas**

Según la Clínica Mayo (2019), la función de las pastillas anticonceptivas, en su definición más simple, es evitar que los ovarios liberen un óvulo. Sin ovulación no hay fecundación. Por lo tanto, este método, de emplearse correcta y consecutivamente, puede ser utilizado por

las mujeres en la prevención de embarazos. En su composición química, estas pastillas son una combinación de estrógeno y progesterona. Estas hormonas artificiales pueden provocar un sinnúmero de efectos secundarios, tales como: cambios en los ciclos menstruales, náuseas, cambios en el estado de ánimo, sensibilidad en las mamas y aumento de peso (MedlinePlus, 2019).

En particular, el aumento de peso es producto de un incremento en masa muscular por depósitos de grasa o la retención de fluidos, teniendo esto repercusiones en la autoimagen. Para Vernieri (2006), la autoimagen es la aceptación positiva, o negativa, que una persona tiene sobre lo que esta refleja a los y las demás. Esta percepción podría encontrarse basada en la apariencia personal. Ciertas investigaciones demuestran que las mujeres reportan mayores niveles de insatisfacción hacia sus cuerpos, sometiéndose a dietas para controlar o perder peso (Heatherton, Nichols, Mahamedi, y Keel, 1995 citado en Grover, Keel & Mitchell, 2003). La manera en que las mujeres perciben el aumento de peso, y su influencia en el aspecto corporal, es diferente a la forma en que los hombres lo hacen. Estas diferencias podrían deberse a los cánones de belleza definidos en la cultura occidental, la cual promueve unas características particulares sobre el cuerpo "ideal" de la mujer (Barnett, Keel y Conoscenti, 2001).

El aumento de peso, como efecto del consumo de las pastillas anticonceptivas, es un debate en la comunidad científica. Según el Institute for Quality and Efficiency in Health Care (2006), esta idea se encuentra fundamentada en un mito, ya que no existe evidencia empírica que lo compruebe. Esta institución afirma que los cambios en el peso corporal de

una mujer que usa estas pastillas anticonceptivas podrían relacionarse con la retención de líquidos o a un aumento de grasa, y no está vinculado directamente con el medicamento. Este asunto aún es tema de discusión en la Ciencia. Littlejohn (2013) muestra como el desconocimiento basado en la ausencia de evidencia empírica, influye en las ideas de las mujeres sobre el aumento de peso, como un efecto secundario. Así también los mensajes culturales relacionados a las implicaciones del incremento de masa corporal se combinan e intervienen en las decisiones relacionadas con el uso de las pastillas anticonceptivas.

### **Investigaciones relevantes**

Varias investigaciones, incluidas algunas en la siguiente sección, abordan los conceptos que las mujeres pueden tener con respecto a los efectos secundarios provocados por el uso de las pastillas anticonceptivas. Se describen algunos de los estudios desarrollados en las pasadas dos décadas, con la intención de demostrar que el aumento de peso sigue siendo una idea que, aunque probablemente falsa, continúa condicionando el acceso y uso de estas pastillas.

Guendelman, Denny, Mauldon y Chetkovich (2000) exploraron las percepciones que mujeres (de 21 a 44 años), de tres comunidades de escasos recursos económicos en California, tenían respecto a la seguridad y los efectos secundarios de las pastillas anticonceptivas u otros métodos inyectables. En los grupos focales realizados, las mujeres compartieron preocupaciones relacionadas con los efectos adversos a la salud que este método podía provocarles. El efecto secundario repetido con mayor frecuencia entre las participantes fue el aumento de peso. Las mujeres

compartieron su experiencia haciendo referencia a un aumento drástico en su peso corporal. Algunas indicaron haber duplicado su peso y haber sentido un incremento en su apetito. Otras participantes no compartieron información basada en su experiencia, sino que mencionaron experiencias vicarias de otras conocidas que habían experimentado un aumento en el peso. Estas interpretaciones influyeron directamente en que las mujeres evitaran, cambiaran o descontinuaran el uso de este método.

En una Clínica de Planificación Familiar en San Francisco, California, Harper, Brown, Foster-Rosales y Raine (2010) administraron un cuestionario a 1,387 mujeres, entre las edades de 15 a 24 años, que seleccionaron y comenzaron a utilizar un método anticonceptivo hormonal. El propósito de la investigación fue auscultar los factores que influyeron en la dinámica de proveedor-cliente, al momento de una persona encontrarse en el proceso de selección de estos métodos. Entre los hallazgos se destaca que 41% de la muestra se mostraron escépticas ante los efectos secundarios de las pastillas anticonceptivas, considerando que estas tendrían repercusiones en su peso.

Con un propósito similar, aunque concentrado en abordar las disparidades raciales en el acceso, el uso y la información acerca de anticonceptivos, Rocca y Harper (2012) completaron cuestionarios telefónicos de un grupo de 1,800 mujeres, entre las edades de 18 y 29 años, en los EE.UU. Las y los autoras hallaron que 42% de las participantes pensaban que era extremadamente o bastante probable que aumentarían de peso al utilizar la pastilla anticonceptiva.

Por otro lado, Hall, O'Connell-White, Rickert, Reame y Westhoff (2013) estudiaron cómo la percepción de aumento de peso, por el consumo de las pastillas anticonceptivas, influyó en la discontinuidad del uso de este método. Las participantes, con edades entre 13 y 24 años y mayormente latinas, asistieron a una Clínica de Planificación Familiar en Nueva York. De aquellas participantes diagnosticadas con un desorden alimenticio de moderado o severo, 51% afirmó haber detenido el consumo de estas pastillas porque sintieron haber enfrentado cambios drásticos en su peso.

Desde una perspectiva social, Littlejohn (2013) discute como la visión distorsionada por los aspectos de género y de los cuerpos de las mujeres, le atribuye un significado negativo al aumento de peso como resultado del uso de las pastillas anticonceptivas. La investigadora llevó a cabo entrevistas individuales a 103 estudiantes, provenientes de cuatro universidades en San Francisco, California. De las 67 jóvenes que informaron haber percibido algún efecto secundario negativo, 39% indicó haber aumentado de peso. Con relación al uso o no uso de las pastillas anticonceptivas, algunas participantes mencionaron haber intentado combatir el peso, cambiar a otro método, detener su uso o continuar utilizando el método, aunque esto las hiciera sentir infelices e inseguras con su cuerpo. En el 2018, Nelson et. al (2018) reportaron resultados similares en mujeres estadounidenses. De 5,957 cuestionarios enviados por correo electrónico, 57% de las mujeres lo respondieron y afirmaron haberse sentido preocupadas por aumentar de peso, antes de comenzar a utilizar las pastillas anticonceptivas.

Estas investigaciones presentan un conjunto de experiencias de un tema que no ha sido abordado con profundidad en la literatura científica. Es

muy probable que este tema no forme parte de las discusiones académicas, pues la Ciencia no ha confirmado los efectos adversos del fármaco. Sin embargo, las investigaciones muestran que las percepciones de las jóvenes, fundamentadas o no en aspectos psicológicos o mitos, requieren una comprensión más profunda de las ideas y los comportamientos vinculados con el uso de las pastillas anticonceptivas.

### **Efectos físicos del uso del condón**

La sensación de placer asume un rol fundamental en las prácticas sexuales (Randolph, Pinkerton, Bogart, Cecil y Abramson (2007). El condón, como el método anticonceptivo ideal en la prevención de embarazos y contagios de las ITS, funciona como una barrera que limita el contacto físico, reduce la sensación táctil y disminuye la transferencia de calor corporal, influyendo esto directamente en la reducción de la sensación de placer.

En un trabajo previo, la investigadora realizó una revisión de literatura de estudios que abordaron los factores que limitaron el acceso y uso del condón en el estudiantado universitario de diferentes países, tales como Nigeria, los EE.UU. y Colombia (Elizabeth-French y Holland, 2013; Estupiñán-Aponte, Amaya-Estupiñán y Rojas-Jiménez, 2012; Foreman, 2003; Idowu, Nwokocha, Akpan, Vincent y Ter, 2017; Kanda y Mash, 2018; Olaniran, Persson y Oyekanami, 2012; Olley y Rotimi, 2003; Tung, Cook y Lu, 2012; Yaw, 2012). Aunque las características sociodemográficas de las y los participantes eran diversas, los factores que identificaron como determinantes en el acceso y uso de este método fueron similares. Se destaca la reducción de placer como uno de los factores que condicionaron el usar o no un condón. Para las y los jóvenes, la incomodidad física

provocada por el método y la disminución en las sensaciones resultantes de la relación coital influyeron, directamente, en la decisión de no utilizarlo. En un segundo proceso de revisión de literatura, la investigadora decidió limitar las investigaciones a aquellas desarrolladas en los EE.UU. Esto debido a la influencia política, legal, económica, educativa y sociocultural que este país tiene en Puerto Rico.

Randolph, Pinkerton, Bogart, Cecil y Abrams (2007) estudiaron cómo las percepciones acerca del placer de estudiantes subgraduados de una Universidad en California se encontraban relacionadas con el uso del condón. Una muestra de 80 mujeres y 35 hombres contestó un cuestionario que incluía diferentes ítems que exploraban la percepción de placer tenían frente a diversas situaciones. Ambos grupos identificaron el condón como un método de barrera físico que reducía el placer del acto coital. Sin embargo, las respuestas de los hombres reflejaron por cientos más altos respecto a la percepción negativa del condón, influyendo en negarse a usarlo.

Existe una tendencia en las investigaciones, previamente mencionadas, a contemplar las actitudes hacia el uso del condón, considerando principalmente las percepciones de los hombres acerca de la disminución del placer (Elizabeth-French y Holland, 2013; Estupiñán-Aponte, et al., 2012; Foreman, 2003; Idowu, et al., 2017; Kanda y Mash, 2018; Olaniran, et al., 2012; Olley y Rotimi, 2003; Tung, Cook y Lu, 2012; Yaw, 2012). Es muy probable que estas se encuentren influenciadas o compartan el propósito de explorar cómo las dinámicas de género pueden condicionar las prácticas sexuales. Esto asumiendo que, en las relaciones coitales, el hombre considera mayormente los aspectos de satisfacción física, mientras

que la mujer considera otros elementos emocionales (Edwards & Barber, 2010).

Higgings y Hirsch (2008) muestran resultados muy interesantes con respecto a la percepción que la mujer, como ser sexual, tiene acerca de la disminución del placer provocada por el uso del condón. Explorar estas interpretaciones, desde la perspectiva de la mujer, es muy importante pues permite profundizar en las ideas, las sensaciones y las construcciones que pueden tener e influir en el desarrollo de comportamientos sexuales riesgosos. La muestra de participantes fue de mujeres y hombres mayores de 18 años. Se destacan las respuestas de las mujeres, quienes afirmaron evitar el uso del condón por los efectos físicos que provocan en sus cuerpos, tales como sequedad vaginal, disminución en la sensación e incomodidad. En los efectos más específicos, añadieron que el material, el olor y el sabor del condón provocaba en ellas una sensación no deseada.

En una comunidad en Connecticut, Corbett, Dickson-Gómez, Hilario y Weeks (2009) entrevistaron a un grupo de jóvenes, mayores de 18 años, vulnerables al contagio con alguna de las ITS. La intención era entender qué elementos influían en las decisiones asociadas con el uso del condón. En los hallazgos discuten cómo la disminución de placer es un elemento importante que limita su uso. Además, establecen un vínculo interesante con la intimidad afectiva. Para algunos y algunas participantes, la necesidad de un placer físico se encontraría relacionada con los deseos de satisfacer ciertos aspectos emocionales.

Por su parte, Higgins y Wang (2015) analizaron los datos sobre conductas sexuales del grupo de jóvenes, entre 15 y 24 años, que

participaron en el *National Survey of Family Growth*. Este instrumento incorpora preguntas vinculadas con aspectos sociodemográficos, psicológicos y de placer con el uso del condón. Un 78% de los y las participantes afirmaron que utilizar el condón tendría algún efecto negativo en la sensación de placer. Las autoras sugieren que las percepciones acerca de cómo el condón reduce el placer sexual están más asociadas con no usarlo, comparado con las otras variables exploradas.

### **Asertividad sexual**

En la sección pasada se discutió cómo los efectos físicos provocados por las pastillas anticonceptivas y el condón podrían considerarse un factor interno que influye en la toma de decisiones relacionadas con usarlos. El aumento de peso o la reducción de placer son dos de los muchos aspectos que los y las jóvenes podrían considerar, al momento de utilizar dichos métodos. Aunque en las investigaciones mencionadas previamente, las y los participantes compartieron que el aumento de peso y la disminución de placer fueron determinantes en el uso del condón o las pastillas anticonceptivas, estos hallazgos no implican que las y los jóvenes posean habilidades de comunicación sexual para negociar su uso. Letourneau y O'Donohue (1995), citado en Jiménez-González, Andrade-Palos, Palacios-Delgado y Betancourt-Ocampo (2007), definen las habilidades de comunicación sexual como una conducta aprendida que influye en las interacciones que una pareja puede tener al momento de tomar de decisiones relacionadas con sus prácticas o conductas sexuales. En otras palabras, la comunicación sexual hace referencia a la capacidad que una

persona tiene para expresar sus deseos o preferencias en las relaciones coitales.

Este tipo de comunicación ha sido identificada como una estrategia en la prevención de las ITS y los embarazos no deseados, al considerarse elementos protectores ante conductas sexuales riesgosas (Jiménez-González et al., 2007). Un elemento inherente a las habilidades de comunicación sexual es la asertividad. De manera general, Dee Galasi (1977), citado en Caballo (1983), define la asertividad como una habilidad social que facilita el proceso de comunicación de los sentimientos, las preferencias, las necesidades y las opiniones sobre otra persona, sin menospreciarla, forzarla o utilizarla. En un contexto relacionado con los comportamientos sexuales, DiClemente y Wingwood (1995) definen la asertividad sexual como la acción de exigirle a una pareja que utilice un condón en el acto coital. Esta definición podría ser algo limitante pues la considera como una acción final, sin considerar las percepciones e ideas que estimulan o motivan a las acciones individuales.

Desde un abordaje más profundo, Morokoff et al. (1997) sostienen que la asertividad sexual se basa en el derecho humano a la autonomía. Señalan que las personas poseen, totalmente, el derecho sobre sus cuerpos y su sexualidad. Esto implica también un control de sus experiencias sexuales. De acuerdo con su definición del constructo de asertividad sexual, desarrollaron la *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation* (1997). Este instrumento intenta medir los siguientes componentes: iniciación de una relación coital, rechazo de una relación coital y dinámicas de comunicación relacionadas con la prevención de las ITS y los

embarazos no deseados. Para propósitos de esta investigación, el último componente representó la dimensión más importante del instrumento. En este se contempla cómo el nivel de asertividad, vinculado con la habilidad de comunicación sexual, interviene en la toma de decisiones relacionadas con el uso de anticonceptivos y el condón. Aquí, la asertividad se considera como un factor interno, que podría o no, influenciar en la decisión de usar un condón o pastillas anticonceptivas.

Auslander, Perfect, Succop y Rosenthal (2007) describieron como las percepciones de asertividad que jóvenes, entre 15 a 21 años, tenían sobre sí mismas se vinculan con variables interpersonales. Una muestra de 106 participantes fue seleccionada en clínicas escolares o universidades locales de Texas y contestaron la *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation* (Morokoff et al., 1997). Especialmente, los resultados en el componente que aborda la prevención de embarazos o el contagio de ITS, sugieren que las jóvenes que habían experimentado relaciones coitales por mayor tiempo o asumieron relaciones coitales sin protección, con frecuencia, utilizaban menos los métodos anticonceptivos. Esto se debe a que, según las relaciones establecidas por las y los autores, las participantes tuvieron menor capacidad, o asertividad, para rechazar conductas sexuales riesgosas.

En una clínica de Planificación Familiar en Texas, vinculada con una universidad aledaña, Rickert, Sanghvi y Wiemann (2002) examinaron el vínculo entre la asertividad sexual, la toma de decisiones y las conductas sexuales riesgosas. Un grupo de 904 mujeres, con edades entre los 15 y 26 años, respondieron un cuestionario que exploró aspectos sociodemográficos

y otros componentes relacionados con la violencia y la asertividad sexual percibida. Un hallazgo relevante es que 20% de las participantes afirmaron que nunca habían tenido el derecho de tomar sus propias decisiones con relación al uso de anticonceptivos.

Con un propósito similar, Noar, Morokoff y Redding (2002) indagaron acerca de diferentes variables, incluyendo la asertividad sexual. En el cuestionario administrado, incluyeron ítems en el componente que abordaba la prevención de ITS o embarazos no deseados en la *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation* (Morokoff et al., 1997). A diferencia del estudio de Auslander et al. (2007), utilizaron tres muestras de estudiantes, hombres mayores de 18 años, en los EE.UU. Los resultados, considerando la variable de asertividad, demuestran que los hombres con mayor capacidad asertiva fueron menos propensos a iniciar relaciones coitales sin protección. Además, mostraron que existe una relación entre la asertividad, no solo con la insistencia del uso del condón, sino con la habilidad de retirarse del acto, si alguna persona se negara a utilizar algún método de protección. Según se mencionó anteriormente, la asertividad es un elemento que limita o facilita la comunicación sexual. Un o una joven que se perciba asertivo o asertiva, podría iniciar un proceso de negociación con relación al uso del condón o las pastillas anticonceptivas.

### **Factores externos**

Los factores externos son aquellos elementos que conforman las interacciones que el o la joven puede tener con personas o ambientes de su entorno inmediato. Esta investigación comprende la coerción sexual de la pareja íntima, la comunicación sexual parental, las barreras en el acceso a

los servicios de salud sexual en la universidad y el uso de alcohol y drogas (e.g., marihuana) como factores externos.

### **Coerción sexual**

Al parecer, el uso de anticonceptivos se ha ido normalizando en los E.E.U.U. a lo largo del tiempo (Fennell, 2011). El método más común de control natal utilizado por las mujeres son las pastillas anticonceptivas, mientras que en los hombres el método más utilizado es el condón o el retiro del pene, antes de la eyaculación (CDC, 2019). Estos últimos dos métodos han demostrado ser inseguros (Jones, Fennell, Higgins y Blanchard, 2009), debido a fallas en su uso. Sin embargo, colocan a los hombres en una posición privilegiada con respecto a la prevención de las ITS y los embarazos. Las mujeres, por el contrario, dependerían de una negociación exitosa acerca del uso del condón (Fennell, 2011).

A la fecha de esta investigación y conforme a las gestiones realizadas por la investigadora, los datos encontrados acerca del uso de anticonceptivos en Puerto Rico corresponden al año 1996. Estos se recopilaron mediante la *Encuesta de Salud Reproductiva* (Dávila et. al, 1998). Destacan que, en el grupo con edades de 15 a 24 años, 21% de las mujeres utilizaban pastillas anticonceptivas como método de anticoncepción, seguido por el condón (8% lo usaban).

Independientemente del método utilizado, existen entre las parejas ciertas dinámicas asociadas con los roles de género y los procesos de negociación en el uso de anticonceptivos. Según la OMS (2012), cerca de 23% y 49% de las mujeres mayores de 15 años serán víctimas de la violencia de pareja íntima (VPI), incluyendo acciones de coerción

reproductiva. Rennison y Welchans (2000) afirman que jóvenes entre 15 y 24 años serán más susceptibles a este tipo de violencia. El concepto de VPI hace referencia a un patrón de conductas agresivas que puede incluir daños físicos, abusos psicológicos, acoso, privación, intimidación, amenazas, agresión sexual y actos coercitivos (Tintinalli et al., 2013).

Como parte de estas manifestaciones se incluye la coerción reproductiva, la cual es definida como un conjunto de comportamientos que interfieren directamente con el uso de anticonceptivos, reduciendo de esta forma la autonomía que tiene la mujer o el hombre con relación a la prevención de ITS y los embarazos no deseados (Silverman y Raj, 2014). Usualmente, las mujeres que viven este tipo de violencia se enfrentan a parejas que se rehúsan a utilizar algún tipo de método anticonceptivo o que realizan algún tipo de sabotaje en el uso de estos; interfiriendo de manera intencionada en la prevención de embarazos o el contagio de ITS. Como parte de este “sabotaje”, la pareja de la mujer podría esconder, destruir o remover aquellos anticonceptivos que ella controla (e.g., pastillas anticonceptivas orales, parchos, aparatos intrauterinos), quitar el condón de manera deliberada o fallar en la retirada del pene en la relación coital. Este tipo de inequidades coloca a las mujeres en posiciones vulnerables con resultados adversos a su salud sexual y reproductiva (Pallitto, Campbell y O’Campo, 2005).

Fair y Vanyur (2011) realizaron un estudio con 142 estudiantes subgraduados de la región sureste de los EE.UU. utilizando el instrumento titulado *Conflict Tactics Scale-2*. El objetivo fue establecer una relación entre la VPI, la coerción sexual y la agresión verbal. Hallaron que cerca de 32% de

las participantes habían sido víctimas de coerción sexual. También identificaron un uso inconsistente del condón. Silverman y Raj (2014), encontraron que jóvenes entre los 17 y 20 años, sintieron miedo de pedirle a su pareja que utilizara un condón o experimentaron consecuencias negativas por haberlo hecho. Por ejemplo, fueron acusadas de ser infieles o sintieron temor de que sus parejas buscaran otra mujer con la que pudiesen tener sexo sin condón.

En una clínica de planificación familiar en Pensilvania, Decker, et al., (2014) compartieron un objetivo similar, al relacionar la VPI con el uso de anticonceptivos en jóvenes entre 16 y 29 años. Hallaron un vínculo entre este tipo de violencia y la falta de uso del condón de manera involuntaria. En un escenario y población similar, Miller, et al., (2010) resaltan que 35% de las 1, 278 participantes de una clínica de planificación familiar en California reportaron VPI asociada con el control reproductivo. El 15% tuvieron alguna pareja que sabotó el uso de anticonceptivos.

Miller et al., (2010) llevaron a cabo una investigación donde entrevistaron a mujeres entre los 15 y 20 años de edad, que residían en una comunidad de escasos recursos económicos en una zona metropolitana de los EE.UU. Las mujeres revelaron cómo sus parejas, mediante comportamientos abusivos, manipularon en más de una ocasión el uso del condón, sabotaron el uso de otros métodos de control natal o expresaron, frecuentemente, sus deseos de embarazar a la joven.

### **Comunicación sexual entre padres, madres, hijos e hijas**

La comunicación sexual entre padres, madres y jóvenes se puede definir como una acción consciente entre las partes, quienes abordan temas relacionados al sexo, la sexualidad o los posibles resultados de la salud sexual. Krauss y Miller (2011) sostienen que los padres y las madres son los primeros educadores y educadoras sexuales, pues estos y estas poseen la oportunidad de ofrecer información relevante a sus hijos e hijas, a través de su desarrollo. También, toman en consideración aquellos elementos que pueden resultar sensitivos en respuesta a las preguntas y necesidades que surgen, a lo largo de la maduración sexual de las y los jóvenes. Como parte de esta comunicación se desarrollan discusiones relacionadas al uso del condón y los efectos de las relaciones coitales sin la protección adecuada, como lo es el contagio de las ITS. Es importante desatacar que la información que surge en estas conversaciones está influenciada por los valores y las creencias de los padres, las madres y los familiares, quienes provienen de un contexto particular (Jaccard, Dittus y Gordon, 1998). Aunque el sistema familiar podría ser considerado uno de los aparatos ideológicos más influyentes, Corsaro (1997) señala que las y los jóvenes, constantemente, evalúan los ideales compartidos por este grupo, pero desarrollan sus propias creencias.

Aunque ha sido un asunto controversial, los resultados en diversas investigaciones afirman que la comunicación sexual entre madres, padres, hijos e hijas no incita a las jóvenes y los jóvenes a iniciar actividades de índole sexual de manera prematura (Cornelius, LeGrand y Jemmott., 2008; Karofsky, Zeng y Kosorok, 2000). En este proceso, la figura materna posee

un rol o papel importante pues, tal como Aspy et al. (2006), Fasula y Amy (2006) y Guzman et al. (2003) comparten, las madres que suelen sentirse confiadas y responsivas durante la comunicación sexual con sus hijas e hijos podrían estimular comportamientos sexuales seguros. Entre estos se encuentran la abstinencia, el retraso en el inicio de las relaciones coitales o, en aquellos casos donde las jóvenes y los jóvenes hayan iniciado este tipo de relaciones, pueden ser más propensos o propensas a utilizar algún método anticonceptivo. En una investigación realizada por Miller, Levin, Whitaker y Xu (1998), con una muestra de adolescentes en Nueva York, Alabama y Puerto Rico, se discute cómo la comunicación sexual entre madre e hijos o hijas promueve el uso del condón en la primera relación coital y cómo este primer uso promueve los usos subsiguientes de este anticonceptivo.

Por su parte, Dilorio, Kelley y Hockenberry-Eaton (1999) exploraron el nivel de confianza entre un grupo de jóvenes afroamericanos y sus padres y madres. Los resultados sugieren que tanto las jóvenes como los jóvenes prefirieron discutir temas relacionados a la sexualidad con sus madres y no con sus padres. Estos resultados podrían encontrarse relacionados con los roles tradicionales de género, en donde la madre es quien asume la responsabilidad de cuidadora. No obstante, a diferencia de las jóvenes, los jóvenes reflejaron mayor confianza al momento de tener este tipo de discusiones con sus padres. Tanto las jóvenes como los jóvenes indicaron sentirse más cómodos y cómodas hablando con sus amigos y amigas sobre el tema de la sexualidad. Entre los temas abordados por los jóvenes en este tipo de conversaciones con sus madres, padres, amigas o amigos se

destaca el tema de las ITS y el uso del condón. Por otro lado, las conversaciones de las jóvenes con estos mismos grupos variaban, según el tipo de relación. Con las madres, las jóvenes hablarían del ciclo menstrual, con los padres discutirían el tema de la abstinencia, mientras que con los amigos y amigas abordarían el tema de las relaciones coitales, de manera general.

Flores y Barroso (2017) realizaron una revisión de literatura con la intención de auscultar los factores que afectan la comunicación sexual entre padres, madres, hijos e hijas. Las autoras analizaron 116 estudios, localizados en las bases de datos CINAHL, *PsycInfo* y *Pubmed*. Entre los hallazgos más relevantes destacan la manera genérica en la que los padres y las madres abordan los temas relacionados a la sexualidad. La mayoría de las conversaciones podrían encontrarse relacionadas con las emociones, las relaciones o el romance. Al momento de discutir temas más específicos, como lo es el contagio de una ITS, los embarazos no deseados y sus procesos de prevención, los padres y las madres asumieron un discurso enfocado en las consecuencias negativas de las relaciones coitales. El miedo a resultados adversos fue el sentir, mayormente, empleado por los padres y las madres, con la intención de persuadir o retrasar las prácticas sexuales en sus hijos e hijas. En este tipo de comunicación, el interés principal de las madres y los padres fue demostrar que retrasar un embarazo o prevenir el contagio de una ITS están directamente relacionados con el cumplimiento de metas académicas.

Como reacción a la persuasión reproducida por los padres y las madres, y según los hallazgos de Flores y Barroso (2017), las y los jóvenes

podrían negarse a establecer una comunicación sexual efectiva por miedo a ser reconocidos como personas que han sostenido relaciones coitales y, por esto, enfrentar algún tipo de castigo. Este miedo también podría verse acompañado por un sentimiento de vergüenza, intrusión o confrontación. Con la intención de evitar algunas de estas dinámicas, los padres y las madres podrían esperar a que sean las jóvenes o los jóvenes quienes inicien este tipo de conversación. Retrasar esta comunicación coloca a las y los jóvenes en una posición mucho más vulnerable, pues pueden recurrir a otras fuentes de información inseguras.

### **Servicios de Salud Sexual**

La Organización Mundial de la Salud (2019a) define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social con relación a la sexualidad. Esta relación no solo contempla la ausencia de una enfermedad, sino que se encuentra fundamentada en un enfoque de respeto hacia los diversos comportamientos sexuales, las relaciones coitales y las dinámicas que pueden suscitarse tras estas experiencias, como lo es el placer, la coerción, la discriminación y la violencia. La salud sexual, como una dimensión integral del ser humano, influye en el bienestar físico y emocional de las personas, las parejas y la familia; teniendo esto repercusiones en el desarrollo social y económico de las comunidades y los países.

Los gobiernos han considerado tomar acciones con la intención de promover intervenciones, en varios escenarios, que ayuden a mejorar la calidad de la salud sexual en las personas, particularmente en poblaciones vulnerables, como lo son las y los jóvenes. La Organización Mundial de la

Salud (2010) identificó cinco áreas en las cuales los programas destinados a estos fines deben concentrarse: (a) el desarrollo de leyes y políticas públicas, basadas en un enfoque de derechos humanos; (b) la educación; (c) la sociedad; (d) cultura y (e) la economía. Desde un panorama legal, aquellas organizaciones que aboguen por un acceso justo a los diferentes Servicios de Salud Sexual podrían justificar sus acciones, según disposiciones locales. Estos preceptos establecen un ordenamiento a favor de los derechos que cada persona tiene sobre el acceso a este tipo de servicios, los cuales deben ser libres de discriminación y basados en la equidad y participación.

Con relación a la educación sexual, se destaca la importancia de proveer espacios comprometidos a ofrecer una información de manera clara, documentada y enfocada en las necesidades propias de cada población. Las instituciones educativas, los escenarios laborales, la comunidad y los proveedores de salud son las esferas ideales para cumplir con este fin. Los sistemas de salud, incluyendo los hospitales, las clínicas y los centros de Planificación Familiar, como fuentes primarias de información, poseen el deber y la responsabilidad de ofrecer los Servicios de Salud Sexual de manera accesible, adecuada, asequibles, confidenciales, libres de discriminación y de buena calidad. Las y los profesionales en el área de salud que ofrezcan estos tipos de servicios no deben encontrarse limitadas o limitados al diagnóstico de enfermedades, sino que deben ser adiestradas o adiestrados para educar desde una perspectiva de prevención, consejería, cuidado y referidos, auscultando los diversos medios por los que las jóvenes y los jóvenes pueden recibir este tipo de información (Organización Mundial de la Salud, 2010). Es importante destacar que la promoción de la salud

sexual se encuentra condicionada a las normas y creencias particulares de cada cultura. Por esto, las diferentes esferas que comparten dicha misión deben transmitir un mensaje en consonancia, minimizando las diferencias que puedan existir entre los diversos discursos ideológicos. Esto con la intención de desarrollar iniciativas que estimulen la movilización y educación de las comunidades, sin obviar aquellos aspectos que conforman la esencia de cada cultura.

La Organización Mundial de la Salud (2015) afirma que los centros que ofrecen Servicios de SALUD SEXUAL deben ser capaces de ofrecer educación sexual e información de prevención a las y los jóvenes, resaltando los parámetros de privacidad y confidencialidad que rigen el proceso. También deben contar con consejeros y consejeras sexuales disponibles que puedan atender las preocupaciones, deseos y necesidades que las personas puedan tener, con respecto a su salud reproductiva y las preferencias que la conforman. De igual forma, deben poseer las herramientas y el personal capacitado para llevar a cabo pruebas, tratamientos y seguimiento a los diferentes diagnósticos de las ITS, el cáncer y las enfermedades asociadas a la infertilidad o la disfunción sexual. Por otra parte, las y los jóvenes deben tener acceso a información acerca de los diferentes anticonceptivos, incluyendo las leyes que cobijan el derecho a su acceso, el aborto seguro, el embarazo no deseado y las dinámicas de poder asociadas con el género en el proceso de toma de decisiones relacionadas con el uso de anticonceptivos.

Además de los servicios que la OMS (2015) propone como necesarios en el ofrecimiento de los Servicios de SALUD SEXUAL, Rogstad,

Ahmed-Jushuf y Robinson (2002) añaden otros estándares éticos que, aparte de la confidencialidad, deben ser considerados al momento de ofrecer este tipo de servicios a jóvenes menores de 25 años. Como elemento fundamental en el ofrecimiento de estos servicios se destacan las funciones del personal, incluyendo profesionales capacitados en Medicina, Enfermería y Consejería, con un conocimiento vasto en el contagio de las ITS y los diversos tipos de anticonceptivos. Este personal debe ejercer su profesión, sin emitir juicios o actuar de manera discriminatoria. De igual forma, sugieren que el ambiente del lugar debe ser acogedor y las y los jóvenes deberían tener la oportunidad de poder seleccionar el profesional o la profesional de la Salud por quien deseen ser atendidas o atendidos, en caso de sientan mayor confianza con un sexo en particular. El acceso a estos servicios incluye la localización de los centros o clínicas, el horario y la voluntariedad de participar en proceso.

Con relación al acceso y uso de anticonceptivos, Rogstad, Ahmed-Jushuf y Robinson (2002) sugieren que todo centro que ofrezca Servicios de SALUD SEXUAL debe incluir servicios de Consejería sobre diversos anticonceptivos y contar con anticonceptivos provisionales para ser distribuidos en caso de ser solicitados. Dentro de estos anticonceptivos se debe incorporar una variedad de condones de diferentes estilos y tamaños, pastillas anticonceptivas, anticoncepción inyectable y de emergencia. Estos ofrecimientos deben encontrarse condicionados a futuros referidos a especialistas, en caso de que las solicitudes de las o los jóvenes no pudiesen completarse en la clínica o centro. Los investigadores y las investigadoras recomiendan que, de manera integral y como parte de los

Servicios de SALUD SEXUAL, es necesario ofrecer ayuda psicológica y de abuso de sustancias, tales como el alcohol y las drogas.

Bersamin, Fisher, Marcell y Finan (2017) exploraron los factores que pueden influenciar en no usar los Servicios de SALUD SEXUAL en una universidad pública en California. Abordaron el conocimiento que las y los estudiantes tenían sobre el ofrecimiento de los Servicios de SALUD SEXUAL en su comunidad y los factores que podría limitar el acceso a estos servicios. Como parte del conocimiento sobre los ofrecimientos de los Servicios de SALUD SEXUAL, incluyeron los lugares que las y los jóvenes habían visitado, con el fin de recibir algún servicio de esta índole, en los últimos 12 meses. Respecto al acceso a estos servicios, preguntaron sobre elementos asociados con la transportación, el costo, la desaprobación de los padres, las madres, los amigos o las amigas, los horarios de servicios, la desconfianza con el proveedor de salud, los asuntos de confidencialidad o el miedo a los resultados. Encontraron que las mujeres tienen mayores barreras en el acceso a los Servicios de SALUD SEXUAL. Los hombres mostraron que el uso de los Servicios de SALUD SEXUAL estaba influenciado por el conocimiento que tuviesen de la existencia de centros que los ofrecieran.

En una investigación con un propósito similar, Cassidy, Bishop, Steenbeek, Langille, Martin-Misener y Curran (2018) detallan algunas de las barreras que limitan el acceso a los Servicios de SALUD SEXUAL en estudiantes universitarios en Nova Scotia, Canadá. Destacan el conocimiento que las y los jóvenes tienen sobre estos servicios como un factor importante. Señalan que las y los estudiantes tienen muchas

interrogantes, asociadas con su sexualidad y no conocen el lugar o el personal al que deben dirigirse. Así, deciden acceder a las respuestas que se ofrecen en Internet, provocando un ciclo de desinformación. Además, discuten la localización y visibilidad de los centros o clínicas como un factor determinante en el acceso. Sugieren que el estudiantado suele olvidar o no prestar atención al lugar donde se ofrecen estos servicios.

Con respecto a las influencias sociales, Cassidy et al. (2018) destacan que la relación con el proveedor o la proveedora de Salud, ya sea positiva o negativa, y la percepción de los pares son determinantes al momento de utilizar dichos servicios. La cultura de la institución académica también puede influir en la forma en la que la comunidad estudiantil accede o establece algún tipo de comunicación con las clínicas internas o externas, especializadas en sexualidad o planificación familiar. Como parte del contexto del estudiantado, también identifican los factores económicos como una posible barrera de acceso a estos servicios y el horario en el que se ofrecen. Finalmente, los hallazgos del estudio realizado por Cassidy et al. (2018) apuntan a que todavía existe un estigma asociado al acceso a los Servicios de SALUD SEXUAL. Este estigma se vincula con sentimientos de vergüenza, incomodidad o frustración.

En Puerto Rico, para el año 2016, Tepper, Goldberg, Vargas-Bernal, Rivera, Frey y Malavé (2016), en conjunto con el CDC, estimaron que, aproximadamente, 138,000 mujeres en edad reproductiva (de 15 a 44 años) no deseaban un embarazo. Sin embargo, tampoco utilizaban los métodos anticonceptivos adecuados. Esta misma agencia afirma que el acceso a los diversos anticonceptivos se encuentra limitado por la disponibilidad, los altos

costos, la incompetencia de cobertura por parte de las aseguradoras de salud o una falta de proveedores adiestrados para este fin.

Como se mencionó anteriormente, diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales, han adoptado el término *promoción de salud* como referencia a programas o iniciativas que se encargan fomentar prácticas o conductas saludables en la población. La UPR-RRP cuenta con la Oficina de Servicios Médicos que, a su vez, posee una alianza con la Oficina de Calidad de Vida, encontrándose estas adscritas al Decanato de Asuntos Estudiantiles. Ambas oficinas tienen la responsabilidad de ofrecerle a la población universitaria un cuidado clínico. Como parte de su propósito se incluye el fomentar la buena salud física, mental y social de la comunidad académica (Decanato de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico en Río Piedras, 2019). Con el fin de lograr estilos de vida saludables entre los estudiantes, desarrollan actividades relacionadas con la prevención, diagnóstico y tratamiento de diferentes condiciones; entre estas, algunas se dirigen al tema de educación sexual. Los servicios de salud en espacios universitarios podrían garantizar una ayuda a aquellas y aquellos estudiantes que se encuentran lejos de sus proveedores primarios de salud. Quienes reciben los servicios de esta unidad, usualmente, acuden a las oficinas médicas de forma voluntaria.

### **Uso de alcohol y drogas**

El significado y las prácticas adoptadas en el consumo de alcohol y drogas varían, según la cultura. En los EE.UU., las y los jóvenes entre los 18 y 24 años, beben alcohol frecuentemente; enfrentando serios problemas asociados a este consumo (Randolph, Torres, Gore-Felton, Lloyd y

McGarvey, 2009). Según una encuesta realizada por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2019), 84% de las y los estudiantes que asistían a la universidad consumieron alcohol durante el año en que se llevó a cabo. Un 40% de las y los estudiantes afirmaron consumir cantidades excesivas de alcohol durante periodos cortos de tiempo.

En Puerto Rico, Cabiya-Morales, Vélez y Rivera (2018), mediante la *Consulta Juvenil IX* de la Administración de Servicios de Salud y Contra la Adicción, revelaron que el alcohol y la marihuana son las sustancias más utilizadas entre las y los jóvenes, desde que se encuentran en etapas escolares. Según la *Encuesta Nacional sobre Alcohol, Drogas y Violencia* (U.S. Department of Education, 2016) realizada en la UPR-RRP, 79% del estudiantado consumió alcohol durante el año 2015, año en el que se administró el instrumento. El 42% indicó que consumió alcohol en exceso, dos semanas antes de contestar el instrumento. Respecto al uso de la marihuana, 34% del estudiantado reportó haberla consumido, mientras 23% se identificó como usuario al momento de completarse el estudio.

Los American Addiction Centers (2019) señalan que los problemas relacionados a este hábito podrían vincularse con muertes, asaltos, prácticas sexuales riesgosas, lesiones, efectos negativos en el desempeño académico y el desarrollo de problemas físicos o mentales. Bellis et al. (2008) explican que el consumo de alcohol u otras drogas, como el cannabis, promueve una idea asociada a la excitación sexual, la invulnerabilidad y la disminución del autocontrol.

Moure-Rodríguez, Doallo, Juan-Salvadores, Corral, Cadaveira y Caamaño-Isorna (2016) examinaron la relación entre las prácticas sexuales

riesgosas y el consumo del alcohol y marihuana; particularmente las relaciones coitales bajo los efectos del alcohol y marihuana, sin utilizar un condón. De la investigación se desprende una asociación entre el consumo intenso de alcohol, el consumo de cannabis y las prácticas sexuales riesgosas en estudiantes universitarios en España. No encontraron diferencias estadísticas significativas entre el género y el sostener relaciones sexuales, bajo los efectos del alcohol o cannabis. Sin embargo, la cantidad de hombres que indicaron tener relaciones sexuales, sin condón, bajo los efectos mencionados duplicó la cantidad de mujeres.

En otra investigación realizada en España, con una población estudiantil, Gil-García, Martini y Porcel-Gálvez (2013) demostraron que el consumo del alcohol fue la variable que influyó o no en utilizar medidas de protección en las relaciones coitales. Descartaron otras variables como la edad, el género o el consumo de drogas. Villatoro-Velázquez et. al. (2011) también auscultaron la relación entre el consumo de sustancias y el comportamiento sexual en estudiantes de dos bachilleratos en una universidad en México. Concluyeron que el consumo de drogas o de alcohol aumentaba la probabilidad de que asumieran ciertos comportamientos que les colocaban en posiciones vulnerables, tanto de contagio de ITS y de los embarazos no deseados.

### **Educación Sexual en Puerto Rico**

Las realidades económicas, sociales y políticas que circundan a las y los jóvenes ocurren en contextos particulares y deben abordadas, para así comprender a cabalidad su complejidad y el impacto en la educación sexual. Los estados se han visto en la obligación de crear políticas públicas y

programas que atiendan dichos temas desde una perspectiva amplia (Hall, McDermott Sales, Komro, & Santelli, 2016; Pino, 2017). La transformación real al llamado “problema social del embarazo” o la prevención de las ITS no ocurrirá desde las campañas superfluas enfocadas exclusivamente a la prevención o abstinencia sexual, sino desde el empoderamiento a través de la educación (Pino, 2017).

El Consejo de Salud de Puerto Rico (2018) define la planificación familiar como el ofrecimiento de servicio de salud sexual y reproductiva; respaldado por actividades informativas, sobre la prevención de enfermedades, embarazos y sus métodos anticonceptivos. Como objetivos principales, los programas de planificación familiar intentan reducir la mortalidad infantil, prevenir las infecciones de transmisión sexual, otorgarles a las personas el poder de decisión, educación y el uso de métodos anticonceptivos (Organización Mundial de la Salud, 2019b).

Como educadora, la investigadora reconoce que los procesos de aprendizaje son liberadores, y el conocimiento que las y los jóvenes puedan tener sobre sus cuerpos y los procesos que en este ocurren influirán positivamente en sus decisiones. Romper con barreras generacionales que han planteado las relaciones sexuales como un tema tabú y las diferencias del género, les permitiría a las y los jóvenes desarrollar, de forma madura, la autonomía necesaria para, no solo prevenir embarazos o las ITS, sino contribuir en el desarrollo pleno e integral de su sexualidad. Acercar a las jóvenes, desde temprana edad, a los programas de planificación y educación sexual aporta a su empoderamiento (Pino, 2017). Eliminando los estigmas del género, otorgándoles las herramientas para conocer su cuerpo, mientras

asumen un poder indestructible frente a los condicionamientos del género, la pobreza, o aquellas realidades subyacentes que han sido discutidas previamente en esta sección.

Desde los grados primarios, el Departamento de Educación de Puerto Rico, incluye en su Programa de Salud Escolar un estándar de contenido curricular relacionado con la sexualidad y las ITS. Este estándar tiene como fin el facilitar la comprensión de la sexualidad en el estudiantado; identificando las destrezas necesarias para practicarla de manera adecuada (Departamento de Educación, 2012). Nieves-Rolón (2016) examina la política pública de educación sexual en Puerto Rico y concluye que esta satisface algunas de las necesidades de los y las jóvenes. Sin embargo, esta refleja una necesidad de estudios que identifiquen comportamientos sexuales de riesgo en estas poblaciones, contemplando las circunstancias a las que se enfrentan los y las estudiantes, según su género. Al completar los grados escolares, es un gran reto el proveer continuidad al currículo de educación sexual.

Por otra parte, en Puerto Rico se han establecido Centros de Planificación Familiar, a través de agentes de salud certificados. Estos centros ofrecen orientación sobre los métodos anticonceptivos y el aborto, así como redes de información a la comunidad general, incluyendo a la población juvenil. Se encuentran comprometidos con los proyectos comunitarios y enlazados a diferentes instituciones educativas que solicitan sus servicios, como es el caso de Oficina de Servicios Médicos, en unión a la Oficina de Calidad de Vida, en la UPR-RRP, las 12 Clínicas Prevén y las Clínicas de Profamilia.

La disponibilidad de estos recursos facilita el brindar información a los y las jóvenes, mediante las fuentes de información confiables. Es un riesgo para los y las jóvenes encontrarse en discusiones arbitrarias sobre a quién le corresponde abordar el tema de educación sexual (Shams, 2017). Mientras esto ocurre, las y los jóvenes diariamente toman decisiones que tendrán repercusiones en el resto de sus vidas; ignorando las alianzas que podrían desarrollarse directamente entre las instituciones educativas y los diversos programas de planificación.

Es importante reconocer que muchas de las políticas o directrices que promueven este tipo de programas reciben influencias de sistemas familiares y organizaciones económicas y sociales, quienes representan estructuras determinantes para la sexualidad y el ofrecimiento de servicios relacionados. Aunque este proceso no debe encontrarse exento de regulaciones, Rubin (1984) en su obra introduce el término de “sexualidad democrática” para referirse a la transformación necesaria que debe surgir en los criterios normativos. Estos cambios pueden iniciarse desde el abordaje de la perspectiva de género en las diversas esferas sociales, como lo son las instituciones educativas, en donde convergen las diferentes relaciones de poder. López y Ferrari (2010) definen este concepto como un marco de análisis que facilita la identificación y comprensión de las desigualdades entre hombres y mujeres. Mediante este enfoque se visibiliza y manifiesta el acceso desigual a las oportunidades o derechos.

En el caso de los embarazos no deseados, Stern (1997) considera que es un discurso vacío el promover el control de natalidad a través de métodos anticonceptivos, cuando las y los jóvenes no encuentran la motivación ni las

condiciones favorables para atrasar el proceso de la gestación. Con un trasfondo limitante, escaso en oportunidades y marcado por un sinnúmero de experiencias, los y las jóvenes viven el proceso de transición a la maternidad o paternidad, desembocando en efectos adversos para quien decide continuar con el proceso de procreación y crianza y en el niño o la niña que nacerá.

Cabe añadir que en los EE.UU. se han creado políticas públicas para atender las necesidades de los jóvenes y las jóvenes (Hall et al., 2016), pero no se han desarrollado necesariamente en una base de justicia, de derechos humanos y de calidad de vida para todas y todos. En el caso de los embarazos no deseados, muchas de las ayudas o los servicios gubernamentales que se ofrecen, se encuentran dirigidos particularmente a la mujer. Lo que la responsabiliza, desde que inicia el proceso gestacional y en la crianza, del niño o la niña.

De este modo, se manifiesta el discurso patriarcal y normalizador del estado. Son pocos los estudios o las teorías desarrolladas, encontrados por la investigadora, basadas en el efecto adverso de la paternidad a temprana edad. En algunos casos, la figura que representa el hombre se ve limitada a una participación, no una obligación. Algunas madres recibirán del padre o del estado algún tipo de ayuda económica para el sustento y cuidado del hijo o la hija. En Puerto Rico, se obliga al padre de una manutención o pensión alimenticia, que debe cumplir a base de sus ingresos por concepto de trabajo, pensión u otras. En ocasiones, esta responsabilidad podría influir en los proyectos de vida, tanto de la madre como del padre (Ortiz-Resto, 2010).

Dirigir esfuerzos desde una perspectiva de los derechos humanos en los programas de promoción de la salud garantiza la generación de

condiciones igualitarias para los jóvenes y las jóvenes, brindándoles la oportunidad de tomar decisiones autónomas y responsables. En el caso de la población juvenil, es importante promover el desarrollo de políticas públicas en las que los y las jóvenes sean consideradas personas con derechos y libertades, validadas, al momento de tomar decisiones. La promoción de estos derechos debe vincularse con el facilitar herramientas que les permitan tomar decisiones informadas y autónomas, tomando en consideración las necesidades, realidades y expectativas particulares.

### **Resumen**

Las presiones que las y los jóvenes experimentan durante la etapa de adultez temprana son diversas (Papalia et al., 2012). En el desarrollo de su identidad sexual, experimentarán coacciones provocadas por los diferentes sistemas sociales y políticos (Bronfrenbrenner, 1979). Estos pueden encontrarse condicionados por la ideología que conforma a la cultura patriarcal. Estas ideas podrían ser determinantes para las y los jóvenes tomar decisiones relacionadas con el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas, como métodos para la prevención de las ITS y los embarazos no deseados.

Considerando el trabajo de Jaccard (2009), se han abordado ciertos factores internos y externos que influyen en el acceso y uso de dichos métodos. Como factores internos, en esta investigación, se exploran los efectos físicos provocados por el uso del condón y las pastillas anticonceptivas y la asertividad sexual. Con respecto a los efectos físicos provocados por el condón, se discute cómo la percepción de una reducción de placer, como resultado del uso de este método de barrera, se encuentra

vinculada con el no uso (Corbett et al., 2009; Randolph, et al., 2007). En el caso de las pastillas anticonceptivas, se examina la manera en que los mitos relacionados con el aumento de peso, como efecto secundario de este fármaco, podría influenciar en las decisiones de las mujeres, al momento de utilizar o no este método. La asertividad sexual se explora como la capacidad que las y los jóvenes poseen al momento de controlar sus cuerpos y sus experiencias sexuales (Morokoff et al., 1997).

Como parte de los factores externos se plantea la coerción sexual reproductiva, siendo esta una manifestación de violencia íntima de pareja, en donde una de las partes limita el acceso y uso de los métodos anticonceptivos (Fair y Vanyur, 2011; Silverman y Raj, 2014). De igual forma, se expone cómo la comunicación sexual entre madres, padres, hijos e hijas pueden condicionar las prácticas sexuales de las y los jóvenes y aquellas decisiones relacionadas con el uso o no uso de los anticonceptivos (Flores y Barroso, 2017). Con respecto a los Servicios de SS se discuten aquellos elementos que pueden facilitar o limitar el acceso a este tipo de servicios (Bersamin et al., 2017). Finalmente, se aborda cómo el alcohol o la marihuana actúan como inhibidores de ciertos procesos neurológicos relacionados con la toma de decisiones, incluyendo aquellas vinculadas con las prácticas sexuales (Moure-Rodríguez et al., 2016).

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODO**

La investigación científica se desarrolla mediante paradigmas que admiten la pluralidad en los significados que conforman las creencias, actitudes y visiones de mundo (Kuhn, 1971). Esta ideología, relacionada con el paradigma positivista en esta investigación, sostiene que todo saber científico se basa en la observación y experimentación empírica (Ferrerres y Gonzáles, 2006). Reconociendo un rechazo hacia las bases absolutas del conocimiento, investigadores e investigadoras han optado por aproximarse a las diversas interpretaciones de un objeto de estudio, mediante estrategias de recopilación de datos cuantitativos que le permitan acercarse a la verdad, contemplando las variedades que la conforman.

Esta investigación tuvo el propósito principal de auscultar los factores internos y externos que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas de estudiantes de programas académicos de bachillerato en una universidad pública en Puerto Rico. Además, pretendió establecer una relación entre el sexo de los y las estudiantes y aquellos factores que pueden influir en la toma de decisiones acerca del acceso y uso de los métodos anticonceptivos.

Con la intención de establecer una relación clara y detallada entre el propósito de la investigación y el método seleccionado, en este capítulo se discuten los siguientes elementos: diseño, población y muestreo, técnica de recopilación y análisis de los datos y aspectos éticos de la investigación.

## Diseño

El acercamiento metodológico que se utilizó en esta investigación fue cuantitativo. Mediante este acercamiento se busca identificar y describir tendencias en un problema en el campo educativo que requiere algún tipo de explicación (Creswell, 2012). McMillan (2012) añade que con este método se lleva a cabo un proceso de análisis de manera objetiva, haciendo énfasis en la medición y los datos numéricos. Mediante la recopilación de datos, y los análisis estadísticos pertinentes, esta investigación auscultó, de manera cuantitativa, los factores internos y externos que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes de programas académicos de bachillerato en una universidad pública en Puerto Rico.

El método cuantitativo fue el apropiado, ya que permitió establecer las tendencias o las opiniones que las y los participantes tienen sobre el asunto o tema bajo estudio. Además, las investigaciones cuantitativas ofrecen la oportunidad de recopilar información con muestras de gran tamaño (McMillan, 2012), lo que permite llegar a generalizaciones mucho más certeras.

El diseño de una investigación establece una estructura acerca del proceso de recopilar los datos necesarios para contestar las preguntas formuladas (McMillan, 2012). En este trabajo se aplicó el diseño de investigación de encuesta transversal. Para Groves, Fowler, Couper, Lepkowski, Singer y Tourangeau (2009), este diseño facilita la identificación de variables cuantitativas sobre algunos atributos que se encuentran presentes en la población objetivo. Quien realiza la investigación puede administrar un cuestionario a una población o muestra de personas, en este caso estudiantes

de una universidad, para describir sus opiniones o puntos de vista acerca de un asunto (Creswell, 2012).

Una encuesta no es susceptible a manipulaciones o intervenciones con algún tratamiento por parte de la investigadora. Además, más allá de relacionar variables o predecir resultados, busca establecer tendencias en los datos. La encuesta transversal garantiza la recopilación de datos en un tiempo determinado, respondiendo a las realidades, los atributos o las necesidades de un momento en particular.

Tomando en cuenta los factores limitantes del tiempo, los cuestionarios son útiles para recopilar datos con rapidez. Es usual que se utilice para examinar posturas acerca de un tema, en este caso, la opinión de una muestra de estudiantes, con respecto a ciertos factores que podrían influir en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas. La aplicación de este diseño, de forma concreta, muestra un panorama amplio sobre el asunto de estudio, respaldado por los datos que condujeron a ciertas conclusiones.

### **Población y muestreo**

#### **Población**

La población de una investigación se refiere a un conjunto de personas u observaciones con características similares (King, Rosopa y Minium, 2011). De estas observaciones, la investigadora establece conclusiones, mediante la selección de una muestra; es decir, un subgrupo de la población. La población objetivo de la encuesta fue 10,232 estudiantes de bachillerato en programas académicos en las Facultades de Ciencias Naturales, Administración de Empresas, Ciencias Sociales, Educación, Humanidades, Estudios Generales y las Escuelas de Escuela de Comunicación y Arquitectura en el Recinto de Río

Piedras de la Universidad de Puerto Rico (Oficina del Registrador, 2020). La Tabla 1 presenta el tamaño de población o la matrícula total y la muestra seleccionada, en el segundo semestre del año académico 2019-2020.

Tabla 1.

*Matrícula total de estudiantes a nivel subgraduado y muestra proporcional por facultades en el Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico*

<b>Facultad</b>	<b>Matrícula</b>	<b>Muestra</b>
Ciencias Naturales	2,424	89
Administración de Empresas	2,016	74
Ciencias Sociales	1,989	70
Humanidades	1,559	56
Educación	1,246	44
Escuela de Comunicación	452	15
Arquitectura	277	11
Estudios Generales	269	11
<b>Totales</b>	<b>10,232</b>	<b>370</b>

Inicialmente, se determinó el tamaño de la muestra de cada facultad, con la intención de obtener una representación proporcional del estudiantado. La misma estaría compuesta por estudiantes que usualmente, y como se ha mencionado antes, se encontraban en la etapa de adultez temprana (con edades entre los 18 y 29 años). Aproximadamente, 80% de las y los estudiantes matriculadas y matriculados en la institución, en el segundo semestre del año académico 2019-2020, tenían estas edades (Oficina del Registrador, 2020). Es en esta etapa del desarrollo humano es cuando se identifican mayores incidencias de contagio de las ITS y los posibles

embarazos no deseados, como se discutió en la revisión de literatura (Center for Disease Control and Prevention, 2019).

### **Muestreo**

Cohen (1992) recomienda que, a partir del tamaño de la población total, una muestra de al menos 370 estudiantes participaría en la encuesta. Como parte de la propuesta aprobada, se pretendía invitar a participar al estudiantado que cumpliera con ciertas características y que estaba matriculado en los cursos seleccionados por facultad, luego de realizarse un muestreo aleatorio por conglomerados.

A mediados del mes de marzo del año 2020, se llevó a cabo un muestreo aleatorio por conglomerados para la selección de los grupos de estudiantes tomando distintos cursos. Este tipo de muestreo asegura que exista una selección de grupos en su conformación natural (McMillan, 2012). Utilizando como referencia el muestro estratificado proporcional, se identificó la cantidad de estudiantes que participarían por grupos o cursos. Esta se encuentra en la segunda columna de la Tabla 1 y en la primera de la Tabla 2. Para cada facultad se seleccionaron, de manera aleatoria, de cinco a seis cursos. El total de cursos seleccionados fue 43. Respecto a las y los estudiantes, debían poseer las siguientes características:

1. Ser estudiante subgraduado de la Facultad de Administración de Empresas, Ciencias Naturales, Ciencias Sociales, Educación, Estudios Generales, Humanidades y de las Escuelas de Comunicación y Arquitectura de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.
2. Tener entre 18 y 29 años de edad.

Tabla 2.

*Cursos contactados y participantes invitados e invitadas\**

<b>Facultad</b>	<b>Tamaño de la muestra inicial</b>	<b>Cursos contactados</b>	<b>Participantes invitados e invitadas**</b>
Ciencias Naturales	89	5	7
Administración de Empresas	74	5	21
Ciencias Sociales	70	5	72
Humanidades	56	6	49
Educación	44	8	147
Escuela de Comunicación	15	4	21
Arquitectura	11	4	0
Estudios Generales	11	6	75
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>43</b>	<b>392</b>

*Notas.*

\* La muestra final fue establecida, según la respuesta y disponibilidad de profesoras y profesores para difundir o enviar el mensaje de invitación a sus estudiantes.

\*\*Los y las participantes invitados e invitadas corresponden a la matrícula estudiantil de 14 profesoras y profesores que accedieron a compartir el cuestionario.

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró como una pandemia el Coronavirus, también conocido como COVID-19. Este virus provoca una infección respiratoria grave que puede causar la muerte de la persona infectada. Para la fecha mencionada, los gobiernos de muchos países del mundo iniciaron protocolos de prevención en un intento de disminuir la cantidad de contagios provocados por el virus. El aislamiento físico fue una de las medidas recomendadas por personas conocedoras del campo de la Medicina y la Salud Pública, especialmente en Epidemiología. Esta sugerencia se dirigió, especialmente, a aquellos lugares, espacios, actividades o instituciones que, por su naturaleza, promovían la aglomeración de personas. Dentro de estos, se identificaron las instituciones educativas como espacios en

riesgo de propagación del virus. El 13 de marzo de 2020, el Dr. Jorge Haddock, Presidente de la Universidad de Puerto Rico, cursó una carta donde suspendían las clases presenciales en los recintos y unidades del sistema de la Universidad de Puerto Rico a partir del 16 de marzo de 2020.

Con lo que respecta a esta investigación, y siguiendo las determinaciones institucionales, la investigadora estuvo consciente de que los cambios, posiblemente, trastocarían el protocolo aprobado por el comité de tesis y el Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación (CIPSHI). Inicialmente, el único cambio sustancial identificado fue el modo de administrar el instrumento y el medio por el cual las y los estudiantes serían contactados. Conforme a las reglamentaciones del CIPSHI se completó y aprobó una solicitud de modificación con respecto al cambio en la administración del instrumento (Apéndice A). Se elaboró y administró el cuestionario en formato electrónico, mediante el programado *Google Forms*. Además, las y los estudiantes se invitaron a participar en la investigación por medio de un mensaje por correo electrónico, que envió el profesor o la profesora de los cursos seleccionados.

Realizado el muestreo aleatorio por conglomerados, según lo establecido en la propuesta de investigación, se procedió a auscultar la disponibilidad de los profesores y las profesoras en la difusión de información relacionada con la investigación. Consciente de las dificultades que el profesorado y el estudiantado pudiesen estar experimentando, a raíz de la situación de emergencia por la pandemia del COVID-19, la investigadora redactó un mensaje para las y los profesores (Apéndice B). Se contactaron por correo electrónico, en las fechas del 3 y 4 de mayo de 2020. En este mensaje

se auscultó la disponibilidad para compartir con las y los estudiantes en los cursos seleccionados, a través del medio que estuviesen utilizando para comunicarse, la invitación para que participaran en la investigación. De 43 profesores y profesoras contactadas, 14 respondieron a la solicitud para difundir la invitación de la investigación a las y los estudiantes del curso seleccionado.

La investigadora redactó y envió a las y los profesores el mensaje que podía ser compartido con el estudiantado matriculado en los cursos. Este mensaje se encuentra en el Apéndice C. Incluía una presentación de la investigadora, una breve descripción del estudio y el enlace para acceder al cuestionario electrónico. Esta información fue divulgada la primera semana del mes de mayo de 2020. Durante la segunda semana de este mes, se compartió un segundo y último recordatorio para las y los estudiantes. Se le pidió a las profesoras y los profesores que enviaran este recordatorio. La investigadora no tuvo control de esta gestión, pues el difundir esta información dependía de la disponibilidad de las profesoras y los profesores.

### **Técnica e instrumento para recopilar los datos**

La técnica que se pretendía aplicar en esta investigación para recopilar datos era un cuestionario auto-administrado en formato electrónico y uno impreso en papel, si así lo solicitara algún o alguna estudiante. El propósito principal es auscultar las tendencias u opiniones acerca del tema de estudio en la población (Creswell, 2012). Luego de evaluar algunos instrumentos utilizados en estudios previos (Cabiya-Morales et al., 2018; Goetz y Shackelford, 2010; Levinson, 1986), la investigadora decidió desarrollar uno; contemplando el propósito de la investigación, las características y necesidades peculiares de la

población de interés. Diseñar un cuestionario podría ser considerado un proceso desafiante y complejo (Creswell, 2012). Sin embargo, la investigadora recurrió a la literatura revisada para abordar estudios similares y temas relacionados, con la intención de definir de manera clara el constructo que pretendía representar.

Es importante destacar que existen diferencias entre el cuestionario en formato electrónico y el cuestionario en formato impreso. Entre estas diferencias se destacan asuntos relacionados con el costo y tiempo que cada una de estas modalidades conlleva. Hohwi et al. (2013) sostienen que, aunque continúa siendo un asunto de discusión, varias investigaciones han demostrado que no existe una diferencia significativa con respecto a la tasa de respuesta entre ambos formatos. Añaden que la decisión de completar los ítems incluidos en un cuestionario varía, según la intención que tenga el o la participante, no necesariamente vinculado con la modalidad de administrar el instrumento.

### **Instrumento**

Para desarrollar el cuestionario titulado *Factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios y universitarias*, se definió el constructo y las variables que deseaban ser contempladas en el estudio. Medina Díaz (2010) clasifica el proceso del desarrollo de un cuestionario en tres etapas: construcción, administración y análisis. En la etapa de construcción, los ítems del cuestionario se diseñaron, tomando en consideración la literatura asociada al asunto bajo estudio y otra información de interés de las y los participantes (e.g., datos sociodemográficos). En la Tabla 3 se encuentra la planilla de especificaciones con las definiciones de los componentes representados en el

instrumento. De esta forma, se articula el contenido con los propósitos y las preguntas de la investigación. La planilla de especificaciones estipula que el cuestionario incluye los siguientes componentes: datos sociodemográficos, comportamiento sexual (perfil del estudiantado), factores internos y factores externos que podrían influir en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas. Estos componentes fueron abordados en cuatro secciones, con un total de 46 ítems (Tabla 3).

En la primera parte del cuestionario se abordan los datos sociodemográficos de las y los participantes. Como parte de estos datos se exploró un perfil general sobre los comportamientos sexuales del estudiantado. Las estudiantes que se identificaron como mujeres pasarían a responder la segunda parte del instrumento (ítems 9 al 16). Esta parte aborda la variable de efectos físicos provocados por el uso de las pastillas anticonceptivas. La tercera parte ausculta los efectos físicos provocados por el uso del condón (femenino o masculino), la asertividad sexual y la coerción sexual. En la cuarta parte del instrumento se explora la variable de comunicación sexual parental y en la quinta, el acceso a los Servicios de Salud Sexual. En el Apéndice D se encuentra una copia del cuestionario titulado *Factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios y universitarias*.

Tabla 3.

*Planilla de especificaciones del cuestionario Factores que influyen en el acceso y uso del condón y pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarias y universitarios*

<b>Componentes</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipos de ítems</b>	<b>Cantidad de ítems</b>
Datos demográficos	Características generales de la población	Alternativas múltiples Pregunta abierta	8 (2 – 8)  (1)
Efectos físicos de pastillas anticonceptivas	Resultados provocados por el uso de un fármaco formulado para la prevención de embarazos	Selección múltiple* Alternativas múltiples**	8 (9 - 16)
Efectos físicos del uso del condón	Cambios o sensaciones físicas que surgen como consecuencia del uso del condón	Escala de categorías con grados de acuerdo (Totalmente de acuerdo, Parcialmente de acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Totalmente en desacuerdo, No deseo contestar)	10 (17- 26)
Asertividad sexual	Capacidad para tomar decisiones relacionadas con la sexualidad y los cuerpos; implicando esto también un control de las experiencias sexuales (Morokoff et al., 1997).	Alternativas múltiples	7 (27 – 32, 40)
Coerción sexual	Conjunto de comportamientos que interfieren directamente con el uso de anticonceptivos, reduciendo la autonomía de las personas con relación a la prevención de ITS y embarazos no deseados (Silverman y Raj, 2014).	Alternativas múltiples	7 (33 – 39)

Comunicación sexual parental	Interacción entre los padres, las madres, los hijos y las hijas, en el abordaje de temas relacionados al sexo, la sexualidad o los posibles resultados de la salud sexual.	Escala de categorías (Siempre, A veces, Nunca, No deseo contestar)	2 (41 – 42)
Servicios de Salud Sexual	Conjunto de actividades u ofrecimientos que facilitan la discusión acerca de los comportamientos sexuales, las relaciones coitales y las dinámicas que pueden suscitarse tras estas experiencias. Estos servicios tienen la misión e intención de promover una educación dirigida a la salud sexual de las personas.	Alternativas múltiples Selección múltiple	4 (43 – 46)

*Notas.* \*Los ítems de selección múltiple incluyen una lista de alternativas, donde la persona puede seleccionar más de una. \*\*Los ítems de alternativas múltiples incluyen las siguientes: Si, No, No deseo contestar.

### **Evidencia de la validez de las interpretaciones de las puntuaciones**

Con el fin de corroborar que el cuestionario recopila los datos adecuados para el propósito o uso propuesto, la American Educational Research Association, la American Psychological Association y el National Council on Measurement in Education (2018) sugieren que se recopile evidencia de cinco fuentes para sustentar la validez de las interpretaciones de las puntuaciones para el uso propuesto (contenido, proceso de respuesta, estructura interna, relación con otras variables y las consecuencias). Para la validación de las interpretaciones de los datos del cuestionario *Factores que influyen en el acceso y uso del condón y pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios y universitarias* se tomaron en cuenta tres fuentes de evidencia: (a) relacionada con el contenido, (b) el proceso de respuesta y (c) la estructura interna. La evidencia relacionada con el contenido fue abordada por cuatro

conocedoras o conocedores en los campos de Educación Sexual, Consejería, Desarrollo Humano y Salud Pública. La evidencia asociada con el proceso de respuesta se recopiló mediante entrevistas cognitivas a estudiantes subgraduados de las diferentes facultades de la institución educativa. Se llevaron a cabo siete entrevistas cognitivas. La evidencia asociada con la estructura interna del instrumento se obtuvo con el coeficiente de confiabilidad de consistencia interna Alfa de Cronbach con las respuestas de las y los participantes del estudio piloto y de campo.

### **Evidencia relacionada con el contenido**

La evidencia basada en el contenido implica un análisis de la relación entre la muestra de ítems del instrumento y el constructo que se pretende medir. En otras palabras, se indagó la pertinencia del contenido que se incluyó en el cuestionario y la manera en que los distintos componentes se representaron. Como parte de esta evidencia, se contactó a cuatro conocedoras y conocedores, en temas relacionados con la Sexualidad Humana, la Consejería, el Desarrollo Humano y la Salud Pública, para llevar a cabo el proceso de revisión del contenido del cuestionario.

La investigadora se comunicó por escrito con estas personas para solicitarles su colaboración en esta etapa del estudio. Una vez se recibieron las respuestas de las personas conocedoras del contenido, se compartió a través del correo electrónico un documento de presentación que incluía una plantilla que facilitaba la revisión de los ítems del instrumento. Este documento incluía información relacionada con el propósito de la investigación, las instrucciones generales sobre el proceso que llevarían a cabo, las definiciones operacionales y el desglose de las preguntas que se incluyeron en el instrumento.

Cada conocedor o conocedora examinó la relevancia, la claridad y la representatividad de los ítems del instrumento. Además, de manera general, las cuatro personas revisaron el vocabulario utilizado en cada ítem. Realizaron, mayormente, observaciones dirigidas a los términos empleados que podían provocar confusión en la población de participantes de la investigación.

Tres de estas personas, al momento de llevarse a cabo la revisión del cuestionario, trabajaban como profesor, profesora y profesional de Consejería en una institución de educación superior del sistema universitario público de Puerto Rico. La persona conocedora restante, realiza una práctica privada en el área de Salud Pública como Epidemióloga. El grupo de conocedores o conocedoras que revisaron el instrumento comparten un trasfondo similar, al poseer experiencia y vasto conocimiento en la intervención u ofrecimiento de servicios educativos o psicológicos a jóvenes. Dos han trabajado en servicios o proyectos vinculados con temas relacionados con la Sexualidad y el contagio de las ITS en la población universitaria. Las observaciones generales de estas evaluaciones se encuentran en el Apéndice E.

Las conocedoras o los conocedores evaluaron favorablemente el cuestionario. Según se ha mencionado anteriormente, sus recomendaciones ayudaron a refinar el vocabulario utilizado. Muchos de los términos que se incluían en el borrador inicial correspondían a los conceptos utilizados previamente en la literatura revisada. A raíz de las experiencias que poseen y debido a su contacto directo con la población en estudio, la investigadora adoptó algunas de sus sugerencias con la intención de facilitar la comprensión del instrumento por parte del estudiantado.

### **Evidencia relacionada con el proceso de respuesta**

La evidencia del proceso de respuesta tuvo como objetivo obtener un análisis teórico y empírico de los procesos que las y los participantes llevaron a cabo al momento de responder los ítems que se incluyeron en el instrumento. Para esto, la investigadora realizó entrevistas cognitivas a personas que poseían características similares a la población de interés; es decir estudiantes universitarios o universitarias. Fowler (2009) recomienda utilizar la estrategia de entrevistas cognitivas con entre 5 a 10 personas que posean características similares a la población bajo estudio.

La investigadora contactó a estudiantes subgraduados de las ocho facultades de la institución. El contacto con las y los estudiantes surgió por recomendaciones del estudiantado que participó inicialmente de las entrevistas. Ofrecieron información de contacto de compañeros o compañeras que podrían encontrarse dispuestas a colaborar en el proceso.

Siguiendo las recomendaciones de Fowler (2009), para llevar a cabo las entrevistas cognitivas, se solicitó a los y las siete participantes que expresaran en sus propias palabras lo que entendieron de las instrucciones generales y específicas en cada sección, las premisas y las alternativas. También, se les pidió que señalaran cualquier error en la redacción de las preguntas, las premisas y las alternativas. Sus observaciones generales se encuentran en el Apéndice F.

Culminado este proceso, la investigadora refinó el cuestionario al integrar algunas de las sugerencias ofrecidas por las y los estudiantes. Aquellos errores de sintaxis o elementos que pudieron provocar confusión en el estudiantado fueron modificados. Como resultado del proceso de la revisión del

contenido del cuestionario por el grupo de conocedores y conocedoras del contenido y las entrevistas cognitivas con los y las estudiantes, no se añadieron o eliminaron ítems. Sin embargo, se realizaron modificaciones para mejorar la comprensión del instrumento.

### **Evidencia relacionada con la estructura interna**

Como parte del proceso de recopilar evidencia relacionada con la estructura interna, se administró el cuestionario en un estudio piloto. McMillan (2012) recomienda que la cantidad mínima de personas necesarias para poder realizarlo sea 20. Para llevar a cabo el estudio piloto se contactó a una profesora del Departamento de Ciencias Sociales, de una institución pública de educación superior. La población estudiantil de esta institución posee características similares al estudiantado de la UPR-RRP. Este proceso se llevó a cabo durante el periodo de distanciamiento social debido a la pandemia del COVID-19. A raíz de las disposiciones de aislamiento, no fue posible obtener una retroalimentación directa por parte de los y las estudiantes. Esto se debió a que contestaron el cuestionario en formato electrónico, a través de la plataforma de *Google Forms*.

El estudiantado recibió, a través de la profesora, un mensaje de presentación de parte de la investigadora. Este mensaje, enviado el 27 de mayo del año 2020, incluía el enlace al instrumento y fue compartido con 67 estudiantes. Catorce estudiantes respondieron, representando esto una tasa de respuesta de 21%. Aunque existe en la literatura una inconsistencia con respecto a la tasa de respuesta para cuestionarios electrónicos, Ritter y Sue (2007) consideran que esta cifra podría aproximarse a un 30%. Es importante resaltar que esta aproximación hace referencia a condiciones de administración

ordinarias con asuntos y contextos distintos y no extraordinarias, como es el caso de esta investigación. Esta se llevó a cabo durante la pandemia del COVID-19 y se suspendieron las clases presenciales en la institución universitaria. Los factores que pudieron haber limitado a los y las estudiantes a participar del estudio piloto durante esta emergencia, no fueron abordados.

Además, uno de los objetivos principales del estudio piloto era mejorar la calidad del instrumento, considerando las respuestas y los comentarios que podían ofrecer el grupo de jóvenes que provenían de un contexto y trasfondo similar. Inicialmente, se pretendía determinar el tiempo aproximado de la administración. Sin embargo, debido a las limitaciones provocadas por el aislamiento físico y la suspensión de clases presenciales, este elemento no pudo ser estimado.

El resumen de las respuestas del grupo de 14 estudiantes que participó en el estudio piloto se encuentra en el Apéndice G. Se calculó como coeficiente de consistencia interna, el coeficiente Alpha de Cronbach con las respuestas de 14 estudiantes en las dos escalas que el cuestionario incluye. Solo se consideraron las respuestas a los ítems de la tercera parte del instrumento y de los ítems 41 y 42. De este análisis, se desprende que el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach para los ítems de la Parte III fue 0.72, mientras que para los ítems 41 y 42 este coeficiente es de 0.95. Según George y Mallery (2003), citados en Gliem y Gliem (2003), estos coeficientes representan niveles aceptables de confiabilidad mediante el coeficiente de consistencia interna. Es importante destacar que la muestra de participantes del estudio piloto fue muy pequeña, influyendo esto en la variabilidad de las

respuestas y, por consiguiente, en la estimación del coeficiente de confiabilidad.

Respecto al análisis de las respuestas a los ítems del instrumento administrado en el estudio de campo, también se calculó el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach de los ítems de la Parte III, 41 y 42. El coeficiente de las respuestas a los ítems en la Parte III fue de 0.50 y para los ítems 41 y 42 fue de 0.86. Este último coeficiente, según George y Mallery (2003) citados en Gliem y Gliem (2003), es bueno. Sin embargo, aquel relacionado con la Parte III del instrumento, es pobre. Esto sugiere que los ítems de parte ameritan revisarse para una futura administración.

### **Procedimiento**

Luego de ser aprobada la propuesta por el comité de tesis, la investigadora obtuvo la autorización del CIPSHI (Apéndice A). En la autorización inicial, la investigadora estableció que se solicitarían los permisos necesarios de las y los profesoras que imparten los cursos seleccionados en las facultades mencionadas en la institución. Una vez se consiguieran estos permisos, la investigadora planificaba dirigirse a las y los estudiantes que se encontraban matriculadas y matriculados en estos cursos. Originalmente, el cuestionario sería administrado a un total de 42 grupos de clases de las Facultades de Ciencias Naturales, Administración de Empresas, Ciencias Sociales, Educación, Humanidades, Estudios Generales y Escuelas de Comunicación y Arquitectura de la UPR-RRP, que fueron seleccionados de manera aleatoria (Tabla 2).

Se propuso que, para administrar el cuestionario, se procedería a visitar de forma presencial los cursos seleccionados. Antes de dirigirse a cada curso

la investigadora iba contactar al profesor o a la profesora encargada para programar el día de la visita a su curso. A las y los estudiantes que desearan participar, de forma voluntaria, se les daría acceso a un Código QR o un enlace corto el cual los redirigiría al cuestionario en línea. Aquellos y aquellas estudiantes que prefirieran el cuestionario en papel, podían solicitarlo directamente a la investigadora al momento de la administración. Cumpliendo con los estándares éticos, y antes de comenzar a completar el cuestionario, las y los estudiantes debían leer una hoja informativa. Esta información era la primera que aparecería en la pantalla del dispositivo móvil al acceder a la plataforma *Google Forms* o en una hoja impresa compartida por la investigadora.

Como se mencionó anteriormente, la modalidad de la administración del instrumento y el medio por el cual las y los estudiantes serían contactados fue uno de los cambios que surgieron a raíz de la emergencia de la pandemia provocada por el virus COVID-19 y la suspensión de clases presenciales en la institución. Se le solicitó al CIPSHI la autorización para una modificación en el protocolo de administración. Se estableció que la investigadora contactaría a las y los profesores, seleccionados en el muestreo aleatorio de cursos, para auscultar la disponibilidad en la difusión de la invitación a la investigación.

Una vez la o el profesor accedió a compartir la información de la investigación, se envió un mensaje de invitación a las y los estudiantes para que participaran. En este mensaje se incluyó el enlace para acceder al cuestionario. Es importante destacar que la investigadora no tuvo acceso a los correos electrónicos de las y los estudiantes, por lo que no tuvo control de los recordatorios compartidos o enviados por las profesoras y los profesores.

A continuación, se resumen el procedimiento efectuado como parte de la investigación realizada:

1. Selección de la muestra

- Se solicitó al Registrador de la institución una lista de los cursos ofrecidos durante el segundo semestre del año académico 2019-2020.

2. Evidencia de validez relacionada con la interpretación de los datos para el uso propuesto

- Se llevó a cabo una revisión del contenido del cuestionario por un grupo de cuatro conocedoras y conocedores.
- Se realizaron entrevistas cognitivas con siete estudiantes de las siete facultades principales de la institución. En este proceso participó un o una estudiante de cada facultad.
- A raíz de las revisiones y recomendaciones de las y los conocedores y el estudiantado, se realizaron modificaciones mínimas en el instrumento.

3. Autorización del protocolo de investigación por el CIPSHI (Trabajo remoto debido al COVID-19)

- Se solicitó al CIPSHI una autorización para modificar el formato de administración del instrumento.

El CIPSHI aprobó que el instrumento se administrara en formato electrónico.

4. Estudio piloto

- Se realizó un estudio piloto con 14 estudiantes subgraduados de una institución pública de educación superior.

- Se calculó el coeficiente de confiabilidad de consistencia interna Alpha de Cronbach, utilizando las respuestas de este grupo.

#### 5. Estudio de campo

- Se contactó a 43 profesoras y profesores de los cursos seleccionados en el muestreo aleatorio, para conocer su disponibilidad de difundir la información relacionada con la investigación entre sus estudiantes.
- Se envió, a 14 profesoras y profesores disponibles, un mensaje dirigido a las y los estudiantes en los cursos. Este mensaje incluyó el enlace para acceder al cuestionario electrónico en *Google Forms*.
- Se recopilaron las respuestas de las y los estudiantes al cuestionario electrónico.
- Se guardó la información de las y los estudiantes que deseaban participar del sorteo, según lo comunicaron al correo electrónico de la investigadora.
- Se realizó el sorteo de las diez tarjetas de regalo de *Amazon*, cada una valorada en \$10. Las y los estudiantes ganadores y ganadoras recibieron la tarjeta de regalo en formato digital, a través del correo electrónico.

#### 6. Análisis de los datos

- Se llevaron a cabo análisis estadísticos descriptivos de las respuestas a los ítems del cuestionario.
- Se interpretaron y reportaron los resultados.

### Análisis de datos

Para Creswell (2012), el proceso de análisis de datos se divide en cuatro etapas: (1) preparar los datos para el análisis, (2) analizar los datos, (3) informar los resultados e (4) interpretar los resultados. Al recopilarse los datos, es importante aplicar las técnicas de análisis apropiadas. Es posible haber construido un buen instrumento o llevar a cabo un proceso de administración estructurado y, de igual forma, llegar a resultados errados al realizarse el análisis equivocado (King, Rosopa & Minium, 2011). Según lo indica la Tabla 3, el cuestionario *Factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios y universitarias* incluye un total de 46 ítems de distintos tipos (i.e., escalas de categorías con grados de acuerdo y de frecuencia, alternativas múltiples y selección múltiple). Los datos recopilados, mediante las respuestas de las y los estudiantes, se analizaron mediante estadísticas descriptivas para responder la primera pregunta de investigación. Se consideran las respuestas a los 46 ítems incluidos en el cuestionario.

Según se establece en la segunda pregunta de investigación, uno de los propósitos de este trabajo era establecer diferencias en respuestas según el sexo del estudiantado. Inicialmente, se pretendía aplicar la prueba no paramétrica de Ji-Cuadrado (King, Rosopa & Minium, 2011; Siegel y Castellan, 1995). De los y las estudiantes, 49 se identificaron con su sexo (38 Mujeres y 11 hombres). Dentro de los supuestos que deben cumplirse para llevar a cabo esta prueba no paramétrica se establece que menos del 20% de las celdas deben tener una frecuencia esperada mayor o igual a cinco (Siegel y Castellán, 1995).

Al momento de llevar a cabo el análisis estadístico, la investigadora se percató que este supuesto no se cumplía. Debido a la limitada muestra de participantes, la frecuencia esperada para las categorías de sexo (mujer u hombre) reflejaron valores menores de cinco. Luego de unir las alternativas de la escala que reflejaban grados de acuerdo, con la intención de aumentar las frecuencias en las categorías, se decidió descartar la aplicación de la prueba, ya que tampoco se cumplía con el supuesto de frecuencias esperadas. Tomada esta decisión, se utilizaron las distribuciones de frecuencias de las respuestas en los ítems que se incluyen en el instrumento.

Las respuestas se presentan mediante el uso de declaraciones que resumen los resultados acerca de los factores que influyen en el uso del condón masculino o las pastillas anticonceptivas en las y los estudiantes; incluyendo tablas que organizan la información. Se utilizó el programa *Statistical Program for the Social Sciences (SPSS)*, Versión 27, para analizar los datos de manera descriptiva, tomando en cuenta la distribución de frecuencia de las respuestas y las medidas de tendencia central.

### **Aspectos éticos**

Luego de ser aprobada la propuesta de investigación, se solicitó la autorización del protocolo al CIPSHI. Al momento de llevar a cabo la investigación, la investigadora había tomado el adiestramiento que ofrece la *Collaborative Institutional Training Initiative*, conocido como *CITI Program* (Apéndice H). A raíz de los cambios suscitados por el COVID-19, se solicitó una autorización de modificación en el protocolo de administración. Una vez se obtuvo la aprobación se iniciaron gestiones para contactar a las y los profesores seleccionados en el muestreo aleatorio. La disponibilidad de los

profesores y las profesoras de los cursos garantizó la administración del cuestionario, en cumplimiento a los procedimientos establecidos, según los estándares éticos que rigen las investigaciones en la institución.

Cabe señalar que se llevaron a cabo los protocolos correspondientes al momento de contactar a los y las profesoras para solicitar su colaboración en la investigación. Inicialmente se les envió, por correo electrónico, una carta o un mensaje que incluía una presentación de la investigadora y una explicación del propósito de la investigación. Según se estipuló en la modificación aprobada por el CIPSHI, los profesores y las profesoras se encargaron de difundir la información de la investigación; compartiendo un mensaje redactado por la investigadora en donde se incluyó el enlace al cuestionario. Con la intención de obtener una tasa de respuesta alta, se incentivó a los estudiantes mediante un sorteo de diez tarjetas de regalo de *Amazon*, valoradas en \$10 cada una. Las y los estudiantes que estaban interesadas o interesados en participar del sorteo debían enviar un mensaje a la investigadora, a su correo electrónico, para incluirlas o incluirlos en el sorteo.

Uno de los aspectos medulares en cualquier investigación es el cumplimiento de los principios éticos que garantizan la beneficencia, la justicia y el respeto por las y los participantes (Informe Belmont, 1979). Reconociendo y cumpliendo estos principios se salvaguardó la vida de las y los participantes; garantizando su bienestar físico y mental al momento de participar en la investigación. También se contemplaron las consideraciones éticas respaldadas por la American Research Educational Association (2011). Entre estas se incluyó la competencia profesional, la integridad, la responsabilidad

profesional, científica, académica y social y el respeto de los derechos de la persona; resaltando la dignidad y la diversidad.

Considerando los parámetros de confidencialidad, en el cuestionario electrónico se omitió cualquier información que identificara al o la estudiante, es decir, no se obtuvo ningún dato relacionado con la dirección IP. Esta acción, además de proteger la identidad de la o el estudiante, pudo haber provocado un sentido de seguridad al momento de ofrecer respuestas que no serían divulgadas ni relacionadas con su persona. Al tratarse de un proceso voluntario, el o la estudiante pudo haber abandonado la investigación en cualquier momento.

Es importante destacar que el uso del cuestionario y los datos recopilados fueron manejados exclusivamente por la investigadora y la directora del comité de tesis. Los datos se ingresaron y guardaron en una base de datos creada por la investigadora en el programado SPSS (Versión 27), durante un periodo de seis años. Completado este periodo, la investigadora procederá a borrar la base de datos que contenga información relacionada al estudio. Al tratarse de un tema sensitivo en una población vulnerable, la investigadora solicitó una dispensa al CIPSHI para aquellos y aquellas estudiantes menores de 21 años que contestaron el cuestionario. De esta forma, los padres o las madres de la o el estudiante no tuvieron que completar la hoja de consentimiento informado.

### **Limitaciones de la investigación**

En el desarrollo de esta investigación, surgieron algunas limitaciones que afectaron la cantidad de participantes y los resultados. A continuación, se desglosan:

1. Al momento de llevarse a cabo este trabajo, la investigadora no encontró otros trabajos en donde se indagara acerca de los factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes en universidades en Puerto Rico. Por tal razón, no existía una base teórica y empírica desarrollada que le permitiera a la investigadora tomar como referencia estudios previos que incluyeran a la población de interés.
2. Debido a la emergencia provocada por el COVID-19, surgieron cambios en los procesos de administración del cuestionario en el estudio piloto y de campo. Se suspendieron las clases presenciales en Universidad de Puerto Rico y otras instituciones de educación superior en el País. A diferencia de lo planificado, se elaboró una versión en formato electrónico del cuestionario, mediante el programado *Google Forms*, y se administró en las dos ocasiones. En el caso del estudio piloto, la cantidad de estudiantes participantes fue 14. Inicialmente, dos profesoras de una institución de educación superior pública accedieron a compartir con sus estudiantes el instrumento. Sin embargo, solo se logró un acuerdo con una profesora para invitar a las y los estudiantes a participar del estudio piloto. Con respecto al cuestionario, no se obtuvo una retroalimentación directa por parte de las y los estudiantes sobre las dudas que pudieron surgir durante el proceso de responderlo.
3. En el estudio de campo, varias circunstancias afectaron el proceso de administración del cuestionario. Debido al cambio en la modalidad, a raíz de la suspensión de las clases presenciales en la institución, la investigadora no pudo compartir la invitación a la investigación de manera directa. Por tal razón, se optó por solicitar una modificación al protocolo al CIPSHI. Como parte de esta modificación, la investigadora contactó a las profesoras y los

profesores cuyos cursos habían sido seleccionadas y seleccionados en el muestreo, por medio de correo electrónico. En esta comunicación se les solicitó su ayuda para difundir la invitación a la investigación con las y los estudiantes en sus cursos. Durante este proceso 29 de las y los profesores seleccionados no respondieron el mensaje inicial de la investigadora y por esta razón, las y los estudiantes en dichos cursos no recibieron la invitación a la investigación.

4. El grupo de 14 profesoras y profesores que accedió a compartir la invitación a la investigación, tuvo el control de enviársela a sus estudiantes. También les enviaron el primer mensaje de recordatorio. Aunque la investigadora contactó a las y los profesores para solicitarles que enviaran un segundo recordatorio, dependió de su disposición el que se completara dicho proceso.
5. La administración del cuestionario se llevó a cabo durante una emergencia salubrista por la pandemia del COVID-19 y que, en la actualidad, aún se desconocen las implicaciones que este suceso pudo haber tenido en los procesos educativos e investigativos. De igual forma, el cuestionario fue compartido con el estudiantado en fechas próximas a culminar el semestre (mayo de 2020). Este elemento podría ser importante al momento de la o el estudiante tomar un tiempo para responderlo, considerando las otras presiones y responsabilidades asociadas con sus cursos.
6. La tasa de respuesta del instrumento fue de 16%. Se estima que la invitación a la investigación fue compartida con 392 estudiantes y de esta cantidad, 63 respondieron. Entre los factores que podrían encontrarse asociados con la baja respuesta, se destaca la situación de emergencia que se vivía, la falta

de interés por parte de las y los estudiantes sobre los procesos investigativos o la naturaleza del tema de estudio, el cual es uno sensitivo.

7. Debido a que la cantidad de estudiantes participantes de esta investigación fue limitada, la variabilidad en las respuestas se afectó. Esto impidió que se cumplieran con los supuestos para llevar a cabo la prueba estadística de Ji-Cuadrado. Esta prueba era necesaria para responder a la segunda pregunta de investigación. Al no aplicarla, no se pudieron establecer diferencias estadísticas entre las respuestas de las y los participantes, según su sexo.
8. Por la naturaleza del diseño de investigación seleccionado, el estudiantado compartió sus opiniones, sobre el tema en estudio, según los ítems que se incluyeron en el cuestionario. Los factores abordados en este trabajo no fueron exhaustivos por lo que es probable que existan otros factores limitantes en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas.
9. Debido a la muestra limitada de participantes (63) en esta investigación, las conclusiones que se presentan en este trabajo se circunscriben únicamente a ellas y ellos. Representan una fracción mínima de la población de estudiantes de bachillerato en la institución universitaria.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

El propósito de esta investigación fue auscultar ciertos factores internos y externos que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes subgraduados y subgraduadas de una universidad pública en Puerto Rico. De igual forma, se estableció una relación entre el sexo de los y las participantes y aquellos factores que pueden influir en la toma de decisiones, acerca del acceso y uso de los métodos anticonceptivos.

En este capítulo se describen los resultados del proceso de recopilación de datos para contestar las preguntas de investigación formuladas. La recopilación de datos se llevó a cabo mediante la administración del cuestionario titulado *Factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios y universitarias*. Primero se presentan los datos socio-demográficos de la muestra de estudiantes participantes y luego, los resultados obtenidos. Estos se discuten estableciendo un vínculo con las preguntas y los propósitos de la investigación.

#### **Datos socio-demográficos**

La muestra de participantes de esta investigación estuvo compuesta por estudiantes subgraduados de las siete facultades principales de una universidad pública en Puerto Rico. Como parte de esta sección se identificaron dos componentes: datos socio-demográficos y comportamiento sexual. Ambas variables permitieron explorar características relacionadas con el estudiantado, facilitando de esta forma establecer su perfil. Para cumplir a

cabalidad con el propósito de la investigación, fue importante identificar la edad de las y los estudiantes.

Aunque la intención final de este trabajo no es generalizar, es necesario contextualizar los resultados obtenidos pues, como se discutió en el segundo capítulo, el interés principal del estudio es identificar los factores limitantes en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en jóvenes que se encuentran en la etapa de adultez temprana. Las y los participantes de la investigación se encontraban en edades que fluctuaban entre los 18 y 29 años (Tabla 4). La moda fue 20 años y la media aritmética y la mediana 21 años.

Tabla 4.

*Edad de los y las estudiantes participantes*

<b>Edad (años)</b>	<b>f</b>	<b>P</b>
18	3	5
19	11	17
20	15	24
21	11	17
22	12	19
23	7	11
24	2	3
25	1	2
26	1	2
<b>Totales</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Nota.* **f** significa frecuencia de respuesta y **P** porcentaje correspondiente.

De los y las 63 participantes, 38 (60%) estudiantes indicaron ser mujeres, 11 hombres, 13 decidieron omitir esta información y una o uno no deseó responder. Respecto al estado civil de las y los estudiantes, 40 señalaron estar solteras o solteros, 22 se encontraban en una relación consensual y una o uno no deseó contestar.

Con relación a la facultad a la que pertenecían, existe una representación de siete de las ocho facultades principales de la institución

(Tabla 5). Las y los estudiantes que contestaron el cuestionario pertenecían a las siguientes facultades y escuelas: Administración de Empresas, Arquitectura, Ciencias Naturales, Ciencias Sociales, Escuela de Comunicación, Educación y Humanidades. Sus edades fluctuaron entre los 18 y 26 años. Al momento de la investigación, la mayoría se encontraba entre el segundo y cuarto año de sus estudios universitarios: primero (7), segundo (14), tercero (15), cuarto (15), quinto (5), sexto (4) y séptimo (1). Un o una estudiante indicó encontrarse en un año académico mayor al cuarto y otro u otra estudiante decidió no responder esta pregunta. Es importante destacar que la mayoría de las y los participantes provienen de la Facultad de Educación. Esto se debió a la disponibilidad de las profesoras y los profesores para compartir la invitación a la investigación con los y las estudiantes.

Tabla 5.

*Facultad de procedencia de los y las participantes*

<b>Facultad</b>	<b>f</b>	<b>P</b>
Administración de Empresas	4	6
Arquitectura	1	2
Ciencias Naturales	10	16
Ciencias Sociales	14	22
Escuela de Comunicación	4	6
Educación	26	41
Humanidades	4	6
<b>Totales</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Nota.* \*f significa frecuencia de respuesta y P porcentaje correspondiente.

Además de los datos sociodemográficos de las y los estudiantes, se abordó el comportamiento sexual. Este componente, representado en el cuestionario por tres ítems, tuvo como objetivo recopilar datos relacionados con

las prácticas sexuales de las y los participantes. En el grupo de 63 estudiantes, 31 (49%) indicaron que tuvieron su primera relación sexual entre las edades de 16 a 18 años. Trece (21%) tuvo su primer acto sexual entre los 19 y 21 años, mientras que dos (3%) tenían 13 a 15 años cuando llevaron a cabo esta actividad. Además, una o uno (2%) indicó haber tenido relaciones sexuales por primera vez en o antes de los 12 años. Tres (5%) afirmaron tener 21 años o más cuando sostuvo su primera relación coital. Finalmente, 13 (21%) estudiantes confirmaron no haber tenido relaciones sexuales al momento de llevarse a cabo la encuesta. Finalmente, la Tabla 6 presenta cantidad de parejas sexuales de las y los participantes en un año. Veintiocho (56%) indicaron que habían tenido una y ocho habían tenido cuatro o más.

Tabla 6.

*Parejas sexuales de las y los estudiantes en un año*

<b>Parejas sexuales</b>	<b>f</b>	<b>P</b>
Una	28	56
Dos	6	12
Tres	5	10
Cuatro o más	8	16
Ninguna	3	6
<b>Totales</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

*Nota.* \*f significa frecuencia de respuesta y P porcentaje correspondiente.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, específicamente en su última relación sexual, los resultados de este estudio sugieren que el método que más utilizaban era el condón masculino (36, 72%), seguido por el de interrupción (13, 26%). En cuanto a las pastillas anticonceptivas, 11 (22%) confirmaron haberlas utilizado durante su última actividad sexual, mientras que

siete (14%) indicaron que no usaron ningún método. Finalmente, tres (6%) identificaron los implantes como el método alternativo de anticoncepción.

### **Factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas**

Para responder la primera pregunta de investigación, ¿Cuáles son los factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en los y las estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras?, se llevó a cabo un análisis de los datos aplicando estadísticas descriptivas. Como se discutió anteriormente, los factores internos hacen referencia a aquellos elementos que conforman el ambiente más cercano a la o el joven; considerando los rasgos propios de su personalidad y la manera en que se percibe o comprende algo. Para propósitos de esta investigación se exploraron los efectos físicos provocados por el uso del condón y las pastillas anticonceptivas y la asertividad sexual, como posibles factores internos.

Los factores externos se definen como un conjunto de elementos que conforman las interacciones que la o el joven pueden tener con personas, cosas o ambientes de su entorno inmediato. En esta investigación se consideraron, la coerción sexual, la comunicación sexual parental, los servicios de salud sexual y el uso de alcohol y drogas recreativas como posibles factores externos.

A continuación se presentarán los resultados que responden la primera pregunta de investigación, estableciendo una división entre los factores internos y externos, explorados a través de las siguientes variables: efectos físicos provocados por las pastillas anticonceptivas y el uso del condón,

asertividad sexual, coerción sexual, comunicación sexual parental, servicios de salud sexual y el uso de alcohol y drogas recreativas. En el Apéndice I se encuentran la distribución de frecuencia de las respuestas a los ítems del cuestionario.

## **Factores internos**

### **Efectos físicos provocados por el uso de las pastillas**

#### **anticonceptivas**

Como se explicó anteriormente, el cuestionario titulado *Factores que influyen en el acceso y uso del condón y pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios y universitarias*, incorporó algunas preguntas filtros que tenían como objetivo dirigir a los y las participantes a contestar ciertos ítems, según su sexo. Por la naturaleza de su uso y efecto, se incluyeron ciertos ítems que podían responderlos únicamente aquellas personas que se identificaron como mujeres. Estas preguntas abordaron aspectos relacionados al uso de las pastillas anticonceptivas. Los ítems incluidos en esta sección exploraron cómo las ideas de las jóvenes acerca de los posibles efectos secundarios de las pastillas anticonceptivas podrían ser determinantes al momento de utilizar o no este método.

Al preguntarle a las jóvenes sobre los posibles efectos secundarios de las pastillas anticonceptivas, 32 de las 38 (84%) consideraron que podrían provocar cambios en su estado de ánimo y 30 (79%) que podrían hacerlas aumentar de peso. Trece de las 38 (34%) participantes confirmaron que el uso de estas pastillas podría encontrarse vinculado con la infertilidad.

Como parte de los posibles efectos secundarios adicionales señalados por las 38 estudiantes, cinco (13%) indicaron que estos medicamentos pueden

influir en el desarrollo del cáncer de seno, mientras que cuatro (10%) consideraron que se encuentran asociados con el cáncer uterino. Dos (5%) indicaron que estas pastillas no provocan ningún efecto secundario. Entre las respuestas adicionales se una (3%) destaca los problemas hormonales y dos (5%) no conocían acerca de estos efectos secundarios. Tres (8%) de las participantes no respondieron a esta pregunta.

Cuando se les preguntó a las estudiantes si temían por los efectos secundarios que las pastillas anticonceptivas podrían provocar, 29 de 37 (79%) indicaron que sí, mientras que siete (19%) seleccionaron que no temían por los mismos. Una estudiante decidió no contestar este ítem. Considerando que 79% de las estudiantes opinó que estos medicamentos podrían hacerlas aumentar de peso, 81% (30) confirmaron sentirse preocupadas con aumentar de peso por utilizar las pastillas anticonceptivas. Cuatro (11%) indicaron no sentirse preocupadas por esta razón.

Explorando la variable de imagen corporal, y al preguntarles a las estudiantes acerca de la importancia de su peso, 25 de 37 (68%) seleccionaron que tiene mucha importancia, 11 (30%) lo consideran de regular importancia y una (3%) de poca importancia. Al explorar la posibilidad de que las jóvenes aumentaran de peso, como efecto secundario del uso de las pastillas anticonceptivas, 27 (73%) indicaron que, de ocurrirles esto, estas dejarían de usarlas. Diez (27%) informaron que continuarían usándolas, aún con el efecto en el peso que pudiesen tener en ellas.

En cuanto al propósito de usar las pastillas anticonceptivas, 22 (58%) indicaron que nunca han utilizado este método anticonceptivo. Doce estudiantes las han usado para el control natal. Entre otros de los propósitos

indicados, cinco las utilizaban para controlar el ciclo menstrual, disminuir los dolores menstruales, disminuir los dolores menstruales, disminuir el tamaño de los quistes ováricos, atender enfermedades relacionadas al endometrio o siendo estas la sustitución de otro método alternativo (implantes).

Aquellas estudiantes que han utilizado las pastillas anticonceptivas, además de definir su uso, identificaron los efectos secundarios que provocan. Aunque 14 (39%) afirmaron no haber experimentado ningún efecto secundario, 13 (36%) indicaron haber percibido cambios en sus ciclos menstruales y 12 (33%) sintieron cambios en sus estados de ánimo. Otros de los efectos secundarios identificados por las participantes fueron la sensibilidad en los senos (5, 14%), una sensación de náuseas (4, 11%) y un aumento de peso (3, 8%). Al preguntarle a las estudiantes la razón por la que han suspendido el uso de las pastillas anticonceptivas, 12 (33%) informaron nunca lo habían interrumpido. De las participantes que decidieron dejar de utilizarlas, tres (9%) lo hicieron por los efectos secundarios y una (3%) porque olvidó tomarlas.

### **Efectos físicos provocados por el uso del condón (femenino o masculino)**

El condón, considerándose el anticonceptivo ideal en la prevención de embarazos y contagios de las ITS (CDC, 2020), funciona como una barrera que limita el contacto físico, reduce la sensación táctil y disminuye la transferencia de calor corporal. Esto podría influir directamente en la reducción de la sensación de placer. Randolph et al., (2007) sostienen que la sensación de placer asume un rol fundamental en las prácticas sexuales, por lo que la decisión relacionada con no usar un condón podría estar vinculada con los efectos físicos que provoca utilizarlo.

Con respecto a los efectos físicos provocados por el uso del condón, ya fuese femenino o masculino, el instrumento utilizado en esta investigación incluyó 10 ítems al respecto. Esta sección fue respondida por 50 estudiantes. Según las respuestas de las y los participantes de esta investigación, 31 de 50 (62%) consideró estar *Totalmente de acuerdo* con la premisa “El condón es un método efectivo en la prevención de las ITS” (ítem 18) y 15 (30%) contestaron *Parcialmente de acuerdo*. Quince (30%) y 22 (44%), respectivamente, indicaron estar *Totalmente y Parcialmente de acuerdo* con la premisa “Los condones son un método anticonceptivo eficaz” (ítem 21). Con respecto a la compra de condones, 21 (42%) seleccionaron *Totalmente y Parcialmente de acuerdo* con el sentir de vergüenza al adquirirlos (ítem 19).

Respecto a la sensación provocada por el uso de condones, 17 (34%) de las y los participantes indicaron no estar *Ni en acuerdo ni en desacuerdo* con respecto a la disminución de placer como efecto de tener que detener el acto sexual para colocarlo (ítem 17). También, 21 (42%) asumieron una postura neutral, contestando del mismo modo, al ítem 22 “Usar condones puede hacer que el acto sexual sea más estimulante”. En cuanto a la incomodidad física de los condones para ambas personas, 17 (34%) seleccionó *Totalmente en desacuerdo* a la premisa asociada (ítem 25). Una cantidad o porcentaje similar (34%) seleccionó *totalmente y parcialmente de acuerdo* con esta premisa. Con relación a la reducción en el placer del acto sexual provocada por el uso de los condones, abordada en el ítem 26, las respuestas fueron variadas. Treinta (60%) de las respuestas de los y las participantes se distribuyeron entre las opciones de *Ni en acuerdo ni en desacuerdo* y *Totalmente en desacuerdo*.

### **Asertividad sexual**

La asertividad sexual se define como la capacidad para tomar decisiones relacionadas con la sexualidad y los cuerpos. Esto implica también un control de las experiencias sexuales (Morokoff et al., 1997). En esta investigación, se encuentra vinculada con la toma de determinaciones asociadas con el uso de las pastillas anticonceptivas o los condones en estudiantes universitarias y universitarios.

De las y los 50 participantes, 44 (88%) consideran que sus parejas pueden expresarse libremente con respecto a sus preferencias sobre el uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales (ítem 27). Tres (6%) no pueden hacerlo y tres (6%) no respondieron a este ítem. Además, 43 (86%) afirmaron que no se le es difícil expresar sus preferencias con respecto al uso de anticonceptivos (ítem 29). Siete (14%) reconocieron que se le es difícil llevar a cabo este tipo de comunicación. En cuanto a hablar con su pareja sobre el uso de anticonceptivos, 47 (94%) afirmaron que lo hacen, mientras que dos (4%) no pueden hacerlo (ítem 30).

Por otro lado, 44 (88%) de los y los estudiantes participantes indicaron sentirse capaces de decirle a su pareja que no quiere tener sexo en un momento particular (ítem 28). Sin embargo, cuatro (8%) contestaron que no pueden comunicar esta intención y dos (4%) no contestaron este ítem. De 50 estudiantes, 48 (96%) creen tener la habilidad para detener a su pareja, en caso de no querer sostener relaciones sexuales (ítem 32). Dos (4%) afirmaron haber sostenido relaciones sexuales con su pareja al no saber cómo detener el acto.

Al explorar, de manera general, el nivel de asertividad que las y los estudiantes tienen con respecto a decisiones relacionadas con el uso de anticonceptivos, las respuestas sugieren que se consideran capaz de poseer este control. Por ejemplo, si al momento de sostener relaciones sexuales con su pareja, él o ella no trae consigo algún método de protección, 49 (98%) de los y las participantes afirmaron que pueden detener el acto sexual para preguntarle si tiene accesible un condón. Además, 92% (46) pueden pedir un tiempo para colocarse un condón y 82% (41) puede comunicarle el tipo de anticonceptivo que se encuentra utilizando. De igual forma, 86% (43) indicó que puede detener el acto sexual en caso de no tener disponible algún método anticonceptivo o de protección (ítem 40). Por el contrario, seis (12%) de reconocieron el no poder llevar a cabo esta acción.

## **Factores externos**

### **Coerción sexual**

La coerción sexual podría interferir directamente con el uso de anticonceptivos, reduciendo la autonomía que tiene la mujer o el hombre con relación a la prevención de una ITS o un embarazo no deseado (Silverman y Raj, 2014). Respecto a las dinámicas de coerción reproductiva que pueden ocurrir entre las parejas sexuales, 47 (94%) de los y las participantes no se han sentido obligados u obligadas a tener relaciones sexuales, sin utilizar algún método anticonceptivo (ítem 33). Con una frecuencia y porcentaje similar, 49 (98%) no han sido obligados u obligadas físicamente a sostener relaciones sexuales, sin utilizar algún método anticonceptivo (ítem 34). Lamentablemente, tres (6%) participantes han sentido la obligación de tener relaciones sexuales sin un método anticonceptivo y una o uno ha sido forzada o forzado a tenerlas.

Del grupo de 50 participantes, 47 (94%) indicaron que sus parejas no han insinuado que tendrían sexo con otra persona si ellos o ellas no sostienen relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo (ítem 35). Sin embargo, dos (4%) lo han experimentado. Por otra parte, ninguno de las o los participantes de esta investigación se ha encontrado en una situación en donde su pareja le exija tener relaciones sexuales, sin utilizar algún anticonceptivo como “muestra de amor” (ítem 36). No obstante, un o una estudiante contestó que ha sido acusado o acusada de ser infiel al exigir el uso de algún anticonceptivo (ítem 37).

En cuanto al uso del condón en el acto sexual, 42 (84%) de las y los participantes contestaron *Totalmente en desacuerdo* con respecto a que un hombre sea considerado aburrido por sugerir utilizarlo (ítem 23). De igual modo, 41 (82%) contestaron a la premisa que considera que las mujeres que incitan el uso del condón son aquellas que no confían en su pareja (ítem 24).

### **Uso de alcohol y drogas**

Bellis et al. (2008) sostienen que el consumo de alcohol u otras drogas coloca a las y los jóvenes en posiciones vulnerables al disminuir el control que estas y estos puedan tener al momento de tomar decisiones relacionadas con sus prácticas sexuales. Del grupo de 50 estudiantes que contestaron los ítems asociados en el cuestionario, 30 (60%) han sostenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol (ítem 38) y 18 (36%) luego de consumir marihuana (ítem 39).

## **Comunicación sexual parental**

La comunicación sexual entre madres, padres, hijas e hijos puede definirse como una acción consciente entre las partes, quienes abordan temas relacionados al sexo, la sexualidad o los posibles resultados de la salud sexual. En esta investigación, se exploró la variable de comunicación sexual parental, según las discusiones que las y los estudiantes tienen con sus madres y padres acerca de temas relacionados con la sexualidad. Para esto, se indagó la frecuencia con la que se aborda ciertos temas.

De los y las 63 estudiantes, 43 (68%) afirmaron que nunca hablan con sus madres acerca el acto sexual, mientras que 19 (29%) ha dialogado acerca de este asunto a veces y dos (3%) siempre lo hace (ítem 21). Respecto al tema de las ITS, 35 (56%) confirmaron que nunca lo discuten, 27 (37%) lo hace a veces y cuatro (6%) siempre. Al abordarse el diálogo con sus madres acerca del uso de anticonceptivos, 33 (52%) informaron que nunca han tenido esta conversación, 23 (37%) indicaron sostenerla a veces y siete (6%) siempre.

Respecto a la comunicación sexual que los y las estudiantes sostienen con sus padres, 49 (78%) afirmaron que nunca hablan acerca del acto sexual, mientras que seis (10%) dialoga a veces y cinco (8%) siempre. En cuanto a las ITS, 50 (79%) nunca lo han discutido con sus padres, siete (11%) han hablado a veces y dos (3%) siempre. Al abordarse la frecuencia con la que los y las participantes dialogan con sus padres sobre el uso de anticonceptivos, las respuestas también revelan poca o ninguna comunicación: 50 (79%) informó nunca tener esta conversación y siete (11%) indicó que a veces lo hace. Del mismo modo ocurre con la conversación acerca del embarazo: 48 (76%) respondieron que nunca han hablado con sus padres del tema.

Sin embargo, suelen hablar más con sus madres respecto al embarazo: 36 (57%) lo hace a veces, seis (10%) siempre y 20 (32%) nunca. Como vínculo con las dinámicas coercitivas, 44 (70%) de las y los participantes afirmaron que nunca hablan con sus madres sobre el manejo de la presión sexual entre sus parejas, 16 (25%) a veces y tres (5%) siempre. Al explorar si sostienen conversaciones con sus madres en la búsqueda de orientación relacionada con técnicas o estrategias para hablar con sus respectivas parejas sobre temas asociados con su salud sexual, los resultados de este estudio indican que 33 (54%) nunca han tenido este tipo de diálogo. Veinte (30%) lo tiene a veces y diez (16%) siempre.

La falta de conversación con los padres acerca de las dinámicas coercitivas también es patente: 79% (50) afirmaron que nunca hablan con su padre sobre el manejo de la presión sexual entre sus parejas. Al explorar si los y las estudiantes sostiene conversaciones con sus padres en la búsqueda de orientación relacionada con técnicas o estrategias para hablar con sus respectivas parejas sobre temas asociados con su salud sexual, las respuestas de este estudio indican que 71% (45) nunca tiene este tipo de diálogo, mientras que 11% (7) lo tiene a veces y 11% (7) siempre.

### **Servicios de Salud Sexual**

Los Servicios de Salud Sexual tienen como uno de sus objetivos principales ofrecer información de prevención de las ITS, de educación sexual y de las dinámicas que pueden suscitarse tras las diversas experiencias sexuales. Al indagarse el acceso a los servicios de salud sexual y los elementos que podrían facilitar o limitar el mismo, los resultados de esta investigación señalan que 41 (65%) de los y las 63 participantes no conocen un

lugar que ofrezca este tipo de servicios en su comunidad. Por otro lado, 37 (59%) indicaron que conocen de uno en la institución educativa a la cual asisten.

Con respecto a los lugares que las y los estudiantes frecuentan en la búsqueda de información o servicios relacionados con su salud sexual, 14 (21%) indicaron que visitaron una clínica, siete (11%) a su médico primario y la misma cantidad a una ginecóloga, tres (5%) el hospital y dos (3%) a la Oficina de Servicios Médicos de la universidad a la cual asisten. Dos recurrieron al Internet para aclarar dudas vinculadas con su salud sexual durante el año en que se llevó a cabo la investigación. Por otra parte, 36 (57%) de las y los participantes afirmaron que visitaron algún lugar para recibir orientación o servicios relacionados.

Según las respuestas de las y los participantes de esta investigación, las razones que podrían limitar el acceso de las y los estudiantes a los servicios de salud sexual y reproductiva son diversas (ítem 46). La razón más común, seleccionada por 59 (94%), fue sentir de vergüenza. Además, 54 (86%) indicaron que una barrera limitante a estos espacios podría ser el desconocimiento de los lugares a donde puedan dirigirse a solicitar información o ayuda.

Por otro lado, 54 (86%) afirmó que el miedo a que sus padres y madres se enteren de que ellos y ellas visitan algún espacio en la búsqueda de información relacionada podría ser determinante al momento de tomar decisiones sobre el acceso a estos servicios. También, 37 (58%) señalaron que el costo de estos servicios podría influir al momento de decidir accederlos; mientras que 31 (49%) indicaron que sentir de desconfianza hacia el personal

que atiende podría ser otro factor limitante. De igual forma, 19 (30%) sugieren que una percepción de falta de confidencialidad en el manejo de información por parte del personal, también podría limitar el acceso a estos servicios.

Finalmente, 15 (24%) de las y los estudiantes consideraron que el horario establecido en los espacios destinados para estos asuntos podría influir en el acceso.

### **Diferencias en acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas según el sexo de las y los estudiantes**

Hay poca diferencia en la frecuencia de las respuestas ofrecidas por 49 estudiantes, que identificaron su sexo (38 mujeres y 11 hombres), en los ítems que representan los factores abordados. En el Apéndice J se encuentran las respuestas. Tal y como se mencionó anteriormente, en esta sección solo se discutirán aquellos resultados que pudieron demostrar, con frecuencias, y porcentajes, cierta diferencia en respuestas, según el sexo de las y los estudiantes.

Con respecto al uso del condón, los resultados de esta investigación sugieren que las mujeres experimentan, con más frecuencia, un sentir de vergüenza al momento de comprarlo (ítem 19). En el caso de ambos sexos, Picca y Joos (2009) demuestran en su trabajo que esta vergüenza podría encontrarse vinculada con que sean vistas por otras personas o con la acción de solicitar asistencia para localizar estos profilácticos. Según Ronis y Lebouthillier (2013), las mujeres sienten mayor incomodidad con respecto a lo que las y los empleados podían pensar de ellas al momento de comprar este tipo de anticonceptivo.

En cuanto a la coerción sexual reproductiva, aunque no parece ser una acción recurrente entre las parejas, ninguno de los hombres de esta investigación ha percibido este tipo de violencia. No obstante, un grupo de siete mujeres pudieron identificar esta dinámica en sus relaciones, al encontrar difícil el expresar sus preferencias sobre el uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales (ítem 29). Este resultado no coincide con la información provista por la OMS (2012), la cual sostiene que a partir de los 15 años, el 45% de las mujeres habrá experimentado este coerción sexual en sus dinámicas de pareja. Considerando esta estadística, se esperaría que la frecuencia en respuestas de las féminas fuese más alta. Sin embargo, identificando una diferencia en la frecuencia de las respuestas, ninguno de los 11 hombres que participaron en esta investigación se han sentido violencia de esta forma (ítem 29).

Al momento de explorar la frecuencia con que el grupo de jóvenes participantes acceden a los Servicios de Salud sexual, los resultados de este trabajo demuestran que, a diferencia de las diez mujeres que así lo especifican, solo un estudiante comparte el haber solicitado este tipo de servicios (ítem 45). La diferencia en acceso podría deberse a la percepción que pueden tener los hombres respecto al conocimiento que estos deben tener respecto a temas relacionados con su sexualidad. Según Pearson (2003), esta actitud también podría encontrarse vinculada con la construcción de la masculinidad, la cual promueve una idea que sostiene que los hombres jóvenes no pueden mostrarse débiles al admitir que necesitan este tipo de ayuda. De igual forma, el autor sostiene que, por lo regular, los centros o clínicas destinados para este fin se encuentran mayormente orientados a las mujeres; promoviendo información dirigida a los embarazos, los métodos anticonceptivos femeninos y

las ITS comunes en las mujeres. Este tipo de estructura podría justificar la razón por la que los hombres no solicitan estos servicios.

Aunque las razones por las que una o un joven decide no acceder a estos centros o clínicas pueden ser diversas, las respuestas de las y los participantes de esta investigación sugieren que las mujeres identifican la desconfianza como una barrera de acceso a estos espacios, a diferencia de los hombres que no lo perciben de tal manera (ítem 46). Este sentir de desconfianza podría deberse al discurso que sostiene que la mujer que se informa sobre temas relacionados con el sexo o su sexualidad es promiscua y que esta sería juzgada por aquellas personas que la atiendan (Li et al., 2018).

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta investigación, tipo encuesta transversal, tuvo como propósito auscultar ciertos factores internos y externos que podrían influir en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes subgraduados de una universidad pública en Puerto Rico. Como parte del proceso de recopilación de datos, 63 estudiantes contestaron el cuestionario *Factores que influyen en el acceso y uso del condón y pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios y universitarias*, en formato electrónico.

A modo de síntesis, es preciso señalar que esta investigación utiliza como base teórica el trabajo de Jaccard (2009). Su modelo socio-ecológico, sirve para explorar ciertos niveles de interacciones que influyen directa o indirectamente en las decisiones relacionadas con el acceso y uso de los métodos anticonceptivos. Este modelo incluye múltiples variables que pueden ser consideradas al momento de abordar este tema. La sexualidad, como un conjunto de condiciones multidimensionales, admite variabilidad en los factores que podrían ser relevantes para una persona decidir utilizar, o no, algún método anticonceptivo.

Al momento de usar como referencia este modelo, la investigadora seleccionó algunas de las variables que le interesaba explorar, particularmente, en la población de estudiantes universitarias y universitarios. Con la intención de delimitar y facilitar la comprensión de esta adaptación, las variables se agruparon como factores internos y factores externos.

Como parte de los factores internos se abordaron aquellos elementos que conforman el ambiente más cercano de cada joven; considerando los

rasgos propios de su personalidad y la manera en que esta o este percibe o comprende algo. Entre estos elementos se exploraron los efectos físicos provocados por el uso del condón y de las pastillas anticonceptivas y la asertividad sexual. Los factores externos, definidos como un conjunto de elementos que conforman las interacciones que la o el joven pueden tener con personas, cosas o ambientes de su entorno inmediato, se abordaron mediante las variables de coerción sexual, comunicación sexual parental, servicios de salud sexual y el uso de alcohol y las drogas recreativas.

Luego de haberse realizado la investigación, este capítulo incluye las siguientes secciones: síntesis del marco teórico principal, resumen e interpretación de los resultados y recomendaciones para futuros estudios.

### **Síntesis del marco teórico principal**

Los aspectos que pueden influir en el desarrollo de conductas humanas son diversos. Muchas de las determinaciones tomadas en el área de la Salud Pública, se encuentran fundamentadas en trabajos que plantean las dimensiones psicológicas del ser humano y la forma en que estas pueden condicionar los comportamientos. Bronfrenbrenner (1979), mediante el modelo socio-ecológico, establece que el desarrollo humano está influenciado por las relaciones que las personas tienen en los espacios físicos y sociales, en los cuales interactúan. Como parte de su trabajo, describe cómo el hogar, el espacio laboral, los compañeros, los familiares, los pares, la comunidad, las políticas públicas, las leyes, las instituciones y las normas culturales condicionan el ambiente que nos conforma. Estos, además de influir en el desarrollo de comportamientos, pueden intervenir en la toma de decisiones; incluyendo aquellas relacionadas con uso de métodos anticonceptivos.

Centrado en el tema de acceso y uso de métodos anticonceptivos, y según descrito antes, Jaccard (2009) desarrolló una adaptación del modelo socio-ecológico de Bronfrenbrenner (1979), y desde su perspectiva describe algunas de las variables que son determinantes, al momento de una persona decidir acceder o utilizar un método anticonceptivo. Las variables que sugiere, aunque respaldadas por otras investigaciones, no son exhaustivas. Las razones por las que una persona decide, o no, utilizar algún método anticonceptivo, son diversas. Consciente de esto, y con la intención de iniciar un abordaje en la población de estudiantes universitarias y universitarios en Puerto Rico, la investigadora seleccionó ciertas variables a explorar a través del proceso investigativo.

Como parte de las variables seleccionadas, identificadas y agrupadas como parte de los factores internos o externos, esta investigación exploró los efectos físicos provocados por el uso del condón y las pastillas anticonceptivas, la asertividad sexual, la coerción sexual, la comunicación sexual parental, los servicios de salud sexual y el uso de alcohol y las drogas recreativas.

### **Discusión**

Esta sección ofrece una discusión de los resultados obtenidos en la investigación realizada. Se vincula con las preguntas y el propósito de investigación e integran las interpretaciones de la investigadora. Además, se complementa con los datos recopilados y las fuentes de referencia consultadas. Considerando la naturaleza descriptiva del trabajo, se ofrece una exposición de los posibles factores que podrían considerarse como determinantes al momento de una o un joven acceder o utilizar el condón o las pastillas anticonceptivas, como métodos para la prevención de embarazos no

deseados y las ITS. De igual forma, se identifica cierta tendencia en las respuestas de las y los participantes, siendo estas relacionadas con su sexo.

### **Datos sociodemográficos y comportamiento sexual**

Como se estableció desde un inicio, la población de interés de esta investigación fueron las y los estudiantes en programas subgraduados de una universidad pública en Puerto Rico. Se encontraban, en su gran mayoría, en la etapa de adultez temprana. Esta etapa corresponde a jóvenes entre los 18 a 29 años. Según los datos recopilados, a través de las preguntas en la primera parte del cuestionario, las y los participantes de esta investigación tenían edades que fluctuaban entre los 18 y 26 años. Aunque el propósito de este trabajo no es generalizar sobre las opiniones y experiencias que pueda tener un grupo de jóvenes que se encuentran en la etapa de adultez temprana, esta información permite contextualizar los hallazgos de esta investigación. Las y los 63 participantes representan una muestra de jóvenes que podrían encontrarse en un periodo del desarrollo humano vulnerable. Como confirma la Kaiser Family Foundation (2014), el CDC (2019) y el Departamento de Salud de Puerto Rico (2018), estos y estas representan un grupo vulnerable para el contagio de las ITS o los embarazos no deseados, ya que se exponen a prácticas sexuales riesgosas.

Con respecto al sexo de las y los participantes, 38 de los 63 participantes fueron mujeres (60%) y 11 (22%) se identificaron como hombres. Una persona (2%) no deseó contestar esta pregunta. Contemplando esta información, y anticipando lo que podría ser considerado como una limitación, es importante resaltar que los resultados que se describirán a continuación poseen, posiblemente, un sesgo por su sexo. Esto se debe a que la mayoría

(60%) del grupo de participantes de la investigación son mujeres. Esta tendencia podría encontrarse relacionada con diferentes factores.

El Departamento de Educación de los Estados Unidos de América (National Center for Education Statistics, 2020) estima que el 56% del grupo del estudiantado universitario subgraduado se encuentra compuesto por mujeres. En el caso de la UPR-RRP, las mujeres representan el 63% de la matrícula (Oficina del Registrador, comunicación personal, 30 de octubre de 2020). Además, es importante destacar que en esta investigación, 41% de la muestra corresponde a estudiantes de la Facultad de Educación. En esta facultad la matrícula de estudiantes mujeres es de 68%.

Como parte de los datos sociodemográficos, se exploraron algunos elementos relacionados con los comportamientos sexuales de las y los participantes. En esta investigación, 31 (49%) de las y los 63 estudiantes que contestaron el cuestionario administrado indicaron que tuvieron su primera relación coital entre las edades de 16 a 18 años. Esto coincide con la *Encuesta Nacional sobre Alcohol, Drogas y Violencia* (U.S. Department of Education, 2016) que se llevó a cabo en la institución y con datos del CDC (2017). Ambas organizaciones confirman que, en promedio, la primera relación coital de las y los jóvenes ocurre en o antes de los 18 años.

Chialepeh y Sathiyasusuman (2015) sostienen que la primera causa de riesgo en el contagio de las ITS se encuentra vinculada con los encuentros sexuales con múltiples parejas. Las respuestas en esta investigación son diversas al momento de abordar la cantidad de parejas sexuales que las y los estudiantes tuvieron en el último año. Aunque 28 (56%) de 50 participantes,

afirmaron haber tenido solo una pareja sexual, 19 (38%) se encuentran en una posición vulnerable al tener más de una pareja sexual.

Con respecto al método anticonceptivo utilizado por las y los estudiantes, en su última relación coital, los datos recopilados coinciden con los del informe anual de la American College Health Association (2019). Esta entidad identifica el condón, las pastillas anticonceptivas y el método de interrupción como los principales métodos utilizados. En la presente investigación, estos métodos fueron los que la mayoría de las y los participantes utilizaron en su última relación coital. El condón (36, 72%) fue el método más utilizado, seguido por el método de interrupción (13, 26%) y las pastillas anticonceptivas (11, 22%). El hecho de que las y los participantes utilizaran el método de interrupción también les coloca en una posición de vulnerabilidad, ante las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

Cabe mencionar que siete (14%) de 50 participantes afirmaron el no haber utilizado ningún método anticonceptivo la última vez que sostuvieron relaciones sexuales. Considerando las altas cifras de contagio de las ITS, ofrecidas por el Departamento de Salud en Puerto Rico (2018), esto podría interpretarse como un posible reto para los programas y servicios de salud sexual. Este grupo de estudiantes, aunque muy reducido, puede incurrir en conductas riesgosas.

## **Factores internos**

### **Efectos físicos provocados por el uso de las pastillas anticonceptivas**

Al momento de explorar los factores internos que podrían influir en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas, y como parte de la selección de variables establecidas por Jaccard (2009), esta investigación abordó la percepción de los efectos físicos provocados por el uso de las pastillas anticonceptivas, en el grupo de participantes que se identificaron como mujeres. Según Barnett et al. (2001), Heatherton, et al. (2003) (citado en Grover, 1995), la autoimagen, como una percepción individual, se encuentra trastocada por las construcciones sociales asociadas con el género. El aspecto físico de una mujer no tiene el mismo significado en los hombres. Como parte de los cánones de belleza establecidos en algunas culturas, como EE.UU., el aumento de peso podría provocar en las mujeres un sentido de insatisfacción con su cuerpo; llevándolas a tomar decisiones drásticas (Barnett, Keel y Conoscenti, 2001).

Littlejohn (2013) exploró como, en ausencia de evidencia empírica vinculada con los efectos secundarios de las pastillas anticonceptivas, un grupo de jóvenes limitó o suspendió su uso para evitar posibles cambios físicos u hormonales. Del mismo modo, el grupo de 38 estudiantes que se identificaron como mujeres en esta investigación, vincularon a las pastillas anticonceptivas como un método que provoca en sus cuerpos efectos secundarios adversos. Como parte de estos efectos se destaca, principalmente, el aumento de peso. Al parecer, las participantes, careciendo de información certera, muestran desconfianza y temor en el uso de este método. Aunque más de la mitad (22,

58%) de las estudiantes nunca han utilizado las pastillas anticonceptivas, una gran parte (27, 73%) sostienen que evitarían su uso, si les provocara un aumento de peso.

Estos resultados, además de resaltar la importancia del peso en las jóvenes, demuestran cómo el desconocimiento podría fundamentar el miedo e influir en las decisiones relacionadas con el uso de las pastillas anticonceptivas. No obstante, estas percepciones no necesariamente surgen de la ignorancia o la falta de acceso a la información. Dichas ideas pueden partir desde la escasez o inconsistencia de los resultados de los estudios clínicos acerca de los efectos provocados por este medicamento. El Institute for Quality and Efficiency in Health Care (2006) sostiene que son muchas las fuentes que identifican el aumento de peso como un posible efecto secundario. Sin embargo, no existe la suficiente evidencia empírica que sostenga este reclamo. Mientras esta información subsista en la ambigüedad, las jóvenes continuarán asumiendo una posición vulnerable en la limitación de su autonomía relacionada con aquellas decisiones de carácter reproductivo.

### **Efectos físicos provocados por el uso del condón (femenino o masculino)**

Un grupo de investigaciones (Elizabeth-French y Holland, 2016; Estupiñán-Aponte et al., 2012; Foreman, 2003; Idowu et al., 2017; Kanda y Mash, 2018; Olaniran et al., 2012; Olley y Rotimi, 2003; Tung et al., 2012; Yaw, 2012) han explorado la manera en que la disminución del placer, provocada por el uso del condón, podría considerarse un determinante al momento de una persona decidir o no utilizarlo. Los resultados de estas investigaciones demuestran que las y los jóvenes que se encuentran en la etapa de adultez

temprana poseen una percepción negativa hacia el uso del condón. Sugieren que, tanto los hombres como las mujeres, identifican diversos efectos físicos adversos provocados por el uso de este método. Entre los efectos identificados por las y los jóvenes participantes se destaca la incomodidad producida por la barrera física, la sequedad vaginal y la disminución en la sensación. Por ejemplo, Higgins y Wang (2015) concluyeron que las percepciones sobre cómo el condón reduce el placer sexual están más asociadas con la decisión de no usar el condón, que con variables sociodemográficas. En otras palabras, la idea de que el condón disminuirá la sensación de placer durante el acto coital es determinante al momento de no utilizarlo, independientemente del nivel de escolaridad, la raza o el sexo.

Pese a la información que se incluyen los trabajos mencionados, los resultados de esta investigación son diversos. De manera general, las y los participantes no consideran que los condones son incómodos físicamente o que reducen el placer del acto coital. Sin embargo, aunque las y los participantes consideran los condones son un método eficaz en la prevención de embarazos no deseados y el contagio de las ITS, aproximadamente, 21 (42%) contestaron totalmente y parcialmente de acuerdo a la premisa de sentir vergüenza al momento de acceder o comprar estos anticonceptivos (ítem 19). De manera general, Li et al., (2018) sostienen que la vergüenza podría deberse a que, la persona que compra el condón no quiere ser vista como una promiscua. Wilson e Ickes (2015) encontraron que las y los jóvenes temen a ser juzgados por esta misma razón. Los resultados de esta investigación sugieren que las mujeres sienten mayor vergüenza al comprar condones. Es

probable que este sentimiento se encuentre relacionado con la idea de promiscuidad o la forma en que las personas podrían juzgar esta acción.

### **Asertividad sexual**

La asertividad sexual es definida como la capacidad que una persona puede tener para tomar decisiones relacionadas con su sexualidad y cuerpos; implicando esto también un control de sus experiencias sexuales (Morokoff et al., 1997). Como parte de estas experiencias sexuales se incluyen las decisiones relacionadas con el uso de los métodos anticonceptivos o la comunicación sobre sus preferencias relacionadas al acto coital. El 88% de 50 participantes en esta investigación afirmaron que pueden expresarse con confianza al momento de comunicar su predilección respecto al uso de anticonceptivos. No obstante, siete (14%) indicaron que les es difícil iniciar este tipo de conversación con sus parejas sexuales. Aunque estadísticamente este número no se considere significativo, contar con una o un solo estudiante que se encuentre en esta posición vulnerable representa un riesgo. Esto puede traducirse en una mayor incidencia de contagio de las ITS y de embarazos no deseados.

De igual forma, la mayoría de las y los participantes sostienen que son capaces de decirle a su pareja sexual que no desean tener sexo en un momento particular o que pueden detenerlas o detenerlos si así lo desean. Sin embargo, una cantidad de estudiantes, aunque limitada, comparte que no se han sentido o han sido capaces de comunicar su deseo de no tener sexo con su pareja; llevándolas o llevándolos al acto coital por no saber cómo detener el mismo. La falta de asertividad sexual también representa una exposición a conductas sexuales riesgosas, al no poder establecer una comunicación entre

las parejas, donde ambas personas sean partícipes de las decisiones relacionadas con su cuerpo, el control natal y la prevención de las ITS.

Respecto a la acción de pausar o detener el acto coital para colocar un condón, comunicar el deseo de colocar un condón o comunicar el uso de algún otro método anticonceptivo, el grupo de estudiantes participantes sostiene que pueden hacerlo sin mayor dificultad. De igual forma, afirman sentirse capaces de detener el acto sexual, de no tener consigo algún método anticonceptivo. Tal y como se expone antes, cinco estudiantes indicaron que no pueden llevar a cabo esta última acción. Este grupo de estudiantes podría tener un bajo nivel de asertividad sexual. Como se mencionó anteriormente, y considerando los resultados descritos, un nivel de asertividad sexual bajo coloca a las y los jóvenes en una posición vulnerable (Auslander et al., 2007; Rickert et al., 2002). Esto contribuya a que sean más propensos a iniciar relaciones coitales sin protección. Este es un asunto que, sin duda, requiere mayor indagación.

### **Coerción sexual**

La coerción sexual, como un tipo de violencia de pareja íntima, puede interferir directamente en las decisiones relacionadas con el uso de anticonceptivos. Limita la autonomía que las mujeres y los hombres puedan tener con relación a la prevención de las ITS y embarazos no deseados. Los resultados de esta investigación sugieren que las y los jóvenes participantes, de manera general, no han experimentado la coerción sexual. No se han sentido obligados u obligadas a sostener relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo o a tener relaciones sexuales bajo estas condiciones. Sus parejas no han insinuado que, de la o el participante negarse a sostener relaciones coitales sin utilizar algún método anticonceptivo, buscarían otra

pareja sexual. Tampoco les han exigido esta acción como “muestra de amor”. Las y los participantes respondieron en mayor número (42) a la opción de desacuerdo en aquellas premisas que sugerían que los hombres son aburridos por sugerir utilizar algún método anticonceptivo en el acto coital o que las mujeres que así lo piden no confían en su pareja.

Considerando que la mayoría de las personas que participaron en esta investigación son mujeres, los resultados que surgen en este factor difieren de aquellos abordados por la OMS (2012). Esta organización afirma que, aproximadamente, a partir de los 15 años, 45% de las mujeres experimentarán la violencia de pareja íntima, incluyendo la coerción sexual. Es importante considerar que esta información corresponde a mujeres de diferentes trasfondos culturales y económicos y con diversos niveles de escolaridad. El grupo de estudiantes participantes en esta investigación, de manera general, no identifican este tipo de violencia en sus relaciones. Sin embargo, cinco mujeres identificaron este tipo de violencia íntima. Ninguno de los 11 hombres participantes indicó que había experimentado esta acción.

### **Uso de alcohol y drogas**

El alcohol y las drogas son considerados desinhibidores neurológicos que limitan el control que las y los jóvenes tienen sobre aquellas decisiones relacionadas con sus conductas sexuales. Más de la mitad de las y los participantes (30 de 50) de esta investigación han sostenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol. Una menor cantidad (18) ha realizado esta acción luego de consumir marihuana. Tal y como se refleja en la *Encuesta nacional sobre Alcohol, Drogas y Violencia* (U.S. Department of Education, 2016) y el trabajo de Cabiya-Morales et al. (2018) con adolescentes en Puerto

Rico, existe una tendencia a consumir, mayormente, bebidas alcohólicas y en segundo lugar, marihuana. Como se refleja en los resultados de esta investigación, ambas sustancias, han sido usadas por las y los estudiantes participantes, antes de sostener una relación coital.

### **Comunicación sexual parental**

En esta investigación la comunicación sexual parental se indagó por medio de las conversaciones o los diálogos que los y las participantes sostienen con sus madres y padres sobre temas relacionados con su sexualidad o prácticas sexuales. Para esto, se exploró la frecuencia con la que abordan ciertos temas, según los ítems incluidos en el cuestionario. El acto coital, las ITS, el uso de anticonceptivos y las dinámicas coercitivas entre las parejas son temas que, de manera general, nunca han sido abordados por las y los participantes con sus madres. Conversaciones sobre el embarazo o estrategias para hablar con sus respectivas parejas sobre temas asociados con su salud sexual, al parecer son temas más recurrentes entre las madres, las hijas y los hijos. Con relación a la comunicación con los padres, las y los participantes indicaron que la conversación acerca de los temas mencionados en menos frecuente o casi inexistente.

De manera general, los resultados de esta investigación reflejan poca o ninguna comunicación entre las madres, los padres, las hijas y los hijos con respecto a temas relacionados con su salud o prácticas sexuales. Tal y como afirman Flores y Barroso (2017), las y los jóvenes podrían negarse a conversar acerca de estos temas por miedo a ser reconocidos como personas que han sostenido relaciones coitales y, por esto, enfrentar algún tipo de castigo.

En el caso de las madres, Torres et. al (2017) sostienen que el *marianismo*, como una manifestación de los roles tradicionales de género latente en las madres puertorriqueñas podría ser un factor determinante al momento de evitar conversaciones sobre temas sexuales con sus hijas e hijos. Desde esta construcción, las madres resaltan la virginidad como una característica propia de la feminidad. Partiendo de esta idea también se sostiene que una mujer, ya sea desde el rol de madre, nunca inicia diálogos sobre la sexualidad con un hombre, incluyendo a sus hijos. Incluso, esta percepción podría promover el discurso de la abstinencia que, a su vez, coloca a las y los jóvenes en una posición vulnerable de contagio de las ITS o un embarazo no deseado.

Considerando la influencia de los roles tradicionales de género, y como se presentó en la revisión de literatura, una posible justificación para la falta de comunicación sexual por parte de los padres, puede deberse a que estos consideren que la comunicación sexual con sus hijas e hijos forma parte de la crianza de la o el niño, la cual, regularmente, se encuentra a cargo de la madre como cuidadora.

Aunque, y según se mencionó anteriormente, el embarazo y las estrategias de comunicación sexual entre parejas podrían ser de los temas más comunes abordados por las madres y padres, estos no se encuentran relacionados con el uso de anticonceptivos y la prevención de las ITS. Conversar sobre los efectos adversos de un embarazo no deseado, sin discutir la manera ideal de prevenirlo redunda en un esfuerzo inconcluso.

## **Servicios de Salud sexual**

Los Servicios de Salud Sexual tienen como uno de sus objetivos ofrecer un espacio de educación y cuidado acerca de temas relacionados a la sexualidad, haciendo accesible la información y métodos adecuados. En esta investigación se exploraron los elementos que podrían facilitar o limitar el acceso a los centros que ofrecen estos tipos de servicios. Los resultados revelan que las y los estudiantes no conocen un lugar que ofrezca servicios de salud sexual en su comunidad. Sin embargo, lograron identificar un espacio que cumpla con este fin dentro de la institución universitaria. Aunque esto podría representar un aspecto positivo para la institución, estos resultados nos llevan a cuestionar cuán completos son los servicios que se ofrecen en dicho espacio.

Aunque el propósito de este trabajo no fue evaluar la calidad de los servicios de salud sexual que reciben las y los estudiantes en los diversos centros o programas, este explora los elementos que facilitan o limitan el acceso. Según los datos recopilados, aún reconociendo la existencia de los espacios de información, las y los jóvenes no se dirigen a un lugar a buscar información relacionada con su sexualidad y reproducción. Esto representa un problema pues, aunque no se explora en este trabajo, es probable que las y los estudiantes recurran a otras fuentes, como son algunas páginas en Internet, para buscar información sobre temas relacionados con sus prácticas sexuales (Mitchell, Ybarra, Korchmaros y Kosciw, 2014).

Al considerarse las razones que podrían limitar el acceso a estos servicios, la mayoría de las y los estudiantes reconoció el sentir de vergüenza como un posible factor limitante. Este sentir podría encontrarse vinculado con

el tabú o estigma que aún se encuentra vinculado con los temas relacionados con la sexualidad. Asociado con este factor y con la variable de comunicación sexual parental, resalta en esta investigación que las y los estudiantes pueden cohibirse de acceder a estos servicios, bien sea por sentir vergüenza o miedo de que sus madres o padres se enteren de que los han solicitado.

Por otro lado, las y los participantes consideran que el desconocimiento sobre la existencia de estos servicios podría ser un factor limitante. Este desconocimiento se relaciona con la ubicación de los centros o programas, o la promoción que ofrecen sobre estos. En Puerto Rico existen clínicas o médicas y médicos que brindan servicios de planificación familiar. Sin embargo, por lo regular, estos espacios no son claramente distinguibles. El Departamento de Salud de Puerto Rico no ofrece una lista completa o actualizada de estos programas o servicios, por lo que es imposible identificar con certeza la cantidad de clínicas destinadas para este fin.

Además, durante los estudios universitarios, la situación económica del estudiantado podría ser precaria. Las y los participantes señalan el costo de los servicios como un posible factor determinante al momento de accederlos. En Puerto Rico, 78% del estudiantado recibe ayudantías federales para costear su matrícula (Universidad de Puerto Rico, 2020) y esta podría ser la única ayuda que muchas y muchos tienen para subsistir. Añadir un gasto a su limitado presupuesto económico, podría representar un elemento que conduzca a los estudiantes a no considerarlo.

Aunque en menor cantidad, el manejo de la información confidencial en estos centros de salud sexual pareciera ser un aspecto importante para las y los estudiantes. Según Cassidy et. al (2018), la confidencialidad es un

componente crítico en el ofrecimiento de estos servicios pues esta contribuye en el desarrollo de una relación de confianza entre el proveedor y aquella persona que recibe los servicios. Es probable que sientan temor de ser vistos o juzgadas y juzgados por sus pares, madres, padres. Los hallazgos de esta investigación sugieren que las mujeres sienten mayor desconfianza al momento de solicitar algún tipo de ayuda o información en los centros o clínicas dirigidas para este fin. Este sentir podría encontrarse fundamentado en la idea de promiscuidad y un “tabú” que se vincula con aquellas acciones o temas relacionados con el acto sexual. Finalmente, y con menos frecuencia, las y los participantes identifican el horario de estos servicios como un factor limitante. Muchos de los centros o clínicas destinados para este fin operan en horarios similares en los que las y los estudiantes asisten a la universidad.

### **Conclusiones**

La salud sexual es un tema que se ha abordado ampliamente en las diferentes áreas del saber. Aunque los grupos de jóvenes se identifican como una población vulnerable, comúnmente investigada, la literatura revisada carece de acercamientos que permitan comprender, con mayor profundidad, sus prácticas sexuales en distintos contextos. Dicha inconsistencia puede deberse a que la sexualidad, tal como se mencionó anteriormente, no es un asunto simple. Como parte de las diferentes etapas de desarrollo humano, las y los jóvenes se enfrentan a diversos cambios relacionados con su identidad sexual (Papalia et al., 2012). Esta, a su vez, puede encontrarse condicionada por presiones o normativas sociales de cada lugar.

Al momento de explorar las prácticas sexuales riesgosas en las y los jóvenes, particularmente aquellas relacionadas con el contagio de las ITS y los

embarazos no deseados, es necesario abordar los factores que facilitan o limitan el acceso y uso de los profilácticos o anticonceptivos. Al iniciarse esta investigación, no se encontró un trabajo previo que le permitiera a la investigadora tomar como base teórica hallazgos relacionados con estudiantes a nivel universitario. Por tal razón, esta investigación cumplió con el propósito de iniciar un proceso de exploración de los posibles factores que facilitan o limitan el uso del condón o las pastillas anticonceptivas en jóvenes universitarias y universitarios.

Se examinaron ciertos factores propuestos por Jaccard (2009) en su modelo socio-ecológico, tales como los efectos físicos provocados por el uso de las pastillas anticonceptivas y el condón, la asertividad sexual, la coerción sexual, la comunicación sexual parental, el uso de alcohol y drogas y el acceso a los servicios de salud sexual. Estos factores consituyen una lista limitada de las diversas razones que podrían facilitar o limitar el acceso y el uso de los anticonceptivos. La selección de estos factores, clasificados como internos y externos en esta investigación, está mayormente vinculada con la frecuencia en la que estos se relacionaban en la literatura revisada con el grupo de interés en esta investigación.

Los resultados de esta investigación coinciden y divergen en diferentes puntos con los supuestos que se señalan en la literatura revisada. En el caso de los efectos físicos provocados por las pastillas anticonceptivas y las preconcepciones o mitos que acompañan a este fármaco, se puede concluir que las estudiantes que participaron en esta investigación comparten ideas similares sobre el aumento de peso provocado por estas pastillas, tal como en el grupo de jóvenes entrevistadas en el trabajo de Littlejohn (2013). De igual

forma, en sus respuestas reflejan la importancia que le dan a su peso y como la idea de un aumento de peso, provocada por el uso de este anticonceptivo, podría influir directamente en evitar usarlo.

Con respecto a los efectos físicos provocados por el uso del condón, de manera general, los resultados obtenidos difieren de los hallazgos abordados por otras y otros investigadores (Elizabeth-French y Holland, 2013; Estupiñán-Aponte et al., 2012; Foreman, 2003; Idowu et al., 2017; Kanda y Mash, 2018; Olaniran et al., 2012; Olley y Rotimi, 2003; Tung et al., 2012; Yaw, 2012). Según las respuestas ofrecidas por las y los participantes, el condón no es un método de barrera incómodo que limite las sensaciones experimentadas durante el acto coital. Sin embargo, una tercera parte del grupo de participantes afirmó que la acción de comprar este profiláctico les provoca vergüenza.

Este resultado coincide con varias fuentes de referencia que han abordado este aspecto, vinculándolo con el “tabú” que aún se manifiesta en los temas relacionados con la sexualidad (Weeks, 2004; UNICEF, 2014). Se podría considerar que es en la juventud la etapa en la cual los diferentes sistemas sociales, culturales, políticos y religiosos pueden ejercer ciertos tipos de presiones en el intento de controlar la forma en que las y los jóvenes perciben y controlan sus cuerpos. Desde estas ideologías, mayormente condicionadas por los roles de género, el acto coital debe cumplir únicamente un fin reproductivo. El uso del condón les otorga a las y los jóvenes la autonomía y el derecho de experimentar de manera responsable el acto coital. Es probable que la vergüenza que las y los jóvenes perciben al momento comprar condones se encuentre relacionada a que otras personas, probablemente adultos mayores,

juzguen su acción pues concluyen que las y los jóvenes sostienen relaciones coitales por placer y no por un fin reproductivo.

Con respecto a la asertividad sexual, se concluye que las y los universitarios participantes se sienten capaces de comunicarle a sus parejas sus preferencias en las prácticas sexuales. De igual forma, no demuestran haber experimentado manifestaciones de coerción sexual en sus relaciones. Considerando que la mayoría de las personas que respondieron el cuestionario fueron mujeres, estos resultados podrían encontrarse vinculados con el elemento de la deseabilidad social. Este concepto es definido como una tendencia identificada en las y los participantes que completan un instrumento, al ofrecer respuestas que proyectan una imagen favorable de su persona (Domínguez-Espinosa, Aguilera-Mijares, Acosta-Canales, Navarro-Contreras y Ruiz-Paniagua, 2012). Además, las mismas construcciones del género podrían ser determinantes al momento de “romantizar” las relaciones o identificar conductas que sean violentas por parte de su pareja. De igual forma, los hombres que participaron en esta investigación pudieron haber asumido posturas que proyectaran conductas no abusivas.

Aunque el factor relacionado con el uso de alcohol y drogas no se exploró a profundidad en esta investigación, los resultados reflejan que algunos de las y los estudiantes sostienen relaciones coitales bajo sus efectos. Como se discutió anteriormente, el alcohol y la marihuana poseen componentes químicos que desinhiben ciertos procesos neurológicos vinculados, afectando directamente la toma de decisiones. Que este consumo sea una acción recurrente en las y los participantes, lleva a concluir que, con frecuencia, se

encontrarán en posiciones vulnerables que pueden traducirse en conductas sexuales riesgosas.

En el caso de la variable de comunicación sexual parental, los hallazgos de esta investigación son similares a otras, que sostienen que las madres y los padres no conversan con sus hijas e hijos sobre temas relacionados con la sexualidad, el acto coital y sus implicaciones (Flores y Barroso , 2017).

Considerando la cultura particular en la que se llevó a cabo esta investigación, son muchas las razones que podrían limitar este tipo de comunicación. Entre estas razones podrían identificarse los dogmas religiosos, la noción de la virginidad, la idea de que un joven debe conocer estos temas simplemente por el hecho de ser hombre y los miedos vinculados con que el iniciar este tipo de conversaciones podría provocar que las y los jóvenes se interesen en sostener relaciones coitales.

Finalmente, con respecto al acceso a los servicios de salud reproductiva, esta investigación señala que las y los jóvenes no acceden ni reconocen espacios donde se ofrecen. Al momento de abundar sobre las barreras que podrían limitar este acceso, las respuestas de las y los participantes sugieren que la desconfianza y el miedo son las emociones que podrían afectar la decisión de acceder a los centros o clínicas dirigidos al ofrecimiento de estos servicios. Estos datos coinciden con aquellos discutidos por Cassidy et. al (2018), los cuales sugieren que las y los estudiantes pueden olvidar los espacios en donde se ofrecen estos servicios y, de recordarlos, se sienten avergonzadas y avergonzados de visitarlos.

Si se toman en cuenta los factores internos y externos que se exploran en esta investigación y se asocian con las respuestas de las y los participantes,

se puede concluir que los mitos, el miedo, la desconfianza y el tabú son elementos determinantes al momento de una o un joven acceder y utilizar los condones o las pastillas anticonceptivas. En el caso de las mujeres, los mitos relacionados con los efectos secundarios provocados por las pastillas anticonceptivas podrían influir en la decisión de no utilizarlas. Con respecto al uso del condón, la incomodidad física provocada o la reducción de placer no representan un factor limitante. Sin embargo, la vergüenza por comprar estos profilácticos sí podría ser considerada una barrera de acceso y uso.

Las y los estudiantes, al parecer, tampoco reciben información sobre temas relacionados con su sexualidad o el acto coital con sus madres o padres. Aunque las razones que limitan este tipo de diálogo no se abordan en esta investigación, se podría inferir que podría deberse a la falta de confianza, posiblemente fundamentada en el tabú y el miedo de que sus madres y padres las y los reconozcan como seres sexuales activos. Estos también pueden ser elementos determinantes que condicionan este tipo de interacción.

De igual forma, los resultados de esta investigación sugieren que las y los jóvenes participantes, aún desconociendo y experimentando cambios o retos asociados con sus prácticas sexuales, no se dirigen a los espacios destinados a ofrecer servicios de ayuda u orientación. La desconfianza es una de las razones principales que identificaron como una barrera de acceso. Esto representa un gran reto para los proveedores de servicios pues, como parte de la promoción y ofrecimiento de estos. Resulta indispensable considerar las percepciones que las y los jóvenes tienen sobre los servicios y de cómo recibirlos, así como el ambiente o los espacios donde se ofrecen. Esto puede

ser relevante al momento de tomar decisiones relacionadas con el acceso o acudir a estos servicios.

### **Recomendaciones**

Tomando en cuenta el diseño de la investigación aplicado, los recursos utilizados, el tiempo disponible y los resultados, a continuación se ofrecen ciertas recomendaciones para mejorar y expandir el estudio realizado.

Con respecto al cuestionario *Factores que influyen en el acceso y uso del condón y pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios y universitarias* se recomienda:

1. Administrar en un periodo en el cual la población de interés en la investigación se encuentre en condiciones en que pueda contéstalo de manera presencial.
2. Considerar realizar el estudio piloto en modalidad remota, haciendo uso de una plataforma electrónica para video llamadas (e.g., *Zoom, Skype, Google Meet*). Al considerarse un tema sensitivo, la participación de las o los participantes será completamente voluntaria.
3. Solicitar al Registrador de la institución o a la persona responsable la lista de correos electrónicos de las y los estudiantes que forman parte de los cursos seleccionados, bien sea si se administra el instrumento durante una situación de emergencia o escenario inusual. Esta solicitud debe ser aprobada por el IRB u otro componente encargado. Con los correos electrónicos disponibles, la investigadora posee mayor control de la comunicación que se establece con las y los estudiantes. Esto podría influir y aumentar, probablemente, la tasa de respuestas.

4. Respetar el calendario académico institucional y no administrar el instrumento durante periodos de exámenes parciales o finales.
5. Obtener una muestra mayor de participantes y de manera aleatoria para realizar generalizaciones sobre los hallazgos.
6. Contar con mayor tiempo para difundir mensajes de seguimiento o recordatorio.
7. Reevaluar los ítems incluidos en la tercera parte del instrumento con la intención de identificar aquellos que podrían haber provocado confusión en el proceso de respuesta.
8. Continuar acumulando evidencia de distintas fuentes (e.g., estructura, relación con otras variables y consecuencias) y con mayor cantidad de participantes, para sustentar la validez de las interpretaciones de los datos del cuestionario conforme al propósito.

En cuanto a otras investigaciones, se sugiere:

1. Seleccionar otros posibles factores que influyan en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas.
2. Realizar un estudio similar en otras instituciones universitarias públicas y privadas y con estudiantes de distintos programas académicos.
3. Explorar los factores abordados en esta investigación, pero con jóvenes de otras edades.
4. Llevar a cabo una investigación con enfoque mixto o cualitativo para profundizar en las ideas de las y los estudiantes.

## Referencias

- Abramson, P. R. & Pinkerton, S.D. (2002). *With pleasure: Thoughts on the nature of human sexuality*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Althusser, L. (1970/1970). *Ideología y aparatos ideológicos de estado*. Buenos Aires, ARG: Nueva Visión.
- Álvarez-Mesa, M.I, Domínguez-Gómez, J., & De la Torre-Navarro, L.M. (2014). Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2). Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2014000200012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200012&lng=es&tlng=es).
- American Addiction Centers. (2019). *How alcohol abuse affects college students*. Retrieved from <https://americanaddictioncenters.org/alcoholismtreatment/how-alcohol-affects-college-students>
- American College Health Association (2019). *Assessment III: Undergraduate Student Reference Group Executive Summary*. Retrieved from [https://www.acha.org/documents/ncha/NCHAIII\\_Fall\\_2019\\_Undergraduate\\_Reference\\_Group\\_Executive\\_Summary.pdf](https://www.acha.org/documents/ncha/NCHAIII_Fall_2019_Undergraduate_Reference_Group_Executive_Summary.pdf)
- American Educational Research Association. (2011). *Code of ethics*. Retrieved from [http://www.aera.net/Portals/38/docs/About\\_AERA/CodeOfEthics\(1\).pdf](http://www.aera.net/Portals/38/docs/About_AERA/CodeOfEthics(1).pdf)
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education (2018). *Estándares para pruebas educativas y psicológicas* (M. Lieve, Trans.). Washington, DC: American Educational Research Association. (Original work published 2014)
- Aspy, C.B, Vesely, S.K, Oman, R.F, Rodine, S, Marshall, L, & McLeroy, K. (2007). Parental communication and youth sexual behaviour. *Journal of Adolescence*, 30(3). doi: 10.1016/j.adolescence.2006.04.007

- Auslander, B. A., Perfect, M. M., Succop, P. A., & Rosenthal, S. L. (2007). Perceptions of sexual assertiveness among adolescent girls: initiation, refusal, and use of protective behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(3), 157–162.  
doi:10.1016/j.jpag.2007.03.093
- Avert (2019). *HIV and AIDS in Latin America the Caribbean Regional Overview*. Retrieve from <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/latin-america/overview>
- Avilés Ruiz, Z. (2009). *La construcción del embarazo y la maternidad en las adolescentes puertorriqueñas: ruptura con viejos enfoques para diseñar políticas sociales más justas* (Disertación doctoral). Available from the ProQuest Dissertations and Theses. (UMI No.3367087)
- Bandura, A. (1986). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barnett, H.L., Keel, P.K. & Conoscenti, L.M.(2001). Body Type Preferences in Asian and Caucasian College Students. *Sex Roles*, 45 (11), 867- 878.  
<https://doi.org/10.1023/A:1015600705749>
- Barros,T., Barreto,D., Pérez, F., Santander,R., Yépez, E., Abad-Franch, F., ... & Aguilar. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(2). Retrieved from <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2001.v10n2/86-94/es>
- Bersamin, M., Fisher, D. A., Marcell, A. V., & Finan, L. J. (2017). Reproductive health services: Barriers to use among college use among college students. *Journal of Community Health*, 42(1)-doi:10.1007/s10900-016-0242-2
- Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramon, A., Rodriguez, J. A., ... Phillips-Howard, P. (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*, 8(155). doi:10.1186/1471-

2458-8-155

- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing. *American Psychologist*, 34, 844–858.
- Caballo, V.E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 13, 1-11. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65876>
- Cabiya-Morales, J.J., Vélez, R. & Rivera, P. (2018). *Informe final Consulta Juvenil IX*. Retrieved from <http://www.assmca.pr.gov/BibliotecaVirtual/Consultas/Consulta%20Juvenil%20IX%202015-2017.pdf>
- Calvo-Shadid, A. (2011). Sobre el tabu, el tabu linguistico y su estado de la cuestion. *Káñina*, 35(2). doi: 10.15517/rk.v35i2.558
- Cassidy, C., Bishop, A., Steenbeek, A., Langille, D., Martin-Misener, R., & Curran, J. (2018). Barriers and enablers to sexual health service use among university students: a qualitative descriptive study using the Theoretical Domains Framework and COM-B model. *BMC Health Services Research*, 18(1). doi:10.1186/s12913-018-3379-0
- Cavendish, M. (2010). *Sex and society*. New York: Marshall Cavendish Corporation.
- Center for Disease Control and Prevention (2019). *Sexually Transmitted Diseases*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/std/default.htm>
- Center for Disease Control and Prevention (2017). *Over Half of U.S. Teens Have Had Sexual Intercourse by Age 18*. Retrieved from [https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/nchs\\_press\\_releases/2017/201706\\_NSFG.htm](https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/nchs_press_releases/2017/201706_NSFG.htm)
- Chialepeh, N.W. & Sathiyasusuman, A.S. (2015). Associated Risk Factors of STIs and Multiple Sexual Relationships among Youths in Malawi. *PloS one*, 10(8). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134286>
- Clínica Mayo (2019). *Píldoras anticonceptivas combinadas*. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/combo-birth-control-pills/about/pac-20385282>

- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Consejo de Salud de Puerto Rico. (2018). *Planificación familiar*. Retrieved from <https://www.medcentro.org/16/programas/planificacion-familiar>
- Corbett, A. M., Dickson-Gómez, J., Hilario, H., & Weeks, M. R. (2009). A little thing called love: Condom use in high-risk primary heterosexual relationships. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(4), 218–224. doi:10.1363/4121809
- Cornelius, J.B., LeGrand, S., & Jemmott, L. (2008). African American grandparents' and adolescent grandchildren's sexuality communication. *Journal of Family Nursing*, 14(3), 333-346. doi: 10.1177/1074840708321336.
- Corsaro, W. A. (1997). *The sociology of childhood*. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- Creswell, J. W. (2012). *Educational research: Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill-Prentice Hall.
- Dávila, A.L., Ramos, G., Mattei, H., Morris, L., Herold, J., Goodwin, M ... Watson, M. (1998). *Puerto Rico: Encuesta de Salud Reproductiva*. Retrieved from [https://stacks.cdc.gov › view › cdc › cdc\\_8235\\_DS1](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/cdc_8235_DS1)
- Departamento de Educación de Puerto Rico (2012). Estándares de contenido y expectativas de grado. Retrieved from <http://intraedu.dde.pr/Comunicados%20Oficiales/Estándares%20de%20Contenido%20y%20Expectativas%20de%20Grado%20Programa%20de%20Salud%20Escolar.pdf>
- Departamento de Educación de Puerto Rico (2018). *Reporte de Deserción Escolar- 2016-2017*. Retrieved from <https://de.pr.gov/wp-content/uploads/2019/01/Reporte-de-Desercion-Escolar-Ley-Num-165.pdf>

- Decanato de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico en Río Piedras (2019). *Servicios Médicos*. Retrieved from <http://estudiantes.uprrp.edu/servicios-al-estudiante/servicios-medicos/>
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2018). *Enfermedades de transmisión sexual*. Retrieved from <http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Pages/Enfermedades-de-Transmision-Sexual.aspx>
- Díaz-Caballero, A., Arrieta-Vergara, K., & González-Martínez, F. (2010). Comportamiento Sexual y factores asociados en Estudiantes de Odontología. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(2). Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1696/169615629002>
- Decker M.R., Peitzmeier S., Olumide A., Acharya R., Ojengbede O., Covarrubias L., Gao E., ... Brahmbhatt H. (2014). Prevalence and health impact of intimate partner violence and non-partner sexual violence among female adolescents aged 15-19 years in vulnerable urban environments: A multi-country study. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), 58-67. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.08.022
- DiClemente, R.J & Wingood, G.M. (1995). A randomized controlled trial of an HIV sexual risk reduction intervention for young african-american women. *JAMA*, 274(16), 1271- 1276. doi.org/10.1001/jama.1995.03530160023028
- Dilorio, C., Kelley, M., & Hockenberry-Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: Mothers, fathers, and friends. *Journal of Adolescent Health*, 24(3), 181-189. doi: 10.1016/S1054-139X(98)00115-3
- Dimbuene, Z. T., Emina, J. B., & Sankoh, O. (2014). UNAIDS 'multiple sexual partners' core indicator: Promoting sexual networks to reduce potential biases. *Global Health Action*, 7, 1- 6. doi: 10.3402/gha.v7.23103.
- Domínguez-Espinosa, A.C., Aguilera-Mijares, S., Acosta-Canales, T., Navarro – Contreras, G., & Ruiz-Paniagua, Z. (2012). La deseabilidad social revalorada: más que una distorsión, una necesidad de aprobación

social. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 808-825. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3589/358933342005>

- Edwards, G.L. & Barber, B.L. (2010) Women may underestimate their partners' desires to use condoms: possible implications for behavior. *Journal of Sex Research*, 47(1). doi: 10.1080/00224490902867863
- Elizabeth-French, S. & Holland. K. J. (2013). Condom negotiation strategies as a mediator of the relationship between self-efficacy and condom use. *Journal of Sex Research*, 50(1), 48–59. doi: 10.1080/00224499.2011.626907
- Estupiñán-Aponte, M. R., Amaya-Estupiñán, L. C., & Rojas-Jiménez, Y. A. (2012). Representaciones sociales de universitarios sobre la abstinencia sexual y los condones como mecanismos de prevención. *Revista de Salud Pública*, 14(3), 491-501.
- Fair, C.D. & Vanyur, J. (2011). Sexual coercion, verbal aggression, and condom use consistency among college students. *Journal of American College Health*, 59(4), 273-280. doi:10.1080/07448481.2010.508085.
- Fasula, A.M. & Amy, M. (2006). African-American and Hispanic adolescents' intentions to delay first intercourse: parental communication as a buffer for sexually active peers. *Journal of Adolescent Health*, 38(3). doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.12.009>
- Fennell, J. L. (2011). Men bring condoms, women take pills: Men's and women's roles in contraceptive decision making. *Gender & Society*, 25(4), 496–521. <https://doi.org/10.1177/0891243211416113>
- Ferrerres, V. & González A. P. [Eds.]. (2006). *Evaluación para la mejora de los centros docentes*. Madrid: Praxis.
- Flores, D. & Barroso, J. (2017). 21st Century parent-child sex communication parent-child sex communication in the United States: A Process Review. *Journal of Sex Research*, 54(5), 532-548. doi: 10.1080/00224499.2016.1267693

- Foreman, F. (2003). Sexual risk behavior among African American college women. *Journal of Black Studies*, 33(5), 637-653. doi: 10.1177/0021934703251352
- Fortenberry J. D. (2013). Puberty and adolescent sexuality. *Hormones and Behavior*, 64(2), 280–287. doi:10.1016/j.yhbeh.2013.03.007
- Freudenberg, N., & Ruglis, J. (2007). Reframing school dropout as a public health issue. *Preventing Chronic Disease*, 4(4). 1-11. Retrieved from [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07\\_0063.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07_0063.htm).
- Foucault, M. (1976). *The history of sexuality*. New York: Pantheon Books.
- Fowler, F. J. (2009). *Survey research methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- García Hernández, G.E. (2014). Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 35(77). Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-91762014000200013](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-91762014000200013)
- Gil-García, E., Martini, G., & Porcel-Gálvez, A.M. (2013). Consumo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo: el patrón de los estudiantes de Enfermería de una universidad española. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(4). doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000400016>
- Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Gliem, J. y A. Gliem, R. (october, 2003). *Calculating, interpreting and reporting Cronbach's Alpha reliability coefficient for Likert-Type scales*. Presented at the Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, Columbus, OH. Recuperado de <https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/Gliem%20%26%20Gliem.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Goetz, A. T., & Shackelford, T. K. (2006). Sexual coercion and forced in-pair copulation as sperm competition tactics in humans. *Human nature*, 17(3),

265–282. doi: <https://doi.org/10.1007/s12110-006-1009-8>

- Graber, J. A., & Sontag, L. M. (2006). Puberty and girls sexuality: Why hormones are not the complete answer. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 112, 23-38. doi:10.1002/cd.160
- Greenberg, J.S., Bruess, C.E. & Oswalt, S.B. (2013). *Exploring the Dimensions of Human Sexuality* (5<sup>th</sup> ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Grover, V. P., Keel, P. K. & Mitchell, J. P. (2003), Gender differences in implicit weight identity. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 125-135. doi:10.1002/eat.10167
- Groves, R. M., Fowler, F. J., Jr., Couper, M. P., Lepkowski, J. M., Singer, E., & Tourangeau, R. (2009). *Survey methodology* (2<sup>nd</sup> ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Guendelman, S., Denny, C., Mauldon, J. & Chetkovich, C. (2000). Perceptions of hormonal contraceptive safety and side effects among low-income Latina and non-Latina women. *Maternal and Child Health Journal*, 4(4), 233-239. doi: 10.1023/a:1026643621387
- Guilamo-Ramos V., Litardo H.A., & Jaccard J. (2005). Prevention programs for reducing adolescent problem behaviors: Implications of the co-occurrence of problem behaviors in adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), pp. 82-86.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P., & Gonzalez, A.B. (2008). A conceptual framework for the analysis of risk and problem behaviors: The case of adolescent sexual behavior. *Social Work Research*, 32(1). Retrieved from <https://academic.oup.com/swr/article-abstract/32/1/29/165481>
- Guttmacher Institute (2019). *Unintended pregnancy in the United States*. Retrieved from <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/unintended-pregnancy-united-states>

- Guzmán, J.M., Hakkert, R., Contreras, J.M., & De Moyano, M.F. (2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. Retrieved from <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/diagnostico-sobre-salud-sexual-y-reproductiva-de-adolescentes-en-américa-latina-y-el>
- Guzman, B.L., Schlehofer-Sutton, M.M, Villanueva, C.M, Dello-Stritto, M.E, Casad, B.J, & Feria, A. (2003). Let's talk about sex: how comfortable discussions about sex impact teen sexual behavior. *Journal of Health Communication, 8*(6):583–598. doi: 10.1080/716100416
- Hall, K. S., McDermott Sales, J., Komro, K. A., & Santelli, J. (2016). The State of Sex Education in the United States. *Journal of Adolescent Health, 58*(6), 595–597. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.03.032
- Hall, K. S., White, K. O., Rickert, V. I., Reame, N. K., & Westhoff, C. L. (2013). An exploratory analysis of associations between eating disordered symptoms, perceived weight changes, and oral contraceptive discontinuation among young minority women. *Journal of Adolescent Health, 52*(1), 58–63. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.04.015
- Harper, C.C., Brown, B.A., Foster-Rosales, A. & Raine, T.R. (2010). Hormonal contraceptive method choice among young, low-income women: How important is the provider? *Patient Education and Counseling, 81*(3). doi: 10.1016/j.pec.2010.08.010.
- Helfert, S. & Warschburger, P. (2013). The face of appearance-related social pressure: Gender, age and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*(16). doi:10.1186/1753-2000-7-16
- Hernández-Amaya, A., Alvarez-Rayón, G., & Mancilla-Díaz, J.M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios,*

- 1(1), 76- 89. Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232010000100008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000100008)
- Higgins, J. A., & Hirsch, J. S. (2008). Pleasure, power, and inequality: Incorporating sexuality into research on contraceptive use. *American Journal of Public Health, 98*(10), 1803–1813.  
doi:10.2105/AJPH.2007.115790
- Higgins, J. A., & Wang, Y. (2015). The role of young adults pleasure attitudes young adults pleasure attitudes in shaping condom use. *American Journal of Public Health, 105*(7), 1329–1332.  
doi:10.2105/AJPH.2015.302567
- Hohwü, L., Lyshol, H., Gissler, M., Jonsson, S. H., Petzold, M., & Obel, C. (2013). Web-based versus traditional paper questionnaires: A mixed-mode survey with a Nordic perspective. *Journal of Medical Internet Research, 15*(8). doi:10.2196/jmir.2595
- Idowu, A., Nwokocha, E.E., Akpan, W., Vincent, O. & Ter, D. (2017). It's sweet without condom: Understanding risky sexual behaviour among Nigerian female university students. *Online Journal of Health and Allied Sciences, 16*(4), 1- 6.
- Informe Belmont. (1979). *Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Recuperado de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Institute of Medicine (1997). *The hidden epidemic: Confronting sexually transmitted diseases*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute for Quality and Efficiency in Health Care (2006). *Contraception: Do hormonal contraceptives cause weight gain?* Retrieve from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441582/>
- Jaccard, J., Dittus, P. J. & Gordon, V. V. (1998). Parent-adolescent congruency in reports of adolescent sexual behavior and in communications about sexual behavior. *Child Development, 69*, 247-261. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06146.x>
- Jaccard, J. (2009). *Unlocking the contraception conundrum*. Washington

D.C.: The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy

- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A Longitudinal Study of youth*. New York: Academic Press.
- Jiménez-González, S.L., Andrade-Palos, P., Palacios-Delgado, J.R., & Betancourt-Ocampo, D. (2007). Habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgo en jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 9(2), 147- 162. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80290209>
- Jones, R. K., J. Fennell, J. A. Higgins, & K. Blanchard. (2009). Better than nothing or savvy risk-reduction practice?: The importance of withdrawal. *Contraception*, 79(6), 1-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.12.008>
- Kaiser Family Foundation (2014). *Sexual health of adolescents and young adults in the United States*. Retrieve from <https://www.kff.org/womens-health-policy/fact-sheet/sexual-health-of-adolescents-and-young-adults-in-the-united-states/>
- Kanda, L. & Mash, R. (2018). Reasons for inconsistent condom use by young adults in Mahalapye, Botswana. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 10(1), 1-7
- Kanfer, F. H., & Goldstein, A. P. (1975). *Helping people change: A textbook of methods*. New York: Pergamon Press.
- Karofsky, P.S, Zeng, L.,& Kosorok, M.R. (2001). Relationship between adolescent–parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28(1), 41-50. doi: [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(00\)00156-7](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00156-7)
- Kearney, M. & Levine, P. (2012). Income inequality and early nonmarital childbearing: An economic exploration of the culture of despair. National Bureau Of Economic Research. Retrieved from <https://www.nber.org/papers/w17157>.
- King, B. M., Rosopa, P. J., & Minium, E. W. (2011). *Statistical reasoning in*

- the behavioral sciences* (6th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Kornides, M. L., Kitsantas, P., Lindley, L. L., & Wu, H. (2015). Factors associated with young adults' pregnancy likelihood. *Journal of Midwifery & Women's Health, 60*(2), 158–168. doi:10.1111/jmwh.12258
- Krauss B.J & Miller K.S. (2011). Parents as HIV/AIDS Educators. In W. Pequegnat, C. C. Bell, B. J. Krauss, & K.S. Miller (Eds.), *Family and HIV/AIDS* (pp. 97-120). New York: Springer.
- Kuhn, T. S. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Fondo de la Cultura Económica de España.
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco, 7*(18), 1-24. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>
- Lederer, A., & Oswalt, S. (2017). The value of college health promotion: A critical population and setting for improving the public's health. *American Journal of Health Education, 48*(4), 215-218  
doi.org/10.1080/19325037.2017.1316692
- Levinson, R. A. (1986). Contraceptive self-efficacy: A perspective on teenage girls' contraceptive behavior. *Journal of Sex Research, 22*(3), 347–369. doi: <https://doi.org/10.1080/00224498609551314>
- Li, Y. , Yang, D. & Zhou, H. (2018) A Literature review of consumption embarrassment and prospects. *American Journal of Industrial and Business Management, 8*, 686-699. doi: 10.4236/ajibm.2018.83046.
- Littlejohn, K. E. (2013). It's those pills that are ruining me: Gender and the social meanings of hormonal contraceptive side effects. *Gender & Society, 27*(6), 843–863.
- López, P. & Ferrari, F. (2010). *Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad* (2<sup>nd</sup> ed.). Montevideo, Uruguay: Gurises Unidos.
- McMillan, J. H. (2012). *Educational research: Fundamentals for the consumer* (6th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Medina Díaz, M. del R. (2010). *Construcción de cuestionarios para la*

- investigación educativa*. San Juan, PR: ExPERTS Consultans.
- MedlinePlus (2018). *Birth control pills - overview*. Retrieved from <https://medlineplus.gov/ency/article/007460.htm>
- MedlinePlus (2019). *Enfermedades de transmisión sexual*. Retrieved from <https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html>
- Miller, K.S, Levin, M.L, Whitaker, D.J., & Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: the impact of mother-adolescent communication. *Am J Public Health, 88*(10), 1542- 1544. doi: 10.2105/ajph.88.10.1542
- Miller, E., Decker, M. R., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Levenson, R. R., Waldman, J., ... Silverman, J. G. (2010). Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception, 81*(4), 316–322. doi:10.1016/j.contraception.2009.12.004
- Mitchell, K. J., Ybarra, M. L., Korchmaros, J. D., & Kosciw, J. G. (2014). Accessing sexual health information online: use, motivations and consequences for youth with different sexual orientations. *Health Education Research, 29*(1), 147–157. <https://doi.org/10.1093/her/cyt071>
- Morokoff, P.J, Quina, K, Harlow, L.L, Whitmire, L, Grimley, D.M, Gibson, P.R, ... Burkholder, G.J et al. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(4), 790-804. doi: 10.1037/0022-3514.73.4.790
- Morón Vásquez, A. P., Soto de Clavero, A. Y., & Ledesma Solaeche, F. M. (2017). Sexualidad en la adolescencia. Estudio de grupos focales. *Multiciencias, 17*(1), 81-89. doi:10.1590/1982- 370300125201
- Moure-Rodríguez, L., Doallo, S., Juan-Salvadores, P., Corral, M., Cadaveira, F., & Caamaño-Isorna, F. (2016). Consumo intensivo de alcohol y cannabis, y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *Gaceta Sanitaria, 30*(6), 438- 443. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.007>.
- National Center for Education Statistics (2020). *Enrollment*. Retrieved from <https://nces.ed.gov/fastfacts/display.asp?id=98>

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2019). *A time for parents to discuss the risks of college drinking*. Retrieved from <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/time-for-parents-discuss-risks-college-drinking>
- Nelson A.L, Cohen, S, Galitsky, A, Hathaway, M, Kappus, D, Kerolous, M, Patel, K & Dominguez, L. (2018). Women's perceptions and treatment patterns related to contraception: Results of a survey of US women. *Contraception*, 97(3), 256-273.  
doi: 10.1016/j.contraception.2017.09.010
- Nieves-Rolón, I. (2016). La política pública de educación en salud sexual en Puerto Rico: Implementación, proceso educativo y visión sobre los géneros. *Cuaderno de Investigaciones en la Educación*, 25, 137-154. Retrieved from <http://cie.uprrp.edu/cuaderno/2016/03/31/la-politica-publica-de-educacion-en-salud-sexual-en-puerto-rico/>
- Noar, S.M, Morokoff, P. & Redding, C.A. (2002). Sexual assertiveness in heterosexually active men: A test of three samples. *AIDS Education and Prevention*, 14(4), 330-342. doi: <https://doi.org/10.1521/aeap.14.5.330.23872>.
- Oficina del Registrador (2019). Mat
- Olaniran, A., Persson, L., & Oyekanmi, F. (2012). Factors influencing condom use among Nigerian undergraduates: A mixed method study. *East African Medical Journal*, 89(12). 399-407.
- Olavarría, J. & Parrini, R. (2000). Relaciones familiares y masculinidad/es. En J. Olavarría & R. Parrini (Eds.), *Masculinidad/es: Identidad, sexualidad y familia. Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad* (pp. 69-91). Santiago, CL: FLASCO-Chile
- Olley, B. O. & Rotimi, O. J. (2003). Gender differences in condom use behaviour among students in a Nigerian university. *African Journal of Reproductive Health*, 7(1). Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/3583348>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Mapping the landscape of*

- diagnostics for sexually transmitted infections*. Retrieved from <https://www.who.int/tdr/publications/documents/mapping-landscape-sti.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Defining sexual health*. Retrieved from [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Developing sexual health programmes*. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Understanding and addressing violence against women*. Retrieved from [apps.who.int › bitstream › WHO\\_RHR\\_12.36\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_12.36_eng.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2019a). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Organización Mundial de la Salud (2019b). *Infecciones de transmisión sexual*. Retrieved from [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud (2019c). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Determinantes sociales de la salud*. Retrieved from [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)
- Ortiz-Resto, V. (2010). *Vivencias y opiniones de un grupo de varones puertorriqueños que enfrentaron la paternidad en la adolescencia* (Master's Thesis). Available from the ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No.1479571)
- Pallitto, C. C., Campbell, J. C., & O'Campo, P. (2005). Is intimate partner

- violence associated with unintended pregnancy? A Review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 217–235. doi: <https://doi.org/10.1177/1524838005277441>
- Papalia, D. E., Feldman, R. D., Martorell, G., Berber-Morán, E., & Vázquez Herrera, M. (2012). *Desarrollo humano* (12th ed.). Distrito Federal, México: McGraw-Hill Interamericana.
- Passanisi, A., Passanisi, G., & Leanza (2014). The impact of sexually transmitted diseases on quality of life: Application of three validated measures. *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia*, 35(6), 722-727. Retrieved from [https://www.giog.it/materiale\\_cic/728\\_XXXV\\_6/6297\\_impact/article.htm](https://www.giog.it/materiale_cic/728_XXXV_6/6297_impact/article.htm)
- Pearson, S. (2003). Men's use of sexual health services. *The journal of family planning and reproductive health care*, 29(4), 190–194. doi: <https://doi.org/10.1783/147118903101198060>
- Picca, L. H. & Joos, K. E. (2009). The great condom adventure: Analyzing college students' narratives of buying condoms. *Journal of Sociological Research*, 1, 1-16.
- Pino, L. (2017). *Percepción de mujeres estudiantes ante los anticonceptivos y la procreación como empoderamiento en la vida sexual femenina*. (Master's Thesis). Available from the Repositorio Digital Universidad de las de las Américas.
- Phillips, D. (Ed.) (2014). *Encyclopedia of Educational Theory and Philosophy* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Primera Hora. (30 de septiembre de marzo de 2019). *Más de 300 embarazos en las escuelas públicas del país*. Retrieved from <https://www.primerahora.com/noticias/puerto-rico/notas/mas-de-300-embarazos-en-las-escuelas-publicas-del-pais/>
- Randolph, M. E., Pinkerton, S. D., Bogart, L. M., Cecil, H., & Abramson, P. R. (2007). Sexual pleasure and condom use. *Archives of Sexual Behavior*, 36(6), 844–848. doi:10.1007/s10508-007-9213-0
- Randolph, M. E., Torres, H., Gore-Felton, Ch., Lloyd, B. & McGarvey, E. L.

- (2009). Alcohol use and sexual risk behavior among college students: Understanding gender and ethnic differences. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(2), 80-84.
- Rennison, C. & Welchans, S.(2000). *Intimate partner violence*. Retrieved from [https://popcenter.asu.edu/sites/default/files/problems/domestic\\_violence/PDFs/Rennison&Welchans\\_2000.pdf](https://popcenter.asu.edu/sites/default/files/problems/domestic_violence/PDFs/Rennison&Welchans_2000.pdf)
- Rickert,V.I, Sanghvi, R & Wiemann, C.M. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(4), 178-183. doi: <https://doi.org/10.1363/3417802>
- Ritter, L.A. & Lue, V.M. (2007). Systematic planning for using an online survey. *American Evaluation Association*, (115), 15-22. doi: <https://doi.org/10.1002/ev.231>
- Rocca, C.H. & Harper, C.C. (2012). Do racial and ethnic differences in contraceptive attitudes and knowledge explain disparities in method use? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44, 150-158. doi:10.1363/4415012
- Rodríguez-Grafal (2019). *Repunta la incidencia de enfermedades de transmisión sexual*. Retrieved from <https://www.periodicolaperla.com/repunta-la-incidencia-de-enfermedades-de-transmision-sexual/>
- Rogstad, E., Ahmed-Jushuf, I.H, & Robinson, A.J. (2002). Standards for comprehensive sexual health services for young people under 25 years. *International Journal of STD & AIDS*, 13(6), 420- 424. doi: <https://doi.org/10.1258/095646202760029868>
- Ronis, S. T., & LeBouthillier, D. M. (2013). University students' attitudes toward purchasing condoms. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 22(2), 86-94. doi: <https://doi.org/10.3138/cjhs.2013.2201>
- Rubin,G. (1986). El tráfico de las mujeres: Notas sobre la economía política del sexo. *Revista Nueva Antología*, 8(30), 95-145. Recuperado de [https://www.caladona.org/groups/uploads/2007/05/EI%20trafico%](https://www.caladona.org/groups/uploads/2007/05/EI%20trafico%20de%20mujeres.pdf)

20de%20mujeres2.pdf

- Salvatierra-López, L., Aracena-Álvarez, M., Ramírez-Yáñez, P., Reyes-Aranis, L., Yovane, C., Orozco-Rugama, A., ... Krause-Jacob, M. (2005). Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 14(1), 141- 152. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26414111>
- Schaefer, I. (1 de septiembre de 2015). Embarazo adolescente, un escape ante la falta de oportunidades. *El País*. Recuperado [https://elpais.com/internacional/2015/09/01/actualidad/1441144486\\_583900.html](https://elpais.com/internacional/2015/09/01/actualidad/1441144486_583900.html)
- Scherf, K. S., Smyth, J. M., & Delgado, M. R. (2013). The amygdala: An agent of change in adolescent neural networks. *Hormones and Behavior*, 64(2), 298–313. doi:10.1016/j.yhbeh.2013.05.011
- Shams, M. (2017). Mothers' views about sexual health education for their adolescent daughters: A qualitative study. *National Center for Biotechnology Information*, 14, 14-24. doi:10.1186/s12978-017-0291-8
- Silverman, J. G., & Raj, A. (2014). Intimate partner violence and reproductive coercion: Global barriers to women's reproductive control. *PLoS Medicine*, 11(9), 1- 4. doi: 10.1371/journal.pmed.1001723
- Siegel, S. & Castellan, N. J. (1995). *Estadística no paramétrica, aplicada a las ciencias de la conducta (4th ed.)*. México: Editorial Trillas
- Smith, J. H., & Whiteside, A. (2010). The history of AIDS exceptionalism. *Journal of the International AIDS Society*, 13(47), 1- 8. doi: 10.1186/1758-2652-13-47
- State Data Center De Puerto Rico (2019). *En pobreza el 50% o más de la población en 36 Municipios de Puerto Rico*. Retrieved from <https://censo.estadisticas.pr/Comunicado-de-prensa/2019-12-19t145558>
- Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 39, 137-143. Retrieved from

<http://www.redalyc.org/html/106/10639208/>

Tepper, N.K., Goldberg, H.I., Vargas-Bernal, M.I., Rivera, B., Frey, M.T., & Malave, C. (2016). *Estimating contraceptive needs and increasing access to contraception in response to the Zika virus disease outbreak — Puerto Rico, 2016*. Retrieved from

<https://www.cdc.gov/std/default.htm>

The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy (2015).

*Unplanned pregnancy among college students and strategies to address it*. Retrieved from <https://powertodecide.org/sites/default/files/resources/primary-download/briefly-unplanned-pregnancy-college.pdf>

Tintinalli, J.E. John-Ma, O., Yealy, D.M., Meckler, G.D., Stapczynski, J.S., Cline, D.M, et.al (2019). *Emergency medicine: A comprehensive study guide* (9th ed.). New York: McGraw-Hill

Thomas, S. (2019). *The effects of alcohol on the body*. American Addiction Centers. Retrieved from <https://americanaddictioncenters.org/alcoholism-treatment/body-effects>

Torres, M. I., Granberry, P., Person, S., Allison, J., Rosal, M., & Rustan, S. (2016). Influential factors of Puerto Rican mother-child communication about sexual health topics. *Maternal and Child Health Journal*, 20(11), 2280–2290. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2041x>

Triandis, H. C., & Vassiliou, V. (1972). Interpersonal influence and employee selection in two cultures. *Journal of Applied Psychology*, 56(2), 140–145. doi: <https://doi.org/10.1037/h0032662>

Tung, W. C., Cook, D. M. & Lu, M. (2012). Sexual behaviors, decisional balance, and self-efficacy among a sample of chinese college students in the United States. *Journal of American College Health*, 60(5), 367-673.

UNICEF (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*.

*Informe final*. Retrieved from <http://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/969/Unaaprox.factoros%20culturales.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Universidad de Puerto Rico (2020). Confirman que 78% de los estudiantes de la Universidad de Puerto Rico no pagan matrícula. Retrieved from <https://www.upr.edu/80-de-los-estudiantes-de-la-universidad-de-puerto-rico-no-tendran-que-pagar-matricula-2/>

U.S. Department of Education. (2016). *Encuesta Nacional sobre Alcohol, Drogas y Violencia*. Internal UPR-RP Report: Unpublished.

Vernieri, M. (2006). *Adolescencia y autoestima* (2nd ed.). Buenos Aires, Argentina: Bonum.

Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Biomédica*, 9(2), 116-121. Retrieved from <http://www.uady.mx/~biomedic/rb98927.html>

Villatoro-Velázquez, J.A., Gaytán-Flores, F., Moreno-López, M., Gutiérrez-López, M.L. Robles, N.O, Bretón-Cirett, M., ... Blanco-Ordoñez, C.Y. (2011). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes del 2009. *Salud Mental*, 34(2), 81- 94. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58220799001>

Weeks, J. (2004). *Sexuality* (2<sup>nd</sup> ed.). Londres: Routledge.

Weeks, J. (2017). *Sex, Politics and Sexuality* (4<sup>th</sup> ed.). Londres: Routledge.

Willoughby, T., Chalmers, H., & Busseri, M. A. (2004). Where Is the Syndrome? Examining Co-Occurrence Among Multiple Problem Behaviors in Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1022–1037. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1022>

Wilson, A. M., & Ickes, M. J. (2015). Purchasing condoms near a college campus: environmental barriers. *Sexual health*, 12(1), 67–70. <https://doi.org/10.1071/SH14155>

Yago-Simón, T. (2015). Gender conditionings and unplanned pregnancies in

adolescents and young girls. *Anales de Psicología*, 31(3), 972-978.

doi:<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.185911>

Yaw, D. (2012). Condom myths and misconceptions: the male perspective.

*Global Journals Inc.*, 12(5), 43-50.

Yazdkhasti, M., Pourreza, A., Pirak, A., & Abdi, F. (2015). Unintended pregnancy and its adverse social and economic consequences on health system: A narrative review article. *Iranian Journal of Public Health*, 44(1), 12–21.

**APÉNDICE A**  
**APROBACIÓN DEL PROTOCOLO DE LA**  
**INVESTIGACION POR CIPSHI**

Universidad de  
Puerto Rico

COMITÉ INSTITUCIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SERES HUMANOS  
EN LA INVESTIGACIÓN (CIPSHI)  
IRB 00000944  
cipshi.degi@upr.edu ~ <http://graduados.uprp.edu/cipshi>

**AUTORIZACIÓN DEL PROTOCOLO**

**Número del protocolo:** 1920-098

**Título del protocolo:** Factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios(as)

**Investigadora:** Cristina Grisel Cruz Rivera

**Tipo de revisión:**  Inicial  Renovación  Modificación

**Evaluación:**  Comité en pleno  
 Revisión expedita

**Fecha de la autorización:** 12 de febrero de 2020



Recinto de  
Río Piedras

Además, el CIPSHI:

- Determinó que esta investigación es de riesgo mínimo y que cualifica para eventuales revisiones expeditas.
- Concedió la **dispensa** solicitada para modificar el procedimiento estándar de toma de consentimiento informado.

*Cualquier modificación posterior a esta autorización requerirá la consideración y reautorización del CIPSHI. Además, debe notificar cualquier incidente adverso o no anticipado que implique a los sujetos o participantes. Al finalizar la investigación, envíe el formulario de Notificación de Terminación de Protocolo.*

  
Yarimar Rosa Rodríguez, Ph.D.  
Presidenta del CIPSHI o  
representante autorizado

Decanato de  
Estudios Graduados  
e Investigación

18 Ave. Universidad STE 1801  
San Juan PR 00925-2512

787-764-0000  
Ext. 86700  
Fax 787-763-6011

Página electrónica:  
<http://graduados.uprp.edu>

Patrón con Igualdad de Oportunidades en el Empleo M/M/V/I



Cristina Cruz &lt;crisrina.cruz@upr.edu&gt;

---

**Autorización CIPSHI # 1920-098**

1 mensaje

---

**CIPSHI-IRB.UPR-Rio Piedras** <cipshi.degi@upr.edu>  
Para: crisrina.cruz@upr.edu  
Cc: medinamaria91@gmail.com, maria.medina2@upr.edu

1 de abril de 2020, 16:26

Cristina Grisel Cruz Rivera

Estimada señora Cruz:

El Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación (CIPSHI) consideró mediante el procedimiento expedito de revisión, la solicitud de modificación del protocolo Factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios(as) (#1920-098).

El CIPSHI autorizó la modificación de este protocolo.

***El CIPSHI autoriza el protocolo de la investigación en un contexto de cotidianidad. Es responsabilidad de los investigadores protegerse y proteger a los posibles participantes durante el periodo de emergencia de salud pública y seguir las instrucciones institucionales y estatales.***

*Recuerde conservar copia de los documentos enviados al CIPSHI, especialmente de la(s) hoja(s) de consentimiento o asentamiento informado. La versión de la hoja de consentimiento aprobada por el CIPSHI es la que debe entregar a los participantes de la investigación.*

*Cualquier otra modificación al protocolo requerirá consideración y reautorización del CIPSHI. Al finalizar la investigación, por favor envíe la Notificación de Terminación de Protocolo.*

Le deseamos éxito.

Atentamente,

Myriam L. Vélez Galván, MA  
Oficial de Cumplimiento

**APÉNDICE B**  
**MENSAJE ENVIADO A PROFESORAS Y PROFESORES**  
**PARA LA DIFUSIÓN DE LA INVITACIÓN A PARTICIPAR A LOS Y LAS**  
**ESTUDIANTES**

Fecha: 3 de mayo de 2020  
Asunto: Difusión de información

Estimado(a) profesor(a) *Apellido*:

Espero que se encuentre bien, al igual que sus familiares. Mi nombre es Cristina Cruz y soy estudiante del programa graduado de Investigación y Evaluación Educativa (INEVA) del Departamento de Estudios Graduados en la Facultad de Educación.

La sección del curso **CODIFICACIÓN DEL CURSO**, que usted ofrece, ha sido seleccionada, de manera aleatoria, para invitar a los y las estudiantes a participar en la investigación titulada *Factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios y universitarias*. Consciente de la situación que atravesamos en la Universidad de Puerto Rico, en el País y el mundo, quisiera auscultar, respetuosamente, la posibilidad de que usted pudiera compartir con los y las estudiantes del curso seleccionado la invitación a participar en la investigación. Su colaboración consiste en enviarle un mensaje a través de la plataforma o medio electrónico por el cual se estén comunicando. Esta servidora le enviaría el mensaje que usted compartirá con los y las estudiantes. En ese mensaje se encuentra el enlace del cuestionario de la investigación.

Su respuesta a esta solicitud y colaboración es completamente voluntaria. Sin embargo, considero que incluir la sección del curso que usted imparte, aportaría de manera positiva a la cantidad de participantes, influyendo esto en la utilidad de los resultados de la investigación. De usted estar disponible para enviarle el mensaje con el enlace del instrumento con sus estudiantes, por favor notifíqueme por este medio.

Quedo de usted muy agradecida por la colaboración que pueda brindarme en esta investigación.

Cordialmente,

**Cristina Cruz Rivera**  
Estudiante de Maestría  
Investigación y Evaluación Educativa  
Facultad de Educación  
Recinto de Río Piedras  
Universidad de Puerto Rico  
787-612-5891

**APÉNDICE C**  
**MENSAJE ENVIADO A PROFESORAS Y PROFESORES**  
**PARA LAS Y LOS ESTUDIANTES**

Fecha: 4 de mayo de 2020  
Asunto: Difusión de información

Estimados compañeros y estimadas compañeras:

¡Saludos! Mi nombre es Cristina Cruz y actualmente soy estudiante del programa de maestría en Investigación y Evaluación Educativa, en la Facultad de Educación de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (UPR-RRP). Como parte de mi proyecto de tesis, estoy realizando una investigación que tiene como propósito auscultar los factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en los y las estudiantes universitarios subgraduados.

Con la intención de recopilar la información necesaria, estoy administrando un cuestionario a los y las estudiantes de las diferentes facultades de la UPR-RRP. Por esta razón, les extiendo una invitación a participar, de manera voluntaria, en la investigación, contestando el cuestionario titulado Factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en el estudiantes universitarios y universitarias. Al completar el cuestionario podrían participar en un sorteo de una de diez tarjetas de regalo de Amazon, valorada en \$10.

Si desean contestar el cuestionario, por favor, accedan al siguiente enlace:

<https://forms.gle/igmfJbrumDyZPbF5A>

Gracias anticipadas por su colaboración.

Cordialmente,  
**Cristina Cruz Rivera**  
Estudiante de Maestría  
Investigación y Evaluación Educativa  
Facultad de Educación  
Recinto de Río Piedras  
Universidad de Puerto Rico  
787-612-5891

**APÉNDICE D**  
**CUESTIONARIO**  
**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ACCESO Y USO DEL CONDÓN Y**  
**PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y**  
**UNIVERSITARIAS**

## Factores que induyen en el acceso y uso del condon y las pastillas anticonceptivas en el estudiantes universitarios y universitarias

Has sido invitado o invitada a participar en una investigación acerca de los factores que influyen en el acceso y uso del condon y pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios(as). Esta investigación es realizada por Cristina Cruz, estudiante del Programa de Maestría en Educación con especialidad en Investigación y Evaluación Educativa de la Facultad de Educación de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. El propósito principal de esta investigación es auscultar ciertos factores que influyen en el acceso y uso del condon y las pastillas anticonceptivas en las y los estudiantes subgraduadas y subgraduados de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (UPR-RRP).

Fuiste invitado o invitada para participar en esta investigación debido a que te encuentras matriculado o matriculada en uno de los cursos de los programas de bachillerato que se ofrecen en la UPR-RRP. En esta investigación se espera que participen un máximo de 370 estudiantes como voluntarias y voluntarios. Si aceptas participar en esta investigación, se solicita que completes el cuestionario titulado Factores que influyen en el acceso y uso del condón y las pastillas anticonceptivas en estudiantes universitarios(as). Las preguntas de este instrumento están dirigidas a recopilar información respecto a ciertos factores que pueden ser determinantes al momento de un o una estudiante usar o acceder a los métodos anticonceptivos mencionados. El cuestionario está compuesto por 46 ítems. Participar en esta investigación te tomará aproximadamente 20 minutos.

Esta investigación es considerada de riesgo mínimo. El riesgo asociado a esta investigación es la incomodidad o cansancio por el tiempo requerido para contestar el cuestionario. La participación es totalmente voluntaria, por lo que puedes no contestar una pregunta que no deseas o puedes dejar de contestar el cuestionario en cualquier momento. Al completar este cuestionario podrás participar en el sorteo de una de diez tarjetas de regalo de Amazon, valoradas en \$10 cada una. Para participar de este sorteo debes estar en un ensayo en línea electrónico de  eres adora \_\_\_\_\_ De resultar ganador o ganadora serás \_\_\_\_\_

Si así lo deseas, puedes solicitar una copia digital de los resultados del total de estudiantes que participaron, una vez se haya terminado la investigación. Es importante destacar que solo se brindará una copia de los resultados presentados en el trabajo final de la tesis, a través de correo electrónico, a las personas que lo soliciten.

Tu identidad será protegida, pues los cuestionarios no han sido identificados con códigos o símbolos. Además, no se requiere que firmes ningún documento. La información que pueda identificarte directa o indirectamente será manejada confidencialmente. Solo la investigadora, Cristina Cruz y la Directora del comité de Tesis, la Dra. Medina, tendrán acceso a los datos

del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico o de agencias federales responsables de velar por la integridad en la investigación, podrán requerirle a la investigadora los datos obtenidos en esta investigación, incluyendo este documento. Los documentos, materiales o datos de la investigación serán almacenados en la computadora personal de la investigadora. Una vez finalizada la investigación, la información recopilada será conservada por seis años. Al concluir seis años los datos digitales serán borrados y los impresos triturados antes de desecharse.

Es importante destacar que la información que manejas en la computadora o dispositivo que utilices para responder este cuestionario puede ser intervenida o revisada por terceras personas. Estas personas pueden tener acceso legítimo o ilegítimo a la computadora y a su contenido como un familiar, patrono, hackers, intrusos o piratas informáticos, etc. Además, en la computadora que utilices, puede quedar registro de la información a la que accedas o envíes por Internet.

Si leste esta información y decidiste participar, por favor entiende que tu participación es completamente voluntaria y que tienes derecho a abstenerse de participar o a retirarte de la investigación en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienes derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, puedes imprimir una copia de este documento como evidencia de tu participación en el estudio.

Si tienes alguna pregunta o deseas más información sobre esta investigación, por favor comunícate con Cristina Cruz al 787-612-5891 y [cristina.cruz@upr.edu](mailto:cristina.cruz@upr.edu) o con la directora del comité de tesis, la Dra. Marfa Medina, al número de teléfono, 787-764-0000, extensión 89241 y dirección electrónica [maria.medina2@upr.edu](mailto:maria.medina2@upr.edu).

Si tienes preguntas sobre tus derechos como participante o una reclamación o queja relacionada con tu participación en esta investigación, puedes comunicarte con la Oficial de Cumplimiento del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico, al teléfono 787-764-0000, extensión 86773 o a [cipshi.degi@upr.edu](mailto:cipshi.degi@upr.edu)

Hacer una marca en la palabra **acepto**, en la próxima pregunta, significa que decidiste participar en esta investigación, después de haber leído la información presentada en esta hoja informativa. Por favor, conserva\* la copia de esta hoja informativa, como evidencia de tu participación.

**\*Obligatorio**

1. ¿Deseas participar en esta investigación ? \*

*Marca solo un ávalo.*

**Acepto**    *Ir a la pregunta 2*

**No acepto**    *Ir a la sección 9 (;Gracias por tu tiempo y participación!)*

PARTE  
|.

Esta parte contiene ocho preguntas acerca de datos sociodemográficos necesarios para identificar las características del grupo de participantes que contesta el cuestionario. En las preguntas numeradas del 1 al 8, selecciona la respuesta que mejor te aplique. Marca la respuesta en el ovalo correspondiente o escríbela en el espacio provisto.

2. 1. ¿Cual es tu edad cumplida (en años)?

\_\_\_\_\_

3. 2. ¿Cual es tu estado civil?

*Marca so/lo un âvalo.*

Soltera o soltero

Casada o casado

Relacion consensual

No deseo contestar

Otros: \_\_\_\_\_

4. 3. ¿A cual Facultad o Escuela académica perteneces en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras?

*Marca solo un óvalo.*

Administración de Empresas

Arquitectura

Ciencias Naturales

Ciencias Sociales

Comunicación

Educación

Estudios Generales

Humanidades

No deseo contestar

Otros: \_\_\_\_\_

5. 4. ¿En qué año de tus estudios universitarios te encuentras?

*Marca solo un óvalo.*

Primero

Segundo

Tercero

Cuarto

No deseo contestar

Otros: \_\_\_\_\_

6. 5. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?

*Marca solo un ávalo.*

12 años o menos

13 a 15 años

16 a 18 años

19 a 21 años

21 años o más

No he tenido relaciones sexuales *Ir a la pregunta 21*

No deseo contestar

7. 6. ¿Cuántas parejas sexuales tuviste el año pasado (2019)?

*Marca solo un ávalo.*

1

2

3

4 o más

Ninguna

No deseo contestar

8. 7. ¿Cual método anticonceptivo utilizaste la ultima vez que tuviste relaciones sexuales? Marca todas las respuestas que apliquen.

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Condon femenino
- Condon masculino
- Método de ritmo
- Método de interrupcion
- Pastillas anticonceptivas
- No utilicé ningdn método
- No deseo contestar

Otros: \_\_\_\_\_

9. 8. ¿Cual es tu sexo?

*Marca solo un âvalo.*

- Mujer *Ir a la pregunta 10*
- Hombre *Ir a la pregunta 18*
- No deseo contestar *Ir a la pregunta 18*

PARTE  
||

Esta parte contiene ocho preguntas acerca de los efectos de las pastillas anticonceptivas. En las preguntas numeradas del 9 a la 16, selecciona la respuesta que mejor te aplique. Marca la respuesta en el ovalo o cuadrado correspondiente o escribela en el espacio provisto.

10. 9. ¿Cuales efectos secundarios pueden provocar las pastillas anticonceptivas? Marca todas l respuestas que apliquen.

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Aumento de peso
- Cambios en el estado de ánimo
- Cancer de seno
- Cancer uterino
- Infertilidad
- Ninguno
- No deseo contestar

Otros: \_\_\_\_\_

11. 10. ¿Temes por los efectos secundarios que provocan las pastillas anticonceptivas?

*Marca solo un âvalo.*

- Sí
- No
- No deseo contestar

12. 11. ¿Te preocupa aumentar de peso al usar las pastillas anticonceptivas?

*Marca solo un ovalo.*

- Sí
- No
- No deseo contestar

13. 12. ¿Cuan importante es tu peso corporal para ti?

*Marca solo un Jna/o.*

- Poco
- Regular
- Mucho
- No deseo contestar

14. 13. Si aumentarás de peso al usar las pastillas anticonceptivas, ¿dejarías de tomarlas?

*Marca solo tin ovalo.*

- Sí
- No
- No deseo contestar

15. 14. ¿Cual fue el proposito por el que comenzaste a utilizar las pastillas anticonceptivas? Marc todas las respuestas que apliquen.

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Control natal
  - Detener la menstruacion
  - Nunca he utilizado pastillas anticonceptivas
  - No deseo constestar
- Otros: \_\_\_\_\_

Continuacion: Parte II

16. 15. ¿Qué efectos secundarios te han provocado las pastillas anticonceptivas? Marca todas las respuestas que apliquen.

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Aumento de peso
- Cambios en los ciclos menstruales
- Cambios en el estado de ánimo
- Náuseas
- Sensibilidad en los senos
- Ninguno
- No deseo contestar

Otros: \_\_\_\_\_

17. 16. ¿Por qué razón(es) has dejado de usar las pastillas anticonceptivas? Marca todas las respuestas que apliquen.

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Efectos secundarios
- No son efectivas
- Olvido tomarlas
- Son costosas
- No he dejado de usarlas
- No deseo contestar

Otros: \_\_\_\_\_

PARTE  
|||

Esta parte contiene 10 premisas acerca del uso del condón. En las premisas numeradas del 17 a la 26, selecciona la respuesta que indique tu grado de acuerdo. Marca dentro del círculo que corresponda a tu respuesta.

18.

*Marca solo un âvalo por fila.*

Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Nien acuerdo ni en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No dese( contesta
-----------------------	-------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------

17. Detener el acto sexual para colocar un condón disminuye la excitación sexual.	<input type="radio"/>				
18. El condon es un método efectivo en la prevención de las <input type="radio"/> Infecciones de Transmisión Sexual.	<input type="radio"/>				
19. Me siento avergonzado o avergonzada cuando compro condones.	<input type="radio"/>				
20. Los condones arruinan el acto sexual.	<input type="radio"/>				
21. Los condones son un método <input type="radio"/> anticonceptivo eficaz.	<input type="radio"/>				
22. Usar condones intermite el acto sexual a veces estimulante.	<input type="radio"/>				
23. Los hombres que sugieren utilizar condones en el acto sexual son aburridos.	<input type="radio"/>				
24. Las mujeres que sugieren utilizar condones en el acto sexual <input type="radio"/> sexual no confían en su pareja.	<input type="radio"/>				
25. Físicamente, los condones son incómodos para ambas partes.	<input type="radio"/>				

26. Los condones reducen el placer del     acto sexual.

En las premisas numeradas de la 27 a la 40, contesta sí o no. Marca dentro del círculo que corresponda a tu respuesta.

49. Marca *solo un ova/o por fila*.

	Sí	No	No deseo contestar
27. Mi pareja se expresa libremente sobre sus preferencias, sobre el uso de anticonceptivos, en las relaciones sexuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Puedo decirle a mi pareja que NO quiero tener relaciones con el o ella, si lo <b>deseo</b> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Se me hace difícil expresar mis preferencias, sobre el uso de anticonceptivos, en las relaciones sexuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Mi pareja sobre el uso del método de control de natalidad.			<input type="radio"/>
31. Cuando NO quiero tener relaciones sexuales con mi pareja, puedo detenerlo o detenerla.			<input type="radio"/>
32. Cuando NO quiero tener relaciones sexuales con mi pareja, puedo detenerlo o detenerla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Mi pareja me hace sentir obligada u obligado a tener sexo, sin utilizar algún método anticonceptivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Mi pareja me obliga, físicamente, a tener relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo.			<input type="radio"/>
35. Mi pareja insinúa que tendría sexo con			

otra mujer u hombre si yo no tuviera sexo con él o ella, sin utilizar algdn método anticonceptivo.

36. Mi pareja me dice que si la o lo amo tendrfa sexo con él o ella, sin utilizar algdn método anticonceptivo.

37. Mi pareja me acusa de serle infiel por negarme a tener sexo sin utilizar algdn método anticonceptivo.

38. He tenido relaciones sexuales, sin usar algdn anticonceptivo, estando bajo los efectos del alcohol.

39. He tenido relaciones sexuales, sin usar algdn anticonceptivo, estando bajo los efectos de alguna droga recreativa (e.g. marihuana)

20. 40. Si al momento de tener relaciones sexuales con tu pareja NO tienes proteccion, puedes

*Marca solo un ávalo por fila.*

	Sf	No	No deseo contestar
a. preguntarle si tiene un condon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. pedirle tiempo para colocarte un condon.			<input type="radio"/>
c. decirle que estas usando algdn anticonceptivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. parar el acto sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Parte IV.** Esta parte contiene seis premisas acerca de la comunicación que tienes con tu madre o padre sobre temas relacionados con la sexualidad y el acceso a los Servicios de Salud Sexual Reproductiva en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (UPR-RRP). En las premisas numeradas de la 41 a la 46, marca dentro del círculo o cuadro que corresponda a tu respuesta.

21. 41. ¿Con cuanta frecuencia hablas con tu madre sobre los siguientes temas?

*Marca solo un ovalo por fila.*

	Siempre	A veces	Nunca	No deseo contestar
a. Acto sexual ("tener sexo")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Infecciones de Transmision Sexual (ITS)				<input type="radio"/>
c. Uso de anticonceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Manejo de la presión sexual de una pareja				<input type="radio"/>
f. Hablar a tu pareja sobre temas relacionados a la salud sexual (e.g. embarazo, uso de anticonceptivos o ITS).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. 42. ¿Con cuanta frecuencia hablas con tu padre sobre los siguientes temas?

*Marca solo un évalo por fila.*

	Siempre	Aveces	Nunca	No deseo contestar
a. Acto sexual ("tener sexo")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)				<input type="radio"/>
c. Uso de anticonceptivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Manejo de la presion sexual de una pareja				<input type="radio"/>
f. Hablar a tu pareja sobre temas relacionados a la salud sexual (e.g. embarazo, uso de anticonceptivos o ITS).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. 43. ¿Conoces un lugar en la comunidad en donde vives que ofrezca Servicios de Salud Sexual Reproductiva?

*Marca solo un ávalo.*

- Sí
- No
- No conozco uno
- No deseo contestar

24. 44. ¿Conoces un lugar cerca o en la UPR-RRP que ofrezca Servicios de Salud Sexual Reproductiva?

*Marca solo un ovalo.*

- Sí  
 No  
 No conozco uno  
 No deseo contestar

25. 45. En el año pasado, ¿qué lugar o lugares visitaste en búsqueda de información relacionada con la salud sexual (por ejemplo, información relacionada al uso de anticonceptivos o las Infecciones de Transmisión Sexual)? Marca todas las respuestas que apliquen.

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Clínica de Planificación Familiar  
 Hospital  
 Médico Primario  
 @ Oficina de Servicios Médicos de la UPR-RP  
 No he visitado ningún lugar  
 @ No deseo contestar

Otros: \_\_\_\_\_

26. 46. ¿Cuál o cuáles podrían ser las razones por las que los y las jóvenes no acceden a los centros que ofrecen Servicios de Salud Sexual Reproductiva? Marca todas las respuestas que apliquen.

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Costo de los servicios
- Desconocimiento de los servicios
- Desconfianza en el personal
- Falta de confidencialidad por parte del personal
- Miedo a que sus padres se enteren
- Horario de los servicios
- Vergüenza
- No deseo contestar

Otros:  \_\_\_\_\_

27. Si deseas, puedes escribir en el espacio que sigue cualquier comentario relacionado con el tema abordado en este cuestionario.

---

---

---

---

---

¡Gracias por tu tiempo y participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

**APÉNDICE E**  
**OBSERVACIONES GENERALES DE CONOCEDORES Y**  
**CONOCEDORAS AL CUESTIONARIO**

## **Observaciones generales de conoedores y conoedoras acerca del cuestionario**

### **Conoecedor 1**

**Especialidad: Consejero Profesional Licenciado y profesor universitario**

- Ítems:
  - Ítem 16: Incluir “Marcar todas las que apliquen”.
  - Ítem 20: Sustituir “ITS” por “ETS”.
  - Ítem 29 y 31: Reformular premisa. Especificar a qué tipo de preferencias hago referencia.
  - Ítem 33: Añadir la palabra “sexuales” en compañía de “relaciones”.
  - Ítem 43b y 44b: Sustituir la palabra “infecciones” por “enfermedades”.
  - Ítem 46: Hacer la pregunta directa. Incluir nombre de la universidad.

### **Conoecedora 2**

**Especialidad: Educadora Sexual y profesora universitaria**

- Ítems:
  - Corroborar consistencia entre tu o usted.
  - Ítem 5: La experta cuestiona la razón por la que se ha categorizado la edad en la que se tuvo la primera relación sexual.
  - Ítem 6: El término “pareja sexual” es confuso.
  - Ítem 10: El término “provocan” es confuso.
  - Ítem 16: Sustituir el término “mamas” por “senos”
  - Ítem 29 y 31: Aclarar el término preferencias
  - Ítems 36, 38, 39, 40: Provoca confusión el concepto “sexo”.

### **Conoecedor 3**

**Especialidad: Consejero Profesional Licenciado y profesor universitario**

Ítems:

- Ítem 10: Eliminar la frase “en ti”.
- Ítem 13: Reformular el ítem como “¿Dejarías de tomar pastillas anticonceptivas si te causan aumento de peso?”
- Ítems 14 y 18: Más relevante con una dimensión relacionada con la razón para el usar anticonceptivos.
- Ítem 17: Más relacionada con una dimensión de frecuencia o adherencia al uso.
- Ítem 22: Podría provocar confusión la frase “arruinar el acto sexual”.
- Ítem 33: Sustituir “cómo detenerlo o detenerla” por “decir No”

- Item 36: Reformular a “Me he sentido obligado u obligada por mi pareja a tener tener relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo.”
- Item 37: Sustituir “me obligó” por “me ha obligado”
- Item 38: Mi pareja me ha insinuado que tendría relaciones sexuales con otro hombre o mujer si yo me niego a tener relaciones sexuales sin usar algún método anticonceptivo.
- Item 39: Mi pareja me ha dicho que si lo amo o la amo, debo tener relaciones sexuales sin usar algún método anticonceptivo.
- Item 40: Sustituir “me acusó” por “me ha acusado”
- Item 45: Reformular a ¿Por qué crees que los y las jóvenes no visitan centros que ofrecen servicios de salud sexual?

**Conocedora 4****Especialidad: Epidemióloga****Ítems:**

- Verificar la secuencia de la numeración en el cuestionario.
- Items 29, 32 y 33: Añadir punto final.
- Items 33, 34, 36, 39: Corroborar si se puede utilizar lenguaje inclusivo, utilizando la letra x.

**APÉNDICE F**  
**OBSERVACIONES GENERALES DE ESTUDIANTES QUE**  
**PARTICIPARON EN ENTREVISTAS COGNITIVAS**

## Observaciones generales de estudiantes que participaron en las entrevistas cognitivas

### Facultad: Educación

#### Estudiante: F/8 minutos/Cuarto año/22 años

- Instrucciones generales: La estudiante considera que las instrucciones generales son claras. En estas se discuten aspectos relacionados con el tiempo para completar 4 de lugares.
  - Ítem 46 y 47: Aclarar textualmente que se pueden marcar más de una respuesta.

### Facultad: Arquitectura

#### Estudiante: F/9 minutos /Tercer año/21 años

- Instrucciones generales: La estudiante entiende que son claras y que el propósito del instrumento se encuentra definido en estas.
- Ítems:
  - Alternativa ítem 2: La palabra consensual provoca confusión.
  - Parte II: La organización de la escala es confusa, visualmente. La estudiante sugiere colocarla de manera horizontal.
  - Ítem 17 y 20: La estudiante considera que estos ítems son repetitivos.
  - Ítem 36: La estudiante sugiere que se sustituyan las palabras “mujer u hombre” por la palabra “persona”
  - Ítems 41f y 42f: La estudiante sugiere que se añada la palabra “Como” al inicio de la oración

### Facultad: Ciencias Naturales (Biología)

#### Estudiante: F/9 minutos/Sexto año/24 años

- Instrucciones generales: La estudiante entiende que son claras y que el propósito del instrumento se encuentra definido en estas. La estudiante reflejó confusión con la palabra “auscultar”.
- Ítems:
  - Alternativa ítem 2: La palabra consensual provoca confusión. La estudiante sugiere añadir otra alternativa en donde no se incluya la palabra “relación”. Sugiere utilizar la palabra “fuck buddy”
  - Alternativas ítem 7: La estudiante reflejó confusión con las opciones “método de ritmo” y “método de interrupción”. Sugiere que entre paréntesis se coloque (calendario) y (pull-out).
  - Ítem 9: La estudiante sugiere que se coloque en **bold** la palabra “crees”. Considera que puede ser confuso o parecer repetitivo con el ítem 10.
  - Ítems 43: La estudiante sugiere que se ofrezcan ejemplos de “Servicios de Salud Sexual”, es decir, colocar entre paréntesis la palabra “PREVEN”.

### Facultad: Administración de Empresas

#### Estudiante: F/10 minutos/ Tercer año /22 años

- Instrucciones generales: La estudiante entiende que son claras y que el propósito del instrumento se encuentra definido en estas.
- Ítems:

- - Alternativas ítem 7: La estudiante reflejó confusión con las opciones “método de ritmo” y “método de interrupción”. Sugiere que entre paréntesis se coloque (calendario) y (pull-out).
  - Alternativas ítems 9 y 15: La estudiante sugiere añadir las opciones de: “sensibilidad en los senos, sangrado interno, disminución del deseo sexual”.
  - Alternativas ítem 42: Añadir la opción “No hablo nada con mi padre”.

**Facultad: Escuela de Comunicación**

**Estudiante: M/6minutos/Quinto año/23 años**

- Instrucciones generales: El estudiante entiende que son claras y que el propósito del instrumento se encuentra definido en estas. El estudiante reflejó confusión con la palabra “auscultar”. Añade que podría ser confuso el especificar el tiempo que toma completar el cuestionario. Según su interpretación, esto podría hacer que el o la estudiante se sienta presionado. Sugiere que se incluya una oración en donde se anticipe que en el cuestionario se abordaran aspectos emocionales, relacionados con las relaciones que el o la participante pudiese tener con su pareja, padre o madre. También añade que deben describirse las variables que se abordan en el instrumento.
- Ítems:
  - Ítem 7: El estudiante sugiere que se coloque en **bold** la palabra “última”.
  - Alternativas ítem 7: El estudiante reflejó confusión con las opciones “método de ritmo” y “método de interrupción”. Sugiere que entre paréntesis se coloque (calendario) y (pull-out).
  - Ítem 12: Redactar la premisa, pues es redundante el “para ti”.
  - Ítem 21: Sustituir la palabra “eficaz” por “efectivo”
  - Ítem 22: Sustituir la palabra “estimulante” por “placentero”.
  - Ítem 25: El estudiante reflejó confusión. Cuestiona si el ítem hace referencia al acto incomodo de colocar el condón o la sensación incomoda que este provoca.
  - Ítem 29: El estudiante sugiere que se añada “...mis preferencias sobre decisiones relacionadas al uso de anticonceptivos”.
  - Ítem 29 y 30: El estudiante entiende que son repetitivas.
  - Ítem 31: Añadir “no sé cómo detener el acto”.
  - Ítem 36: Reformular la premisa pues no es clara.
  - Ítem 37: Eliminar la coma luego de la palabra “ella”.
  - Ítem 43: La estudiante sugiere que se ofrezcan ejemplos de “Servicios de Salud Sexual”, es decir, colocar entre paréntesis la palabra “PREVEN”.
  - Ítem 44: La estudiante sugiere que se ofrezcan ejemplos de “Servicios de Salud Sexual”.
  - Ítems 46: Redactar “los y las jóvenes”.
  - Alternativa ítem 46: El estudiante sugiere que se añada la opción “No es necesario”.

**Facultad: Ciencias Sociales****Estudiante: F/12 minutos/Quinto año/ 22 años**

- Instrucciones generales: La estudiante entiende que las instrucciones son claras. Esta reflejó dudas con la palabra auscultar. Sugiere que se utilice la palabra *explorar*. De igual forma, recomienda utilizar una letra de mayor tamaño, esto considerando a las personas con alguna discapacidad visual.
- Ítems:
  - Alternativa ítem 2: La palabra consensual provoca confusión.
  - Alternativas ítem 42: Añadir la opción "No hablo nada con mi padre".

**Facultad: Humanidades****Estudiante: M/ 8 minutos/ Quinto año/ 23 años**

- Instrucciones generales: El estudiante sugiere colocar una menor cantidad de tiempo aproximado para completar el instrumento. Este añade que, es probable, que las y los estudiantes decidan no completar el instrumento al leer que les tomará 20 minutos.
- Ítems:
  - Ítem 8: Considerar la variable *género* en lugar de *sexo*.
  - Ítems 17, 20, 22, 23, 24, 26: Sustituir *acto sexual* por la palabra *sexo*.

**APÉNDICE G**  
**RESPUESTAS DE ESTUDIANTES PARTICIPANTES EN EL**  
**ESTUDIO PILOTO**

## Resultados de respuestas de las y los estudiantes en el estudio piloto

### Parte I.

#### 1. Edad

	f*	P
19	3	21
20	2	14
21	6	43
22	1	7
23	1	7
<i>Missing value</i>	1	7

*Nota.* \*f es la frecuencia de las respuestas y P el porcentaje correspondiente.

#### 2. Estado civil

	f	P
Soltera/o	9	64
Relación consensual	3	21
Otro		
0	1	7
<i>Missing value</i>	1	7

#### 3. Departamento Académico

	f	P
Administración de Empresas	1	1
Biología	1	7
Ciencias Naturales	4	29
Ciencias Sociales	5	36
Matemática y Física	1	7
Química	1	7
<i>Missing value</i>	1	7

#### 4. Año académico

	f	P
Segundo	3	21
Tercero	5	36
Cuarto	4	29
Quinto	1	7
<i>Missing value</i>	1	7

## 5. Edad (en años) primera relación sexual

	f	P
13 a 15	2	14
16 a 18	7	50
19 a 21	1	7
21 o más	1	7
No he tenido relaciones sexuales	2	14
<i>Missing value</i>	1	7

## 6. Parejas sexuales el año pasado (2019)

	f	P
0	1	7
1	7	50
2	1	7
4 o más	2	14
<i>Missing system</i>	3	21

## 7. Anticonceptivo utilizado en la última relación sexual

	f	P
Condón masculino	4	29
Método de interrupción	1	7
Pastillas anticonceptivas	2	14
No utilicé ningún método	1	7
<i>Missing system</i>	6	43

## 8. Sexo

	f	P
Mujer	11	79
<i>Missing value</i>	3	21

## Parte II.

9. ¿Cuáles efectos secundarios crees que pueden provocar las pastillas anticonceptivas? Puedes seleccionar más de una respuesta.

	f
Aumento de peso	11
Cambios en el estado de ánimo	11
Cáncer de seno	3
Cáncer uterino	3
Infertilidad	7

10. ¿Temes por los efectos secundarios que provocan las pastillas anticonceptivas en ti?

	f	P
Sí	11	79
<i>Missing value</i>	3	21

11. ¿Te preocupa aumentar de peso al usar las pastillas anticonceptivas?

	f	P
Sí	9	64
No	2	14
<i>Missing value</i>	3	21

12. ¿Cuán importante es tu peso corporal para ti?

	f	P
Poco	1	7
Regular	5	36
Mucho	5	36
<i>Missing value</i>	3	21

13. Si aumentarás de peso al usar las pastillas anticonceptivas, ¿dejarías de tomarlas?

	f	P
Sí	7	50
No	3	21
No deseo contestar	1	7
<i>Missing value</i>	3	21

14. ¿Cuál fue el propósito por el que comenzaste a utilizar las pastillas anticonceptivas?

	f	P
Control natal	1	7
Detener menstruación	3	21
Nunca he utilizado pastillas anticonceptivas	7	50
<i>Missing value</i>	3	21

15. ¿Qué efectos secundarios te han provocado las pastillas anticonceptivas?

	f	P
Aumento de peso	2	14
Cambios en los ciclos menstruales	1	7
Cambios en el estado de ánimo	3	21

16. ¿Por qué razón dejaste de usar las pastillas anticonceptivas?

	f	P
Efectos secundarios	2	14
Olvido tomarlas	1	7
No he dejado de usarlas	2	14

Parte III.

	Totalmente de acuerdo		Parcialmente de acuerdo		Ni en acuerdo ni en desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		No deseo contestar	
	f	P	f	P	f	P	f	P	f	P
17. Detener el acto sexual para colocar un condón disminuye la excitación sexual.	2	18	4	36	4	36	1	9	0	0
18. El condón es un método efectivo en la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual.	9	82	2	18	0	0	0	0	0	0
19. Me siento avergonzado o	2	18	3	27	0	0	5	45	0	0

avergonzada cuando compro condones.											
20. Los condones arruinan el acto sexual.	0	0	2	18	6	55	3	27	0	0	
21. Los condones son un método anticonceptivo eficaz.	4	36	4	36	2	18	1	9	0	0	
22. Usar condones puede hacer que el acto sexual sea más estimulante.	1	9	0	0	6	55	4	36	0	0	
23. Los hombres que sugieren utilizar condones en el acto sexual son aburridos.	1	9	1	9	0	0	8	73	0	0	
24. Las mujeres que sugieren utilizar condones en el acto sexual no confían en su pareja.	0	0	1	9	0	0	9	82	0	0	
25. Físicamente, los condones son incómodos para ambas partes.	1	9	2	18	7	64	1	9	0	0	
26. Los condones reducen el placer del acto sexual.	4	36	1	9	5	45	1	9	0	0	

	Sí		No		No deseo contestar	
	f	P	f	P	f	P
27. Mi pareja se expresa libremente sobre sus preferencias en las relaciones sexuales,	11	100	0	0	0	0
28. Puedo decirle a mi pareja que NO quiero tener relaciones con el o ella, si así lo deseo.	11	100	0	0	0	0
29. Se me hace difícil expresar mis preferencias en las relaciones sexuales.	1	9	10	91	0	0

30. Puedo hablar con mi pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos	9	90	1	10	0	0
31. Tengo relaciones con mi pareja porque no sé cómo detenerlo o detenerla	1	9	10	91	0	0
32. Cuando NO quiero tener relaciones sexuales con mi pareja, puedo detenerlo o detenerla.	11	100	0	0	0	0
33. Mi pareja me hace sentir obligado u obligada a tener sexo, sin utilizar algún método anticonceptivo	11	100	0	0	0	0
34. Mi pareja me obliga, físicamente, a tener relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo.	11	100	0	0	0	0
35. Mi pareja insinúa que tendría sexo con otra mujer u hombre si yo no tuviera sexo con él o ella, sin utilizar algún método anticonceptivo.	11	100	0	0	0	0
36. Mi pareja me dice que si la o lo amo tendría sexo con él o ella, sin utilizar algún método anticonceptivo.	11	100	0	0	0	0
37. Mi pareja me acusa de serle infiel por negarme a tener sexo sin utilizar algún método anticonceptivo.	11	100	0	0	0	0
38. He tenido relaciones sexuales, sin usar algún anticonceptivo, estando bajo los efectos del alcohol.	7	64	4	36	0	0
39. He tenido relaciones sexuales, sin usar algún anticonceptivo, estando bajo los efectos de alguna droga recreativa (e.g. marihuana)	0	0	10	100	0	0
40. Si al momento de tener relaciones sexuales con tu pareja NO tienes protección, puedes,						
a. preguntarle si tiene un condón.	11	100	0	0	0	0
b. pedirle tiempo para colocarte un condón.	9	82	1	9	1	9
c. decirle que estas usando algún anticonceptivo.	10	91	1	9	0	0
d. parar el acto sexual.	10	91	0	0	1	9

## Parte IV.

41. ¿Con cuánta frecuencia hablas con tu madre sobre los siguientes temas?

	Siempre		A veces		Nunca		No deseo contestar	
	f	P	f	P	f	P	f	P
a. Acto sexual (“tener sexo”)	1	7	7	50	5	36	0	0
b. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	3	23	4	31	6	46	0	0
c. Uso de anticonceptivos	2	15	4	31	7	54	0	0
d. Embarazo	3	23	5	38	5	38	0	0
e. Manejo de la presión sexual de una pareja	2	15	2	15	9	69	0	0
f. Hablar a tu pareja sobre temas relacionados a la salud sexual (e.g. embarazo, uso de anticonceptivos o ITS)	3	23	3	23	7	54	0	0

42. ¿Con cuánta frecuencia hablas con tu padre sobre los siguientes temas?

	Siempre		A veces		Nunca		No deseo contestar	
	f	P	f	P	f	P	f	p
a. Acto sexual (“tener sexo”)	2	15	4	31	7	54	0	0
b. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	2	15	5	38	6	46	0	0
c. Uso de anticonceptivos	2	15	2	15	9	69	0	0
d. Embarazo	4	31	3	23	6	46	0	0
e. Manejo de la presión sexual de una pareja	4	31	2	15	7	54	0	0
f. Hablar a tu pareja sobre temas relacionados a la salud sexual (e.g. embarazo, uso de anticonceptivos o ITS)	3	23	2	15	8	62	0	0

	Sí		No		No deseo contestar	
	f	P	f	P	f	P
43. ¿Conoces un lugar en la comunidad en donde vives que ofrezca Servicios de Salud Sexual Reproductiva?	0	0	13	100	0	0
44. ¿Conoces un lugar cerca o en la UPR-C que ofrezca Servicios de Salud Sexual Reproductiva?	1	8	12	92	0	0

45. En el año pasado, ¿qué lugar o lugares visitaste en búsqueda de información relacionada con la salud sexual (por ejemplo, información relacionada al uso de anticonceptivos o las Infecciones de Transmisión Sexual)? Marca todas las respuestas que apliquen.

	f
Clínica	0
Hospital	3
Médico Primario	4
Oficina de Servicios Médicos de la UPR-C	1
No he visitado ningún lugar	6
Otro	1
Internet	

46. ¿Cuál o cuáles podrían ser las razones por las que los y las jóvenes no acceden a los centros que ofrecen Servicios de Salud Sexual Reproductiva? Marca todas las respuestas que apliquen.

	f
Costo de los servicios	10
Desconocimiento de los servicios	10
Desconfianza en el personal	5
Falta de confidencialidad por parte del personal	3
Miedo a que sus padres se enteren	12
Horario de los servicios	2
Vergüenza	11
No deseo contestar	0
Otro	0

### Análisis de Coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach

n= 14

Parte II: Ítems 17 al 26

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.715	10

Parte IV: Ítems 41 y 42

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.951	12

**APÉNDICE H**  
**CERTIFICADO DE LA INVESTIGADORA DEL CITI PROGRAM**



Completion Date 28-Mar-2018  
Expiration Date 27-Mar-2021  
Record ID 26614164

This is to certify that:

**Cristina Cruz**

Has completed the following CITI Program course:

**Investigaciones psicológicas, sociales o educativas**  
**Investigaciones psicológicas, sociales o educativas con seres humanos**  
**1 - Stage 1**

(Curriculum Group)

(Course Learner Group)

(Stage)



Collaborative Institutional Training Initiative

Under requirements set by:

**Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras**

Verify at [www.citiprogram.org/verify/?w32719a85-fa9a-46c7-8716-3f76a24502db-26614164](http://www.citiprogram.org/verify/?w32719a85-fa9a-46c7-8716-3f76a24502db-26614164)

**APÉNDICE I**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS**  
**DEL CUESTIONARIO**

## Distribución de frecuencias de las respuestas a los ítems del cuestionario

### Parte II: Efectos físicos del uso de las pastillas anticonceptivas

Efectos secundarios	f*	P
Cambios en su estado de ánimo	32	84
Aumento de peso	30	79
Infertilidad	13	34
Cáncer de seno	5	13
Cáncer uterino	4	10
Problemas hormonales	1	3
Ninguno	2	5
Desconocido	3	8
Omitida	3	8

Nota. \*f es la frecuencia de las respuestas y P el porcentaje correspondiente.

#### *Temor por los efectos secundarios*

Temor	f	P
Sí	29	79
No	7	19
No deseo contestar	1	3

#### *Preocupación por aumento de peso*

Aumento de peso	f	P
Sí	30	81
No	4	11
No deseo contestar	3	8

#### *Importancia del peso corporal*

Importancia	f	p
Poco	1	3
Regular	11	30
Mucho	25	68

#### *Suspensión de uso futuro por aumento de peso*

Suspensión	f	p
Sí	27	73
No	10	27

#### *Propósito de uso*

Propósito	f	P
No las utilizo	22	58
Control natal	12	31
Control ciclo menstrual	1	3

Disminuir dolor menstrual	1	3
Disminuir quistes ováricos	1	3
Enfermedad del endometrio	1	3
Sustitución de otro método	1	3

*Efectos secundarios experimentados*

Efectos secundarios	f	P
Ninguno	14	39
Cambios en los ciclos menstruales	13	36
Cambios en los estados de ánimo	12	33
Sensibilidad en los senos	5	14
Náuseas	4	11
Aumento de peso	3	8

*Razones para la suspensión de uso*

Razón de suspensión	f	P
No he dejado de usarlas	12	33
Efectos secundarios	3	9
Olvido tomarlas	1	3

**Parte III: Uso del condón**

Premisa	Totalmente de acuerdo f(P)	Parcialmente de acuerdo f(P)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo f(P)	Totalmente en desacuerdo f(P)	No deseo contestar f(P)
17. Detener el acto sexual para colocar un condón disminuye la excitación sexual.	3(6)	14(28)	17(34)	16(32)	0(0)
18. El condón es un método efectivo en la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual.	31(62)	15(30)	4(8)	0(0)	0(0)
19. Me siento avergonzado o avergonzada cuando compro condones.	10(20)	11(22)	10(20)	18(36)	1(2)
20. Los condones arruinan el acto sexual.	0(0)	6(12)	14(28)	29(58)	0(0)
21. Los condones son un método anticonceptivo eficaz.	15(30)	22(44)	11(22)	2(4)	0(0)

22. Usar condones puede hacer que el acto sexual sea más estimulante.	2(4)	6(12)	21(42)	18(36)	3(6)
Premisa	Totalmente de acuerdo f(P)	Parcialmente de acuerdo f(P)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo f(P)	Totalmente en desacuerdo f(P)	No deseo contestar f(P)
23. Los hombres que sugieren utilizar condones en el acto sexual son aburridos.	0(0)	1(2)	1(2)	42(84)	6(12)
24. Las mujeres que sugieren utilizar condones en el acto sexual no confían en su pareja.	0(0)	3(6)	1(2)	41(82)	5(10)
25. Físicamente, los condones son incómodos para ambas partes.	8(16)	9(18)	14(28)	17(34)	2(4)
26. Los condones reducen el placer del acto sexual.	9(18)	10(20)	15(30)	15(30)	1(2)

Premisa	Sí f(P)	No f(P)	No deseo contestar f(P)
27. Mi pareja se expresa libremente sobre sus preferencias, sobre el uso de anticonceptivos, en las relaciones sexuales.	44(88)	3(6)	3(6)
28. Puedo decirle a mi pareja que NO quiero tener relaciones con el o ella, si lo deseo.	44(88)	4(8)	2(4)
29. Se me hace difícil expresar mis preferencias, sobre el uso de anticonceptivos, en las relaciones sexuales.	7(14)	43(86)	0(0)
30. Puedo hablar con mi pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos	47(94)	2(4)	1(2)
31. Tengo relaciones con mi pareja porque no sé cómo detenerlo o detenerla.	3(6)	47(94)	0(0)
32. Cuando NO quiero tener relaciones sexuales con mi pareja, puedo detenerlo o detenerla.	48(96)	2(4)	0(0)
33. Mi pareja me hace sentir obligado u obligada a tener sexo, sin utilizar algún método anticonceptivo.	3(6)	47(94)	0(0)

Premisa	Sí f(P)	No f(P)	No deseo contestar f(P)
34. Mi pareja me obliga, físicamente, a tener relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo.	1(2)	49(98)	0(0)

35. Mi pareja insinúa que tendría sexo con otra mujer u hombre si yo no tuviera sexo con él o ella, sin utilizar algún método anticonceptivo.	2(4)	47(94)	1(2)
---	------	--------	------

Premisa	Sí f(P)	No f(P)	No deseo contestar f(P)
36. Mi pareja me dice que si la o lo amo tendría sexo con él o ella, sin utilizar algún método anticonceptivo.	0(0)	50(100)	0(0)
37. Mi pareja me acusa de serle infiel por negarme a tener sexo sin utilizar algún método anticonceptivo.	1(2)	49(98)	0(0)
38. He tenido relaciones sexuales, sin usar algún anticonceptivo, estando bajo los efectos del alcohol.	30(60)	20(40)	0(0)
39. He tenido relaciones sexuales, sin usar algún anticonceptivo, estando bajo los efectos de alguna droga recreativa (e.g. marihuana)	18(36)	32(64)	0(0)
40. Si al momento de tener relaciones sexuales con tu pareja NO tienes protección, puedes			
a. preguntarle si tiene un condón.	49(98)	0(0)	0(0)
b. pedirle tiempo para colocarte un condón.	46(92)	2(3)	1(2)
c. decirle que estas usando algún anticonceptivo.	41(82)	5(10)	2(4)
d. parar el acto sexual.	43(86)	6(12)	1(2)

#### Parte IV: Comunicación sexual parental

41. ¿Con cuánta frecuencia hablas con tu madre sobre los siguientes temas?	Siempre f(P)	Aveces f(P)	Nunca f(P)	No deseo contestar f(P)
Acto sexual ("tener sexo")	2(3)	18(29)	43(68)	0(0)
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	4(6)	23(37)	35(56)	1(2)
Uso de anticonceptivos	7(11)	23(37)	33(52)	0(0)
Embarazo	6(10)	36(57)	20(32)	1(2)
Manejo de la presión sexual de una pareja	3(5)	16(25)	44(70)	0(0)
Hablar a tu pareja sobre temas relacionados a la salud sexual (e.g. embarazo, uso de anticonceptivos o ITS).	10(16)	20(32)	33(52)	0(0)

42. ¿Con cuánta frecuencia hablas con tu padre sobre los siguientes temas?	Siempre f(P)	Aveces f(P)	Nunca f(P)	No deseo contestar f(P)
Acto sexual ("tener sexo")	5(8)	6(10)	49(78)	3(5)
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	2(3)	7(11)	50(79)	3(5)
Uso de anticonceptivos	3(5)	7(11)	50(79)	3(5)
Embarazo	3(5)	8(13)	48(76)	3(5)

Manejo de la presión sexual de una pareja	1(2)	7(11)	50(79)	
Hablar a tu pareja sobre temas relacionados a la salud sexual (e.g. embarazo, uso de anticonceptivos o ITS).	7(11)	7(11)	45(71)	3(5)

#### Parte IV: Servicios de Salud Sexual

43. Conocimiento sobre un lugar en la comunidad en donde vives que ofrezca Servicios de Salud Sexual Reproductiva

Conocimiento	f	P
Sí	22	35
No	41	65

44. Conocimiento sobre un lugar en UPR-RRP que ofrezca Servicios de Salud Sexual Reproductiva

Conocimiento	f	P
Sí	37	59
No	26	41

45. Lugares visitados en búsqueda de información relacionada con la salud sexual

Lugares visitados	f	P
Clinica	14	21
Médico Primario	7	11
Ginecóloga(o)	7	11
Hospital	3	5
Oficina de Servicios Médicos	2	3
Internet	2	3

46. Razones que podrían limitar el acceso a los Servicios de Salud Sexual Reproductiva

Posibles razones	f	P
Vergüenza	59	95
Desconocimiento	55	87
Miedo a que los padres se enteren	54	86
Costo	37	58
Desconfianza en el personal	31	49
Falta de confidencialidad	19	30
Horario	15	24

**APÉNDICE J**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS**  
**ACERCA DEL USO DEL CONDÓN Y LA COMUNICACIÓN SEXUAL**  
**PARENTAL**

**Distribución de frecuencias de las respuestas a los ítems acerca del uso del condón y la comunicación sexual parental**

**Parte III: Uso del condón**

Premisa	Totalmente de acuerdo f*		Parcialmente de acuerdo f		Ni en acuerdo ni en desacuerdo f		Totalmente en desacuerdo f	
	M	H	M	H	M	H	M	H
17. Detener el acto sexual para colocar un condón disminuye la excitación sexual.	2	1	13	1	13	4	10	5
18. El condón es un método efectivo en la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual.	20	11	15	0	3	0	0	0
19. Me siento avergonzado o avergonzada cuando compro condones.	10	0	9	2	9	1	9	8
20. Los condones arruinan el acto sexual.	0	0	5	1	11	3	21	7
21. Los condones son un método anticonceptivo eficaz.	10	5	18	4	8	2	2	0
22. Usar condones puede hacer que el acto sexual sea más estimulante.	2	0	4	2	17	3	12	6
23. Los hombres que sugieren utilizar condones en el acto sexual son aburridos.	0	0	1	0	1	0	31	10
24. Las mujeres que sugieren utilizar condones en el acto sexual no confían en su pareja.	0	0	2	1	1	0	30	10
25. Físicamente, los condones son incómodos para ambas partes.	6	2	7	2	11	2	12	5
26. Los condones reducen el placer del acto sexual.	7	2	7	3	11	4	12	2

*Nota.* \* Frecuencia de respuestas 49 participantes (38 mujeres y 11 hombres).

Premisa	Sí		No	
	M	H	M	H
27. Mi pareja se expresa libremente sobre sus preferencias, sobre el uso de anticonceptivos, en las relaciones sexuales.	34	10	2	1
28. Puedo decirle a mi pareja que NO quiero tener relaciones con él o ella, si lo deseo.	34	9	3	1
29. Se me hace difícil expresar mis preferencias, sobre el uso de anticonceptivos, en las relaciones sexuales.	7	0	31	11
30. Puedo hablar con mi pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos	35	11	2	0
31. Tengo relaciones con mi pareja porque no sé cómo detenerlo o detenerla.	3	0	35	11
32. Cuando NO quiero tener relaciones sexuales con mi pareja, puedo detenerlo o detenerla.	37	10	1	1
33. Mi pareja me hace sentir obligado u obligada a tener sexo, sin utilizar algún método anticonceptivo.	3	0	35	11
34. Mi pareja me obliga, físicamente, a tener relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo.	1	0	37	11
35. Mi pareja insinúa que tendría sexo con otra mujer u hombre si yo no tuviera sexo con él o ella, sin utilizar algún método anticonceptivo.	2	0	35	11
36. Mi pareja me dice que si la o lo amo tendría sexo con él o ella, sin utilizar algún método anticonceptivo.	0	0	38	11
37. Mi pareja me acusa de serle infiel por negarme a tener sexo sin utilizar algún método anticonceptivo.	1	0	37	11
38. He tenido relaciones sexuales, sin usar algún anticonceptivo, estando bajo los efectos del alcohol.	23	7	15	4
39. He tenido relaciones sexuales, sin usar algún anticonceptivo, estando bajo los efectos de alguna droga recreativa (e.g. marihuana)	13	5	25	6
40. Si al momento de tener relaciones sexuales con tu pareja NO tienes protección, puedes				
a. preguntarle si tiene un condón.	37	11	0	0
b. pedirle tiempo para colocarte un condón.	35	10	1	1
c. decirle que estas usando algún anticonceptivo.	30	10	5	0
d. parar el acto sexual.	33	9	4	2

### Parte V: Comunicación sexual parental

41. ¿Con cuánta frecuencia hablas con tu padre sobre los siguientes temas?	Siempre		A veces		Nunca	
	f		f		f	
	M	H	M	H	M	H
Acto sexual ("tener sexo")	3	1	2	3	31	6
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	1	0	5	2	29	8
Uso de anticonceptivos	2	0	5	2	29	8
Embarazo	2	0	6	1	28	9
Manejo de la presión sexual de una pareja	0	0	5	2	29	8
Hablar a tu pareja sobre temas relacionados a la salud sexual (e.g. embarazo, uso de anticonceptivos o ITS).	3	2	6	1	26	7

42. ¿Con cuánta frecuencia hablas con tu madre sobre los siguientes temas?	Siempre		A veces		Nunca	
	f(P)		f(P)		f(P)	
	M	H	M	H	M	H
Acto sexual ("tener sexo")	1	1	9	4	28	6
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	1	2	14	4	22	5
Uso de anticonceptivos	5	2	15	3	18	6
Embarazo	3	2	24	3	11	5
Manejo de la presión sexual de una pareja	1	1	10	3	27	7
Hablar a tu pareja sobre temas relacionados a la salud sexual (e.g. embarazo, uso de anticonceptivos o ITS).	4	3	15	4	19	4

