

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades
Programa Profesional de Psicología



**Habilidades Sociales y Conductas Sexuales de Riesgo en Jóvenes
Universitarios**

Tesis presentada por la Bachiller:

Priscilla Marjorie Padilla Espinoza

**Para obtener el Título Profesional de
Licenciada en Psicología**

Arequipa – Perú

2012

Índice

Resumen

Abstract

Capítulo I

Planteamiento Teórico

Introducción.....	9
Problema de Investigación.....	11
Variables.....	13
Interrogantes Secundarias.....	12
Objetivos.....	14
Antecedentes teóricos-investigativos.....	14
El ser humano como ser social.....	14
Habilidades Sociales, orígenes y desarrollo.....	16
Definición de habilidades sociales.....	18
Modelos teóricos.....	22
Componentes de las habilidades sociales.....	25
Factores de las habilidades sociales según Gismero.....	31
Conductas sexuales de riesgo.....	35
Modelos de la sexualidad.....	36
La adolescencia.....	37
Concepto de conductas sexuales de riesgo.....	38
Estudiante universitario.....	39
Relación de conductas sexuales de riesgo.....	41
Métodos anticonceptivos.....	44
Embarazo.....	44

Aborto.....	47
Infecciones de transmisión sexual.....	48
Hipótesis.....	49

Capítulo II

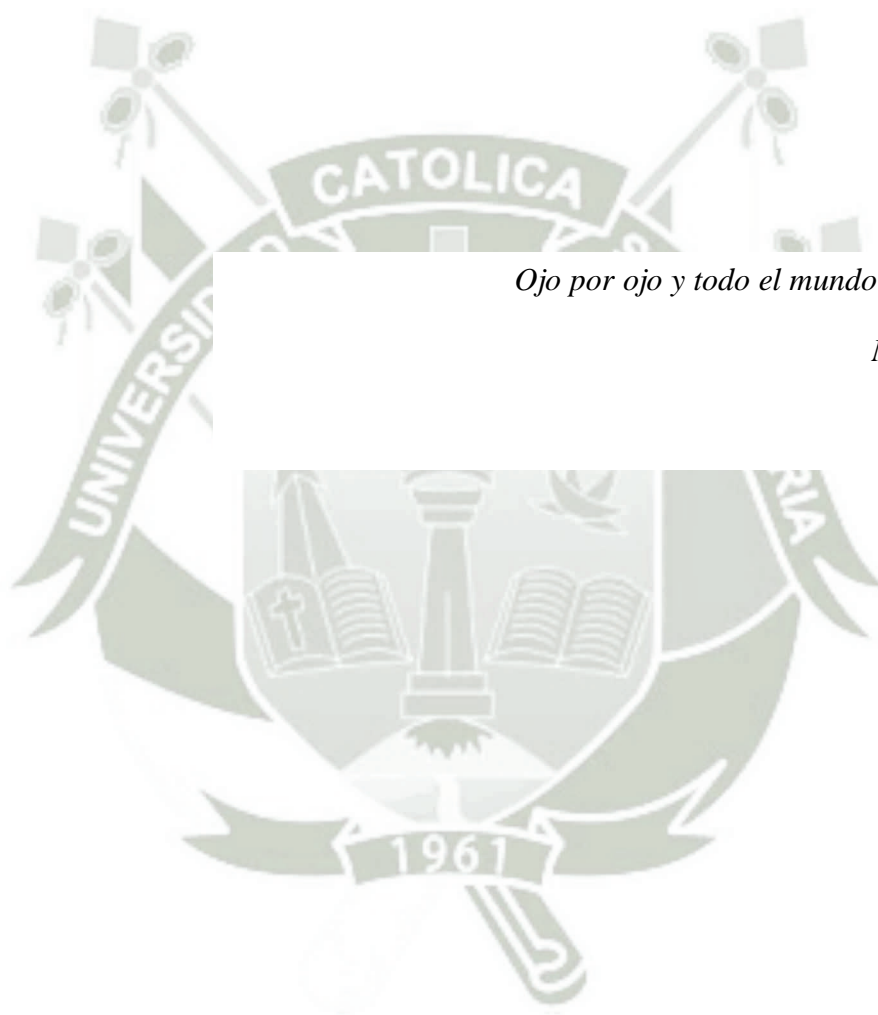
Diseño Metodológico

Diseño de investigación.....	51
Instrumento de habilidades sociales.....	51
Validez y confiabilidad.....	52
Instrumento de conductas sexuales de riesgo.....	53
Población y muestra.....	54
Estrategia de recolección de datos.....	56
Criterios de procesamiento de información.....	56

Capítulo III

Resultados

Resultados.....	58
Discusión.....	77
Conclusión.....	81
Sugerencias.....	83
Limitaciones.....	84
Referencias.....	85
Anexos.....	90



Ojo por ojo y todo el mundo acabará muerto.

Mahatma Gandhi



A mis padres,

A mi hermano.

Resumen

En el siguiente trabajo de investigación se estudiaron las habilidades sociales y conductas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios para lo cual se administró dos encuestas para buscar la relación o una dependencia entre las dos variables. Se aplicaron las encuestas a 521 estudiantes universitarios, entre hombres y mujeres de los tres primeros semestres de la Universidad Católica de Santa María, de una población de 8481 estudiantes. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre habilidades sociales y conductas sexuales de riesgo, pero se encontraron datos sobresalientes en el inicio de relaciones coitales, ITS, y embarazo.

Palabras clave: Habilidades Sociales, Conductas Sexuales de Riesgo

Abstract

The following research studied social skills and sexual risk behavior in young university to which was administered two surveys to find the relationship or dependence between the two variables. This battery was administered to 521 college students, men and women of the first three semesters of the Catholic University of Santa Maria, in a population of 8481 students. There was no statistically significant relationship between social skills and sexual risk behaviors, but outstanding data found in the beginning of sexual activity, STIs, and pregnancy.

Keywords: Social Skills, Sexual Risk Behaviors



CAPÍTULO I

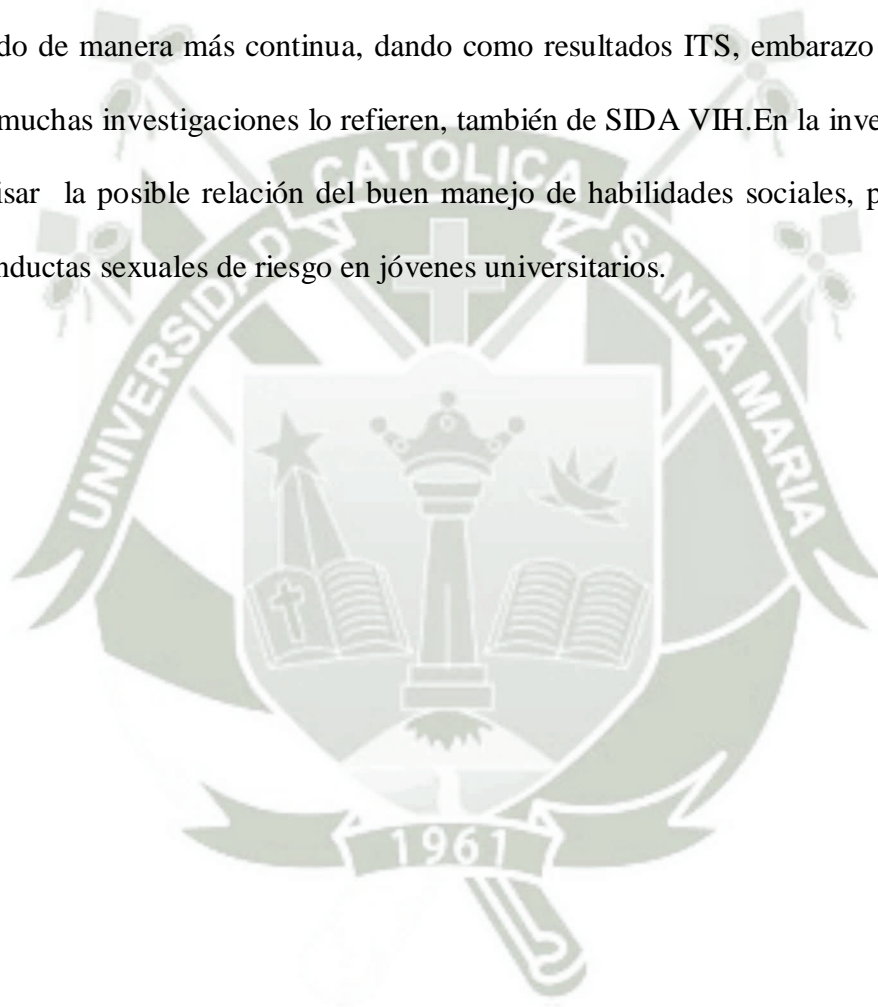
Marco Teórico

Introducción

El presente estudio, tiene por finalidad contribuir al conocimiento del desarrollo de habilidades sociales en jóvenes universitarios, cuyas edades fluctúan entre los 16 y 21 años, y algunos de más edad, dándose excepciones en la muestra, y su influencia en la incidencia de conductas sexuales de riesgo.

Reconociendo que no somos seres aislados, y que las habilidades sociales tienen gran influencia en la relación que llevan los adolescentes con otras personas, es también importante mencionar que vivimos en un mundo en el que la capacidad de comunicarse efectivamente es cada vez más necesaria y a su vez más difícil. Evidencia de ello es el panorama diario que muchos de nosotros observamos y experimentamos en diversos ámbitos; ya que no es ajeno ver en los medios de comunicación las constantes disputas políticas y económicas entre los gobernantes; al mismo tiempo que en muchas familias reinan factores como malos entendidos, discusiones y relaciones negativas entre sus miembros. Además de mencionar también los propios problemas que muchos tenemos debido a nuestra incapacidad para expresarnos de la mejor manera en las relaciones interpersonales que entablamos en el diario vivir, pues resulta difícil en contadas situaciones controlar por ejemplo “las expresiones de molestia o disconformidad”, “decir no” e interrumpir acertadamente interacciones que no gozan de nuestro agrado, al mismo tiempo que “hacer peticiones” o “expresar nuestros pensamientos y sentimientos”, se convierte a veces en una tarea muy difícil dependiendo del contexto en que nos encontremos. (Bermúdez y Gallegos 2003).

Podríamos inferir que dependiendo de cómo hayan sido cultivadas estas habilidades sociales, el adolescente será capaz de evitar o no conductas sexuales que pongan en riesgo su salud, tanto de manera física como psicológica; éstas conductas son conocidas como riesgosas. No se han encontrado investigaciones que estudien ésta relación; sin embargo, sí se cuenta con investigaciones, en las cuales las habilidades sociales tienen gran influencia o interactúan con otras variables. En el caso de las conductas sexuales de riesgo, éstas se van desarrollando de manera más continua, dando como resultados ITS, embarazo adolescente y como en muchas investigaciones lo refieren, también de SIDA VIH. En la investigación se busca precisar la posible relación del buen manejo de habilidades sociales, para evitar o afrontar conductas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios.



Problema de investigación

¿Cuál es la relación entre habilidades sociales y conductas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios?

Variables

Variable independiente. Habilidades sociales:

La conducta asertiva o socialmente habilidosa es el conjunto de respuestas verbales o no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de los cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencia, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ellos en los demás, que trae como consecuencia el autoreforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo.

Se medirán a través de: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (Gismero, 2002).

Variable dependiente. Conductas sexuales de riesgo:

En el campo del riesgo sexual, una conducta sexual de riesgo es la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA entre otros. (Espada-Sánchez, Quiles-Sebastián, & Méndez-Carrillo, 2003, citado en Gonçalves 2007).

Se miden a través de: inicio temprano de relaciones sexuales, el uso o no de anticonceptivos, número de compañeros sexuales después de la primera relación sexual, incidencia de embarazo en la adolescencia (aborto) y consumo de drogas asociadas a las relaciones sexuales.

Interrogantes Secundarias:

¿Será mayor el nivel habilidades sociales en las mujeres que en los hombres?

¿Será mayor el nivel de conductas sexuales de riesgo en las mujeres que en los hombres?

¿Cuál es la conducta sexual de riesgo más frecuente en jóvenes universitarios tanto en hombres como en mujeres?

Objetivo Principal

Determinar la relación entre habilidades sociales y conductas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios.

Objetivos Secundarios

Identificar si las mujeres poseen mayores habilidades sociales en comparación con los hombres.

Determinar si la incidencia en conductas sexuales de riesgo es mayor en las mujeres que en los hombres.

Identificar cual es la conducta sexual de riesgo más frecuente en jóvenes universitarios, tanto hombres como mujeres.

Relacionar las conductas de riesgo con las habilidades sociales en los jóvenes universitarios.

Identificar que habilidades sociales están más desarrolladas en los estudiantes, tanto en varones como en mujeres.



Antecedentes Teóricos- Investigativos

El ser humano como ser social

La relación del individuo se ha descrito como una comparación “El hombre no puede existir sin la sociedad como tampoco sin oxígeno, agua, albumina, grasas, etc. Como éstas, la sociedad es una de las condiciones más necesarias para la existencia”, es por esto que se concluye que el ser humano por naturaleza es un animal social.

Con relación a esto Hidalgo y Abarca (1999) plantean que el hombre vive en un continuo aprendizaje y desarrollo en el que se va dando una constante interacción entre su programación genética y su medioambiente. Por consiguiente, el hombre es un ser social por naturaleza y necesita del entorno para alcanzar su desarrollo íntegro.

Resulta importante entonces, el desarrollo de las habilidades sociales que permitan al hombre un nivel de relación interpersonal, satisfactorio y efectivo.

Así pues también señalan que el comportamiento social constituye un aprendizaje continuo de patrones cada vez más complejos que incluyen aspectos cognitivos, afectivos, sociales, y morales que se van adquiriendo a través de un proceso de maduración y aprendizaje en permanente interacción con el medio social.

El desarrollo social tiene como meta, lograr un nivel de autonomía personal que permite la propia autoafirmación, junto con el actuar, comprender la interdependencia entre las personas y su grupo social.

Partiendo desde un enfoque evolutivo, Berwart y Zegers (1980, citado por Hidalgo y Abarca, 1999) afirman que el hombre espera alcanzar ciertas tareas y metas en el lado

interpersonal durante el transcurso del desarrollo. Tomando como ejemplo el periodo escolar del niño, éste debería aprender las conductas sociales esperadas en él, adquisición de roles y jerarquización de sus conductas según las normas de convivencia y regulación social. En el caso de un adolescente, también se debe lograr ciertas conductas interpersonales que le impone el medio social. Debe adquirir destrezas sociales heterosexuales, lograr relaciones interpersonales afectivas cercanas con el otro sexo, extender sus habilidades sociales a contextos más abiertos como el trabajo, la universidad entre otros.

Tomando en cuenta la teoría del aprendizaje social, este sostiene que el funcionamiento psicológico y el desarrollo social, responde a la interacción recíproca de diversos factores ambientales y personales, que permiten que se produzca el aprendizaje del comportamiento social.

Dentro de las teorías de la inteligencia, existen autores que consideran que el desarrollo social y las habilidades sociales, responderían a cierto tipo de inteligencia. Gardner (1983, citado por Hidalgo y Abarca 1999) plantea que existiría una “inteligencia intrapersonal”, la cual permitiría a una persona tener un mayor conocimiento y análisis de su propias claves afectivo – sociales, y una “inteligencia interpersonal”, que le permitiría la captación del sutil lenguaje interpersonal.

La conducta social que se desarrolla en interacción con el contexto social está fuertemente determinada por las características de dicho contexto; valores, normas y roles, las mismas que definen una determinada cultura. De ello, se puede afirmar que el comportamiento social tiene características propias del grupo social y dela cultura (Hidalgo y Abarca, 1999).

Habilidades sociales

Orígenes y desarrollo del concepto de habilidad social

Durante muchos años ha sido difícil encontrar una definición de “habilidades sociales” ya que intervenían muchos otros factores; se ha dado una serie de evoluciones de diferentes términos hasta llegar al de habilidades sociales. En un primer momento Salter (1958, citado en Camacho y col, 2005) instauró la expresión “personalidad excitatoria” que más tarde Wolpe (1958, citado en Camacho y col, 2005) sustituiría por la de “conducta asertiva”. Posteriormente, algunos autores propusieron cambiar aquella por otra nueva como “libertad emocional” (Lazarus 1971, citado en Camacho y col. 2005) y “efectividad personal” (Lieberman, 1975, citado en Camacho y col, 2005).

Hops (1976, citado en Clavijo y col, 2005) afirma que la habilidad para iniciar y mantener una interacción social positiva con los demás es considerada por muchos como una consecución esencial del desarrollo.

Gismero (2002) agregó que en la década de los 70 aparecieron numerosas publicaciones sobre el tema, que muestran el auge que este va adquiriendo dentro del estudio de la modificación de la conducta. Se estudia la “conducta asertiva” y se investiga sobre tratamientos o programas de entrenamiento efectivos para reducir el déficit de la asertividad o habilidades sociales.

Gismero (2002) agrega también que en la década de los 70 aparecen diversos cuestionarios para medir la conducta asertiva, así como también una gran cantidad de libros, con carácter más bien divulgativo, en los que se aplican los resultados de las investigaciones y se enseñan técnicas de entrenamiento asertivo. Esto nos da la idea no sólo del interés creciente

por parte de los investigadores, sino de que existen ya gran cantidad de técnicas sistematizadas que despiertan el interés del público en general.

Posteriormente ingresan la “competencia social”, que desde la psicología social, investigaron con adultos institucionalizados y observaron que cuanto mayor era la competencia social previa de los pacientes internados en el hospital, menor era la duración de su estancia en él y más baja su tasa de recaída. El nivel de competencia social anterior a la hospitalización era mejor predictor del ajuste posthospitalización que el diagnóstico psiquiátrico o el tipo concreto de tratamiento recibido en el hospital (Zigler y Phillips 1960, citado por Gismero 2002).

A partir de los años 50, aumentó el interés por el estudio de las habilidades sociales y su entrenamiento en el campo de la psicología social, psicología del trabajo; realizándose así, varios estudios en los que fueron ampliamente repetidos e incorporados a curso de entrenamiento. Históricamente se menciona que en Inglaterra se realizaron importantes investigaciones de laboratorio sobre los procesos básicos de interacción social.

Se puede decir entonces, que la investigación de las habilidades sociales ha tenido orígenes diferentes tanto en Estados Unidos como en Inglaterra. Como señala Furnham (1985, citado por Gismero, 2002) “Mientras que en Estados Unidos el entrenamiento de las habilidades sociales está firmemente enraizada en la Psicología Clínica y de consulta, en Inglaterra y en Europa la investigación de las habilidades sociales le debe más a la Psicología Ocupacional y a la Psicología Social. Estos diferentes orígenes aún se reflejan en el trabajo hecho por los investigadores de las habilidades sociales a ambos lados del Atlántico” (Gismero, 2002).

Definición de habilidad social

Cabe precisar que se han presentado grandes problemas a la hora de definir una conducta socialmente habilidosa.

Libet y Lewinsohn (1973, citados en Clavijo y col, 2005) hablan de las habilidades sociales como la capacidad para comportarse de una forma que es recompensada y de no comportarse de forma que uno sea castigado o ignorado por los demás.

La habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural predeterminado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de unas mismas culturas, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Además el grado de eficacia mostrado por una persona dependerá de lo que se desea lograr en la situación particular en la que se encuentre. La conducta considerada apropiada en una situación puede resultar siendo inapropiada en otra. Al respecto Wilkinson y Carter (1982), citados en Caballo, 1997) mencionan que le individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción. Claramente, no puede haber un criterio absoluto de habilidad social.

Podemos mencionar a Gismero (2002) quien con relación a lo expuesto recalca lo que se entiende por conducta asertiva, o por habilidad social, según la revisión bibliográfica elaborada, donde hace mención de ciertas dificultades en ambos órdenes:

Señala en primer lugar el nivel de especificidad en la definición, pues según la menor o mayor especificidad que se le dé al contenido del término “comportamiento asertivo” o “aserción”, muchos autores lo identifican con el de “habilidades sociales”. Resulta complicado definir de manera unitaria qué es una conducta socialmente habilidosa, puesto que depende del contexto cultural en que se desarrolle, aún dentro de ésta, de la educación,

del nivel social, la edad y sexo. Así mismo dos personas pueden actuar de distinta forma ante situaciones parecidas o una misma persona comportarse de distinta manera en situaciones parecidas y considerarse ambas respuestas socialmente adecuadas.

A su vez, Matson y Ollendick (1988) mencionan que existe mucha confusión con respecto a cual son las habilidades sociales y cómo podrían ser definidas. La característica positiva de ésta confusión ha sido que un gran grupo de disciplinas profesionales como el trabajo social, educación, educación especial, psicología escolar, etc.; se interesaron en el estudio de soluciones para este problema. También los investigadores de diversas orientaciones teóricas han tenido intereses en este tópico, incluyendo psicólogos del comportamiento, psicólogos escolares, psiquiatras y educadores.

Aunque no existen “criterios” absolutos, una conducta socialmente habilidosa sería la que posibilitara a un individuo a relacionarse adecuadamente con las personas de su entorno. Este sería el común denominador en el concepto, puesto que en la mayoría de las definiciones hacen referencia a las “Habilidades sociales como un conjunto de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales”.

En consecuencia, podemos citar las siguientes definiciones:

Según la Asociación Americana de Retraso Mental (2002, citado en Lescano 2003) las habilidades sociales son las que se relacionan con los intercambios sociales que se realizan con otras personas. Por tanto incluyen:

- Iniciar, mantener, y finalizar una interacción con otros
- Comprender y responder a los indicios situacionales pertinentes
- Reconocer sentimientos, proporcionar realimentación positiva y negativa

- Regular la propia conducta
- Ser consciente de los iguales y de la aceptación de éstos
- Calibrar la cantidad y el tipo de interacción a mantener con otros
- Ayudar a otros
- Hacer y mantener amistades y relaciones de pareja
- Responder a las demandas de los demás
- Elegir, compartir
- Entender el significado de la honestidad y de la imparcialidad
- Controlar los impulsos
- Respetar normas y leyes y adecuar la conducta a éstas
- Mostrar un comportamiento sociosexual adecuado

Por otro lado, se adquieren las habilidades sociales a través del aprendizaje, y este puede ser mediante la observación, imitación y ensayo de la información, que incluyen comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos y que suponen iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas.

Podemos añadir también algunas otras concepciones de conducta socialmente habilidosa citadas por Caballo (1997) como son:

“La capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás” (Libet y Lewinsohn, 1973, citado por Caballo 1997).

“La conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos” (Rimm, 1974, citado por Caballo 1997).

“La habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo” (Rich y Schroeder, 1976, citado por Caballo 1997).

“La expresión adecuada, dirigida hacia otras personas, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad” (Wolpe, 1997, p. 96, citado por Caballo 1997).

“La conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás” (Alberti y Emmons, 1978, p. 2, citado por Caballo 1997).

“El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos, etc. con los demás en un intercambio libre y abierto” (Philips, 1981, p. 113, citado por Caballo 1997).

“La capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada (eficacia en los objetivos) mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (eficacia en la relación) y mantiene la propia integridad y sensación de dominio (eficacia en el respeto a uno mismo)” (Linehan, 1984, p. 153, citado por Caballo 1997).

Se puede observar que en las primeras definiciones resaltan el contenido, luego una serie de ellas consideran el contenido y las consecuencias del comportamiento. El “contenido” se refiere principalmente a la expresión de la conducta (opiniones, sentimientos, deseos, etc.) mientras que las “consecuencias” aluden principalmente al refuerzo social. Caballo (1997) considera que es necesario tener en cuenta tanto el contenido como las consecuencias al definir la conducta socialmente habilidosa. Por ello propone una definición que resalta el concepto de “expresión” y no olvida el de reforzamiento pero sin que sea un requerimiento. Señala que “La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

Podemos mencionar también el concepto que ofrece Gismero (2002) acerca de lo que se entiende como conducta asertiva socialmente habilidosa:

“La conducta asertiva o socialmente habilidosa es el conjunto de respuestas verbales o no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de los cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencia, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ellos en los demás, que trae como consecuencia el auto reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo”

Esta definición encajaría con lo que algunos autores llaman conducta asertiva y con lo que otros prefieren denominar habilidad social en base a la mayor implantación del término.

Modelos Teóricos

Se distinguen dos grandes corrientes teóricas, unas que provienen de la Psicología Clínica y otras que provienen de la Psicología Social. Siguiendo a la historia, vemos que se desarrolló primero en el ámbito de la Psicología Social, a partir del proceso de interacción social, a partir del proceso de percepción social, la interacción en grupos y la medición de las preferencias por cierto miembros de un grupo. Hidalgo y Abarca (1999) hacen referencia a los distintos modelos teóricos que ya definieron diferentes aspectos de las habilidades sociales, manifestando así que en la abundante literatura es poco fácil encontrar una definición única o que no caiga en serias discrepancias.

Los modelos citados por Hidalgo y Abarca (1997) son:

Modelo derivado de la Psicología Social: teoría de los roles

Fernández y Carroble (1981, citado en Hidalgo y Abarca 1997) definen las habilidades como la “capacidad de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general; especialmente aquellos que provienen del comportamiento de los demás”. A esta definición complementa interaccionar el concepto de rol en el sentido que las habilidades sociales exigen la captación y aceptación del rol del otro y del otro generalizado y la comprensión de los elementos simbólicos asociados a sus reacciones tanto verbales como no verbales, en definitiva, se refiere al papel que juegan las expectativas dirigidas al propio rol y al rol de los otros.

Modelo de aprendizaje social

Este modelo plantea que las habilidades sociales se aprenden por medio de experiencias interpersonales directivas o vicarias, las cuales son mantenidas y/o modificadas por las consecuencias sociales de un determinado comportamiento. El refuerzo social tiene un valor informativo y de incentivo en las subsecuentes conductas sociales. El comportamiento de otros constituye una retroalimentación de la persona acerca de su propia conducta.

Este enfoque incluye el modelo de Aprendizaje Social – Cognitivo, demostrando cómo la conducta social esta mediada por diversos factores cognitivos, tales como las expectativas, atribuciones, creencias, mecanismos de procesamiento de la información, métodos de resolución de problemas, etc. Este modelo recalca el entrenamiento en resolución de problemas, el cual plantea que el desarrollo de las intervenciones clínicas y las estrategias de prevención debencentrarse en la facilidad de la competencia social.

Modelo Cognitivo

Ladd y Mize (1983) definen las habilidades sociales como la habilidad para “organizar cogniciones y conductas en un curso integrado de acción dirigido hacia metas interpersonales o sociales que sean culturalmente aceptadas”. Para un funcionamiento social efectivo se mencionan tres aspectos importantes: Conocer la meta apropiada para la interacción social, conocer las estrategias adecuadas para llegar al objetivo social y conocer el contexto en el cual una estrategia específica puede ser apropiadamente aplicada. Se sostiene también que no basta conocer las conductas, sino se ve necesario poder interpretarlas por lo cual se enfatiza la importancia de ciertos factores comunicacionales y su relación con valores, mitos y normas culturales que determinen también que la persona lleve a cabo o no una determinada conducta.

Modelo de Percepción Social

Argyle (1978) destaca en su modelo de habilidades sociales los procesos de la selectividad de la información que cada persona realiza en la interacción social y la posterior interpretación que hace de dicha información.

Trower (1980) afirma la importancia de ciertos componentes de habilidades sociales: gestos, sonrisas, tiempo de latencia en la respuesta, y el proceso de interacción social, que se refiere a la habilidad individual para generar una conducta adecuada a las reglas y metas en respuesta a la retroalimentación social.

Componentes de la Habilidad Social

Kerlinger (1973, citado por Caballo, 1997) señala que dentro de las ciencias sociales existe el problema molar - molecular en cualquier procedimiento de evaluación. Es así que Caballo (1997) menciona que la concepción conductual de la habilidad social ha enfatizado estos dos mismos niveles de análisis. Las categorías molares son tipo de habilidad general como la defensa de los derechos, la habilidad heterosocial o la capacidad de actuar con eficacia en las entrevistas laborales. Se supone que cada una de estas habilidades depende del nivel y la forma de una variedad de componentes moleculares de respuesta, como el contacto ocular, el volumen de la voz, o la postura. Este análisis a dos niveles ha sido una fuente de confusión sobre qué se deberá evaluar concretamente. Algunos investigadores han obtenido de las categorías globales, otros han medido componentes específicos y otros han evaluado los dos.

El enfoque molar evita evaluaciones objetivas específicas, a favor de evaluaciones generales subjetivas. Estas impresiones subjetivas proporcionan una medida de cómo el

sujeto impacta en los demás. Su principal desventaja consiste en que no indican qué es lo que, específicamente, está haciendo bien o mal el sujeto. Pero dado a que el propósito de la evaluación y el entrenamiento está ligado en último término a cómo afectan los sujetos a los demás, las evaluaciones cualitativas son fundamentales.

El enfoque molecular está unido al modelo conductual de la habilidad social. La conducta interpersonal se divide en elementos y componentes específicos. Todos estos elementos son medidos de forma muy objetiva, como el número de sonrisas y número de segundos de contacto ocular. Estas medidas son altamente fiables y poseen una buena validez. Sin embargo se pueden notar algunos problemas importantes en este enfoque. La cuestión más seria se refiere en qué grado es significativo medir esas características de respuestas estáticas, discretas. El impacto social está determinado no por el número de segundos de contacto ocular o por el número de perturbaciones del habla, sino por un complejo patrón de respuestas que tienen lugar en conjunción con las de otra persona en interacción. De esta manera, la estrategia molecular de medición podría producir un bonito conjunto de datos pero sin valor. Otra cuestión es, que elementos moleculares constituyen una determinada conducta molar.

Sólo últimamente se han empezado a analizar las habilidades sociales de forma sistemática en un esfuerzo por determinar con precisión qué elementos componentes de la conducta habilidosa tomando como fuente de la psicología social y más concretamente basándose en los estudios realizados en el campo de la comunicación interpersonal, estudios experimentales que han mostrado la importancia de determinados elementos verbales y no verbales en el campo de la interacción social.

También se plantearía el tema de cómo se relacionan entre sí los componentes moleculares para producir una conducta molar habilidosa. En lo anteriormente descrito acerca de los componentes de las habilidades sociales se observa que básicamente se toma como referencia los elementos conductuales, observables. No obstante, desde hace unos años se ha dado un progresivo auge en la consideración de la “conducta encubierta”, es decir, pensamientos, creencias, procesos cognitivos, etc. de los individuos (Caballo, 1997).

Por consiguiente Caballo (1997) nombra los siguientes componentes de las habilidades sociales:

Componentes conductuales:

1 Componentes no verbales:

- Mirada
- La dilatación pupilar
- La expresión facial
- Las sonrisas
- La postura corporal
- La orientación corporal
- Los gestos
- Movimientos de las piernas / pies
- Movimientos de la cabeza
- Las automanipulaciones
- Distancia / proximidad
- El contacto físico

- La apariencia personal

- El atractivo físico

2 Componentes paralingüísticos:

- La latencia

- El volumen

- El timbre

- El tono y la inflexión

- La fluidez

- El tiempo del habla

- Claridad

- Velocidad

3 Componentes verbales:

- Elementos del habla

- Habla egocéntrica

- Las instrucciones

- Las preguntas

- Comentarios

- Charla informal

- Expresiones ejecutivas

- Costumbres sociales

- La expresión de estados emocionales

- Mensajes latentes

- La conversación

4 Los elementos ambientales

- Ubicación del lugar.
- Comodidad

Componentes cognitivos:

Percepción sobre ambientes de la comunicación

- Percepciones de formalidad
- Percepciones de un ambiente cálido
- Percepciones de ambiente privado
- Percepciones de familiaridad
- Percepciones de restricción
- Percepciones de la distancia

Competencias Cognitivas

- Conocimiento de la conducta habilidosa apropiada
- Conocimiento de las costumbres sociales
- Conocimientos de las diferentes señales de respuesta
- Saber ponerse en el lugar de la otra persona
- Capacidad de solución de problemas

Componentes Fisiológicos

- La tasa cardíaca
- La presión sanguínea
- El flujo sanguíneo
- Las respuestas electrodermales

- La respuesta electromiográfica
- Respiración

Por otro lado, García y Magaz (1996) clasifican a las habilidades sociales en tres aspectos y / o componentes fundamentales:

Cognitivas

Percepción – identificación de necesidades, preferencias, gustos en uno mismo y en los demás.

Percepción – identificación y discriminación de conductas socialmente deseables.

Habilidad de resolución de problemas mediante el uso del pensamiento alternativo, consecuencial y relacional: medios – fines.

Auto-regulación (por medio del auto-refuerzo y el auto-castigo).

Percepción-identificación de estados de ánimo en uno mismo y en los otros.

Emocionales

Expresión y control adecuado de diversas emociones: ira, alegría, tristeza, frustración, vergüenza, asco.

Instrumentales

Conductas verbales: inicio y mantenimiento de conversaciones, formulación de preguntas y respuestas a preguntas.

Alternativas a la agresión. Rechazo de provocaciones. Negocios de conflictos.

Conductas no verbales: Postura, tono de voz, intensidad, ritmo, gestos y contacto visual.

Factores de las habilidades sociales según Gismero

Autoexpresión en situaciones sociales

Este factor refleja la capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea, y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales: entrevistas laborales, tiendas y lugares oficiales, en grupos y reuniones sociales, etc. Obtener una alta puntuación indica facilidad para las interacciones en tales contextos, para expresar las propias opiniones y sentimientos, hacer preguntas, etc.

Defensa de los propios derechos como consumidor

Una alta puntuación refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo (no dejar “colarse” a alguien en una fila o en una tienda, pedir a alguien que habla en el cine que se calle, pedir descuentos, devolver un objeto defectuoso, etc.).

Expresión de enfado o disconformidad

Bajo este factor subyace la idea de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas; una puntuación alta indica la capacidad expresar enfado, sentimientos negativos justificados o desacuerdo con otras personas. Una puntuación baja indicaría la dificultad para expresar discrepancias y al preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás (aunque se trate de amigos o familiares).

Decir no y cortar interacciones

Refleja la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener (tanto con un vendedor, como con amigos que quieren seguir charlando en un momento en que queremos interrumpir la conversación, o con personas con las que no se desea seguir saliendo o manteniendo una relación), así como el negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. Se trata de un aspecto de la aserción en que lo crucial es poder decir “no” a otras personas, y cortar las interacciones - a corto o a largo plazo –que no se desean mantener por más tiempo.

Hacer peticiones

Esta dimensión refleja la expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos, sea a un amigo (que nos devuelva algo que le prestamos, que nos haga un favor), o en situaciones de consumo (en un restaurante no nos traen algo como lo pedimos y queremos cambiarlo, o en una tienda nos dieron mal el cambio). Una puntuación alta indicaría que la persona que la obtiene es capaz de hacer peticiones semejantes a estas sin excesiva dificultad, mientras que una baja puntuación indicaría la dificultad para expresar peticiones de lo que queremos, a otras personas.

Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto

El factor se define por la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto (una conversación, pedir una cita...) y de poder hacer espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que te resulta atractivo. En esta ocasión se trata de intercambios

positivos. Una puntuación alta indica facilidad para tales conductas, es decir, iniciativa para iniciar interacciones con el sexo opuesto, y para expresar espontáneamente lo que nos gusta del mismo. Una baja puntuación indicaría dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad tales conductas.

En cuanto a investigaciones realizadas dentro del mismo entorno cultural y social, realizadas dentro del mismo ambiente en el cual se desea aplicar esta investigación, podemos encontrar los siguientes:

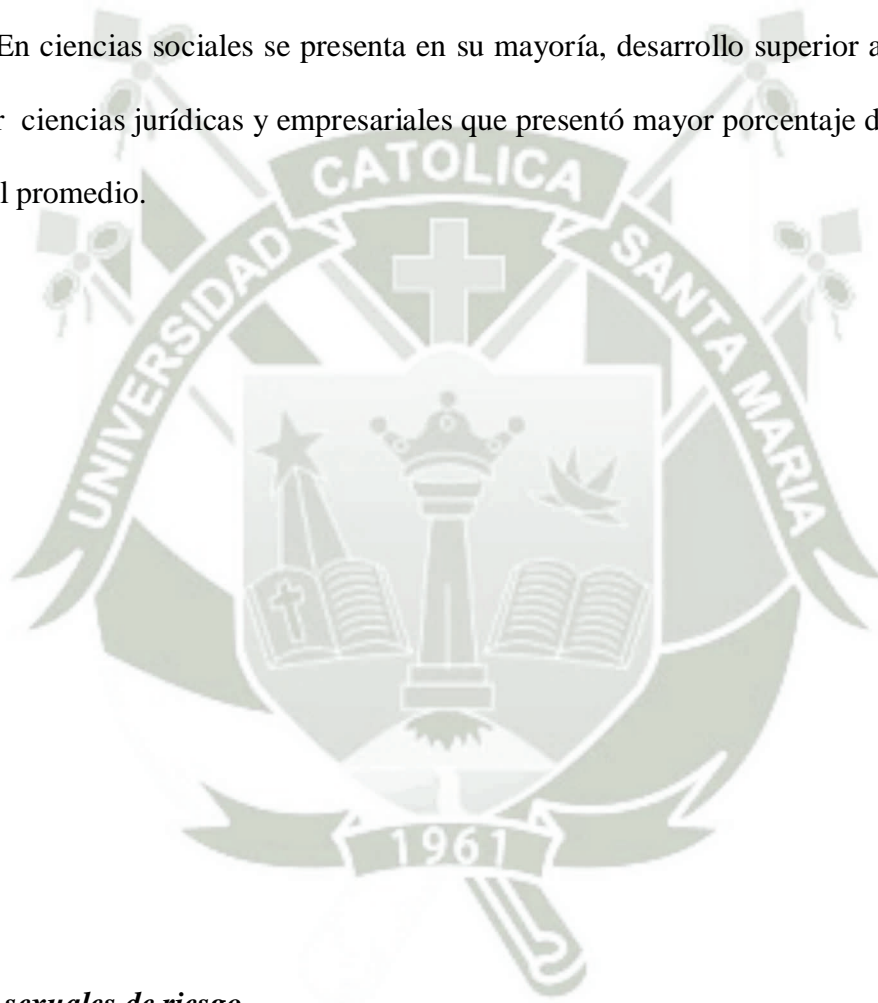
Pezo (2012) investiga las habilidades sociales aplicada a los alumnos del octavo semestre de la facultad de enfermería de la Universidad Católica de Santa María, basándose en el instrumento de Escala de Evaluación de Habilidades Sociales del MINSA 2009, dió como resultado que en cuanto a asertividad y autoestima los estudiantes alcanzan la categoría medianamente alto y alto, respectivamente; y en cuanto a comunicación y toma de decisiones alcanzan la categoría bajo.

Por otro lado, Bermudez y Gallegos (2003), en su investigación sobre habilidades sociales en adolescentes mayores hombres y mujeres (de 17 a 20 años), realizada en la Universidad Católica de Santa María, demostraron que las habilidades más desarrolladas por los adolescentes varones son “expresión de enfado o disconformidad” (54.2%) e “iniciar interrelaciones positivas con el sexo opuesto” (52.2%); mientras que las mujeres obtuvieron en la mayoría de dimensiones puntajes altos con excepción de la “habilidad a hacer peticiones”, donde el 51.3% obtuvo un nivel inferior al término medio.

El principal hallazgo y el motivo más relevante del estudio es que el 55.2% de varones alcanza “nivel de inferior al término medio”; y el 59.1% de mujeres “nivel término medio y superior” con respecto al perfil global de habilidades sociales, encontrándose diferencias

estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, comprobando así su hipótesis planteada, de que las adolescentes mayores mujeres alcanzan un nivel de desarrollo en su habilidades sociales más elevado que los adolescentes mayores hombres, planteada al inicio de la investigación.

Carrera y Rodríguez (2011) en su investigación de habilidades sociales en estudiantes universitarios, mencionan que los resultados dieron como promedio superior o superior al promedio. En ciencias sociales se presenta en su mayoría, desarrollo superior al promedio; seguido por ciencias jurídicas y empresariales que presentó mayor porcentaje de resultados inferiores al promedio.



Conductas sexuales de riesgo

Consideraciones psicosociales de la sexualidad

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones sobre la sexualidad, pero cada persona las experimenta de distinta forma, porque es individual. Se trata de un

aspecto que proviene tanto de experiencias personales y particulares como de causas sociales.

No es posible comprender la sexualidad humana sin reconocer su carácter de multiplicidad; no obstante al estudiar la sexualidad desde diversas facetas, hay que tener en cuenta que para comprenderla es necesario conocer al individuo y la compleja naturaleza del ser humano.

Modelos de la Sexualidad

En este punto, se puede señalar, aquellas teorías que han influenciado en la comprensión de la sexualidad humana.

Modelo psicoanalítico

La sexualidad es la fuente motivadora de la conducta sexual. Está enraizada en lo biológico, es vivenciada como necesidad de búsqueda de placer, siendo imposible de escapar a su influencia y puede satisfacerse de múltiples formas: sublimarse, reprimirse o sufrir fijaciones, regresiones, desplazamientos, etc. En efecto, el objeto del deseo sexual es lo más variable de la pulsión (Lamas, 2001).

Modelo sociológico

Ira Reiss ha propuesto un modelo explicativo de la sexualidad a nivel social. La propuesta parte del concepto de guión sexual propuesto por Simon Ygagnon (1984, citado en Lamas, 2001) extendiéndolo a nivel cultural. El guión es una especie de código compartido con los

miembros de un grupo, es un modelo de interacción conformado por papeles o roles sociales.

Propone entender la sexualidad como el conjunto de guiones culturales compartidos acerca de las conductas de excitación erótica que se supone inducen a la excitación erótica y a las respuestas genitales. Según Reiss (1985, citado en Lamas, 2001) toda conducta erótica tiene dos consecuencias universales: está revestida de importancia cultural, conlleva a la formación de vínculos entre los participantes; en cuanto que: es indispensable que los participantes muestren sus partes ocultas y generalmente, hay una cualidad placentera en la experiencia.

La sexualidad así entendida se relaciona directamente con tres instituciones sociales:

- 1 Los roles genéricos a través de su función como filtros de poder.
- 2 La estructura de celos que en cada sociedad regula con precisión quienes y con quién se tiene acceso a la actividad erótica y que se traduce en la estructuración social de parentescos.
- 3 Las conceptualizaciones sociales de normalidad sexual, que se traducen en ideologías reguladores de la conducta sexual, de su importancia y de las vinculaciones sexuales.

La adolescencia

A la adolescencia le solemos aplicar el estereotipo de crisis. La idea social predominante de la adolescencia es que es un periodo de rebeldía, conflictos con los padres y los adultos, lucha por conseguir una independencia que le es negada, desequilibrios emocionales y

sociales, etc. Este estereotipo es sólo verdad en algunos casos. Los adolescentes se caracterizan por vivir de forma muy diversa su adolescencia. Todos comparten una serie de cambios fisiológicos, sociales, sexuales, etc., pero la forma de vivirlos es completamente distinta de unos a otros.

Podemos hablar de una crisis evolutiva, pero únicamente si entendemos por crisis la existencia de cambios y readaptaciones importantes, no si entendemos por ella un periodo tumultuoso y necesariamente conflictivo. Cada adolescente vive y se adapta a estos cambios de forma diversa dependiendo de diferentes factores difíciles de determinar.

Pero también puede entenderse la adolescencia como una crisis cultural, provocada por la forma en la que les hace vivir durante este periodo y la oferta que la sociedad les presenta en cuanto a futuros adultos.

En el campo de la sexualidad, aunque hay muchos que cambian y acceden a nuevas experiencias con naturalidad viviendo un periodo de relaciones de amistad e intimidad de diferente tipo de forma tan gozosa que pueden llegar a estar entre los mejores recuerdos de su vida, los hay también quienes tienen experiencias impuestas por los demás, como es el caso de los abusos sexuales, desengaños que los dejan heridos durante años y amores verdaderamente tormentosos; o se ven involucrados en conductas de riesgo que les llevan a sufrir embarazos no deseados y otras consecuencias que les hacen sufrir y les obligan a tener experiencias verdaderamente duras (López, 1999).

Concepto de conductas sexuales de riesgo

Arango (2008) menciona el comportamiento sexual responsable como aquel que se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar.

Refiere también que una persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación.

Se puede deducir entonces que una de las definiciones de la conducta sexual de riesgo es aquella que no cumple con la definición anterior, el resultado sería este, la conducta sexual de riesgo o no responsable, es aquella que se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por la falta de autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar.

En cuanto a relaciones sexuales sin riesgo, esta expresión se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH.

En el campo del riesgo sexual, una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA (Espada-Sánchez, Quiles-Sebastián, & Méndez-Carrillo, 2003, citado en Gonçalves 2007).

Debido a que la adolescencia es un período crucial para la salud porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para la salud (Benthin, Slovic, & Severson, 1993; Gayet, Juárez, Pedrosa, & Magis, 2003, citado en Gonçalves 2007).

Por esto también podemos mencionar que los cambios físicos, psicológicos y sociales que experimenta el adolescente hacen que se den conflictos individuales y de interacción por el proceso de adaptación, a su vez, recibe presiones, tiene ciertas limitaciones y no cuenta con las habilidades suficientes para afrontarlo (GoñiGrandmontage, 2000; Moreno, Vacas y Roa, 2000 citado en Uribe, 2005).

Diferentes autores han establecido que las conductas de riesgo pueden estar relacionadas con variables cognitivas, variables conductuales, variables sociales y variables culturales (DiClemente et al., 2002; Kalichman, 1998, citado en Uribe 2005)

Soto (1988) refiere que la conducta sexual es aquello que lleva a cabo el sujeto en lo que observamos en la práctica sexual.

En las conductas sexuales de riesgo el comportamiento no transgrede normas sociales, sino que se vuelve al propio individuo causándole daños a su salud (Gonçalves, 2007).

Estudiante universitario

“Los aspectos más completos surgen cuando se considera al estudiante universitario ya no a nivel de individuos sino socialmente, a manera de un conjunto, que es lo que comúnmente se denomina “estudiantado universitario”. Este conjunto es observable y analizable ya que se constituye como un “ente social” con múltiples y diversas vivencias humanas que afectan a la sociedad global” (González, 2002).

En términos generales Hurlock (1980) sugiere que la adolescencia se inicia cuando el individuo accede a la madurez sexual y termina cuando se independiza legalmente de la autoridad de los adultos. Según este autor establecer con seguridad el comienzo de la adolescencia es difícil porque la edad de la madurez sexual es muy variable. Dando un promedio, la adolescencia se extiende desde los 13 años a los 18 años en las mujeres y desde los 14 a 18 – 20 años en los varones.

Freyre (1994) divide a la adolescencia en tres etapas: adolescencia temprana ubicada entre los 10 y 14 años aproximadamente; adolescencia intermedia, que comprende entre los 14 y 17 años, y finalmente la adolescencia avanzada que se encuentra entre los 17 y 21 años.

Según Freyre (1994), los estudiantes de 17 a 20 años entrarían en el grupo de adolescencia avanzada y estos poseen sus propias características como:

Desarrollo físico e imagen corporal. Se preocupan menos por sus cambios físicos pero la imagen corporal aun no está plasmada y tratan de ser lo más atractivos posibles para así atraer al sexo opuesto. El arreglo personal es muy importante en esta etapa ya que demuestra la inseguridad respecto a su físico y a su apariencia debido a que su imagen corporal no está completa aún.

Independencia. Se reduce el interés por la familia y se producen conflictos parentales por la indiferencia y la rebeldía es mayor. Menor control paterno y mayor deseo de independencia. Se da un mayor interés y dependencia por el grupo de amigos, nace la “subcultura adolescente” (normas y estilos de vestir, hablar, etc.) que todos imitan. Toman mayores riesgos para demostrar osadía y poder al grupo y a ellos mismos.

Identidad Se encuentra mejor desarrollada en esta etapa, la autoestima es más satisfactoria que anteriormente. La identificación con el grupo de amigos ayuda a afirmar la imagen e identidad personal. Tiene mayor capacidad empática, disminuye el narcisismo.

Escala de valores. Es mejor que en la adolescencia temprana sin embargo no se establece aún un código de valores propios, debido a la influencia del grupo realizan conductas no apropiadas y opuestas a los principios esperados socialmente.

Programación del futuro. Comienza un interés académico específico por ciertas materias y cierta proyección hacia el futuro, aún no muy clara.

Psicosexual y social. Mayor interés en actividades sociales heterosexuales. La identidad sexual ya se debe haber alcanzado plenamente. La sexualidad es muy intensa y poco ligada al afecto.

Retos y problemas típicos de la adolescencia. La mayoría de psicólogos coinciden en que el adolescente enfrenta básicamente dos dificultades: búsqueda de autonomía e interdependencia de sus padres; y la formación de la identidad.

Soto (1988) publicó una investigación sobre el comportamiento sexual del universitario peruano, tomando en cuenta también las actitudes de los estudiantes en cuanto a las prácticas sexuales, en la variable sobre el control de la natalidad, se observa que una de cada tres estudiantes en general está a favor del uso libre de anticonceptivos, pero se mantienen vigentes criterios conservadores de ningún método o sólo el ritmo en el sector femenino. La edad media de iniciación sexual del varón es muy temprana en promedio 15.8 años y la persona con la que se inició es en su mayoría una prostituta; en cambio las mujeres se inician más tardíamente, como promedio 20.5 y con su enamorado.

Relación de conductas sexuales de riesgo

Inicio temprano de relaciones sexuales

No es desconocido que los y las adolescentes creen que tener relaciones sexuales “de vez en cuando” no las expone al riesgo de embarazo, así como también todavía está muy arraigado en las muchachas el pensamiento de que si usan anticonceptivos y otros lo saben, las tacharán de fáciles o promiscuas, además de la presión de sus pares que si no tienen relaciones sexuales son tontas o raras, las lleva a iniciar actividad sexual precozmente para sentirse parte de un grupo que hable un mismo lenguaje y en muchas ocasiones para no sentirse aislados de sus coetáneos; lo mismo pasa con los adolescentes varones, quienes

muchas veces por exigencias de sus compañeros y por no quedar mal con sus amigos o grupo, se lanzan a una carrera sexual, obviando los riesgos a que esto conlleva.

Según Campo y cols (2004) en la investigación realizada en Colombia con 646 estudiantes, un total de 122 estudiantes informó haber tenido relaciones sexuales, de ellos 64 adolescentes manifestaron inicio de relaciones antes de cumplir catorce años.

La investigación sobre diferencias de género en comportamiento sexual adolescente se viene desarrollando desde mediados del siglo XX. Los resultados son clarísimos en cuanto a la confluencia entre géneros en el calendario de iniciación sexual. Un análisis pormenorizado de los mismos (Navarro, 2002) muestra que globalmente las chicas han ido descendiendo la edad de inicio de las relaciones coitales, pasando de edades promedio de 22 años en la década de los setenta a edades promedio de 18 años en la de los noventa (Reig y cols, 2001). Por su parte, los chicos se han ido aproximando a los motivos tradicionales femeninos, tales como el amor, en tanto razones deseables para iniciar la relación sexual. En cuanto al contexto afectivo, tanto chicos como chicas consideran la relación amorosa, o de noviazgo, como el contexto de iniciación sexual más habitual y normativa. La confluencia de género también opera en la progresiva desaparición de la doble norma, según la cual un mismo comportamiento recibe una evaluación desigual en función del sexo de quien la realiza. No obstante, se observan grandes diferencias de género en todos y cada uno de los aspectos señalados (López, 2004). Los chicos todavía expresan un mayor interés hacia el sexo que las chicas, relatan un mayor número de parejas sexuales. El tiempo y el contexto en el cual ocurre el debut sexual, tienen importantes implicancias tanto en el significado personal de los individuos como en salud pública. Diversos estudios muestran que la maduración física más temprana, las percepciones de actitudes positivas hacia la actividad sexual y una percepción de alta prevalencia de actividad sexual entre los

pares, el inicio temprano de las relaciones románticas, el uso temprano y problemático de alcohol y otras drogas, son factores determinantes del inicio de la actividad sexual temprana. La mayoría de esos resultados han sido generados a través de investigaciones con metodología cuantitativa, sin embargo, este enfoque no logra profundizar en el contexto psicosocial en el cual se da el debut, ni en los significados que los y las adolescentes le asignan a esta experiencia. Es necesario para ello emplear una metodología cualitativa que logre capturar con mayor profundidad este complejo contexto (González, 2010)

Según Paredes (2002) en una investigación realizada en colegios de la ciudad de Arequipa, encontró que casi un tercio de adolescentes varones 31.88% ya había tenido una relación coital: existiendo estos casos en tercero, cuarto y quinto año de educación secundaria.

El porcentaje de mujeres con esta primera experiencia de relación coital es mucho menor alcanzando el 7.58%. Al igual que en los varones, hay un aumento progresivo según los grados se estudian. La edad promedio del inicio de la primera relación coital es un año menor en los varones con respecto a las mujeres; diferencia similar encontrada en otras investigaciones del país.

Según Ponce (2004) en una investigación realizada en la UCSM y UNSA en la ciudad de Arequipa, muestra que, en cuanto a la frecuencia de relaciones coitales, un poco más de la mitad de los varones y la mitad de las mujeres, tiene relaciones una vez a la semana.

En una investigación realizada en Chile en el año 2010, según la ENCV 2006, el 50% de la población de 15 a 19 años iniciada sexualmente, usó preservativo en su primera relación.

Métodos anticonceptivos

Los constantes avances en la tecnología anticonceptiva y el conocimiento de la biología de la reproducción, redujeron los efectos negativos de los métodos anticonceptivos. En el terreno individual y partiendo de una especie de género, la planificación familiar se concibe

como una vía para mejorar la presencia de la mujer en la sociedad, ya que con esto se favorece el desempeño de tareas distintas a la materna y la doméstica. También se considera como un medio para regular el crecimiento poblacional, que contribuye a una dinámica demográfica, acorde con el desarrollo general del país y permite mejorar las condiciones de vida de la población (Abing, 2002).

Las principales investigaciones van relacionadas al uso del preservativo, ya que de esta forma se evita el contagio de infecciones de transmisión sexual y en especial del VIH. El uso inconsistente del preservativo es un asunto de trascendencia cuando se diseñan estrategias para reducir la incidencia de infección por VIH. El uso irregular del preservativo está relacionado con una serie de factores psicosociales un tanto incomprendidos. Un número importante de adolescentes realiza este primer encuentro coital antes de cumplir la mayoría de edad (Gascón, 2004).

Embarazo

Es importante subrayar el hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la salud como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. En efecto, poco más del 13% de las defunciones maternas ocurre en mujeres menores de 20 años. Por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas.

El embarazo temprano con sus repercusiones es uno de los problemas más evidentes que plantea la práctica sexual no protegida y su incidencia es mayor en los grupos más

vulnerables. La actividad sexual se considera comúnmente como un indicador de riesgo psicosocial, en el caso de los jóvenes de las zonas urbanas la relación sexual temprana se asocia con el uso de métodos anticonceptivos poco efectivos; ritmo, coito interrumpido o el consumo de tabaco, alcohol y marihuana. El debate acerca de las consecuencias que tiene el embarazo en adolescentes sobre salud de la madre y su hijo es variable. Al tener sesgos, algunas veces no permiten ver que es un problema que no sólo afecta lo biológico, sino también la esfera psicológica y social (Menken, 1980).

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años. A nivel mundial cada año nacen 15 millones de niñas y niños de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos registrados. De ellos, aproximadamente el 60% no son planeados. Este hecho es motivo de preocupación de varios sectores e interés de diversos investigadores, debido a los riesgos biopsicosociales a que conlleva (Villar y cols, 1992).

Según los resultados de la evaluación al servicio especializado para adolescentes de la Secretaría de Salud, efectuada en diez estados de México (1999), el 45.7% de los y las usuarias del servicio ya habían tenido relaciones coitales al momento de asistir al servicio, iniciando en promedio a los 15.8 años de edad. De ellos, el 80% tuvieron la primera relación sexual con novios(as) y amigos(as) y solamente el 6% con una pareja estable. Estos resultados muestran que las relaciones prematrimoniales entre los adolescentes son frecuentes. Por otro lado, el principal motivo de asistencia al servicio especializado fue por consulta prenatal (23.5%), así como por otras causas relacionadas con la reproducción. Esto señala que el servicio especializado ha sido más solicitado por madres adolescentes.

De la misma evaluación, y a partir de encuestas efectuadas en población estudiantil de 10-19 años, se obtuvo que el 94.2% de los encuestados conoce al menos un método

anticonceptiva y el 64.5% con relaciones coitales utilizaron un método anticonceptivo en su última relación coital, principalmente el condón.

Por su parte, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM, 1999), realizó una encuesta para su programa “Gente Joven”, informó que la edad promedio de la primera relación coital en la población estudiada por arriba de los 15 años, es ligeramente más alta para las mujeres que para los hombres. A los 19 años, el 60% de los varones declaró ya tener actividad sexual, mientras que esto ocurre en el 21% de las mujeres. Cabe señalar que los y las adolescentes que no asisten a la escuela parecen tener mayor actividad sexual que los y las jóvenes que si permanecen estudiando.

El porcentaje de adolescentes mujeres que declararon haber tenido un embarazo fue de 6.9%, el 14.3% de las mujeres de 18-19 años encuestadas había estado alguna vez embarazada. Casi el 40% de las adolescentes entrevistadas que han tenido algún embarazo mencionaron que no lo habían planeado.

En el grupo de adolescentes entre 13-19 años encuestados, el 80% sabía de la existencia de métodos anticonceptivos. Si a este grupo se le agrega la población de 10-12 años y se considera al grupo de edad de 10-19 años este indicador baja al 50%. Esto señala que el conocimiento sobre anticoncepción se asocia positivamente con la edad. El preservativo es el método del cual han oído hablar antes.

Entre otras investigaciones referentes al comportamiento sexual y el embarazo en adolescentes, encontramos un estudio realizado en un hospital de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México (Ehrenfeld, 1997), en el que las adolescentes estudiadas tuvieron en promedio 1.2 embarazos a los 16.9 años, lo que indicaba que de cada 5 mujeres una de ellas

al momento de la atención enfrentaba su segundo evento reproductivo. Es de hacer notar que el 37% de las primigestas estaban comprendidas entre los 12 y 14 años y de ellas al 70% les hubiera gustado posponer el embarazo.

Aborto

Como se mencionó anteriormente, se considera embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad en jóvenes de 15 a 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto y los abortos practicados en condiciones de riesgo. En el mundo, cada año 15 millones de jóvenes se convierten en padres y madres antes de cumplir los 19 años (Ruíz, 2002), lo que genera altos niveles de deserción estudiantil o la minimización de las posibilidades para acceder a estudios universitarios.

En una investigación realizada en la oficina de registro de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Tunja-UPTC (México), en el primer semestre de 2008, el 51.5%, de la población era adolescente, de ellos, el 57% son mujeres y el 43% hombres y el 93.9%, solteros. Con respecto al embarazo, la unidad de política social de la UPTC, señala que de las 676 gestaciones reportadas durante los últimos 5 años, el 43.3%, culminó en aborto y el 56.6%, en embarazos llevados a término, de estos, el 65.7%, corresponde a estudiantes menores de 20 años y/o dependientes de sus padres (Estupiñán, 2009).

La revista cubana y obstetricia y ginecología, en el año 2010 publicó un estudio en el que se estudiaban a 128 pacientes, de ellas el 39.6% ya tenía abortos previos y el 17.9% al menos un parto anterior, lo cual corresponde con lo planteado por otros investigadores. La explicación de este hecho no es otra cosa que las adolescentes toman como interrupción del embarazo como un método de contracepción, confirma esta aseveración el hecho de que en el estudio el 76.5% de la adolescentes fueron a su primer relación sexual sin usar métodos

anticonceptivos, y el 56.2% aún en el momento del aborto seguía sin utilizarlo, por lo tanto no era raro la repetición de un embarazo.

Infecciones de transmisión sexual

Las investigaciones sobre la percepción de riesgo en los adolescentes se centran en las actividades que realizan ellos con mayor frecuencia y en la percepción de riesgo asociada a cada una de ellas (Gonçalves, 2007). Benthin (1993, citado en Gonçalves, 2007) en un estudio sobre la percepción de riesgo en una muestra de 41 estudiantes de una escuela superior de los EEUU relacionaron 30 actividades clasificadas como de alto riesgo para la salud. Los resultados indicaron que los riesgos asociados a la actividad sexual eran los más conocidos y lo más controlables por los sujetos de la muestra, siendo que los dos principales tipos de riesgo percibidos en ese ámbito fueron el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. La percepción de riesgo de contraer una enfermedad sexualmente transmisible era menos conocida, de cierta forma más temida y por lo tanto, menos percibida como controlable en comparación con el embarazo.

Según Ponce (2004) en una investigación realizada en la UCSM y UNSA, en la ciudad de Arequipa, señala que casi la totalidad de los jóvenes universitarios encuestados manifestaron no haber tenido ninguna infección de transmisión sexual; además ambos sexos no suelen usar preservativo como método para evitar las ITSy SIDA. A pesar de esto en su investigación, existe una diferencia altamente significativa entre varones y mujeres con respecto al uso del preservativo, es la mujer quien lo utiliza más. De los encuestados que afirmaron haber tenido ITS, son las enfermedades micóticas, virales y bacteriales las que predominan, como los hongos vaginales, clamidia entre otros. Las mujeres del área de ciencias e ingenierías del área de la UCSM fueron las únicas que revelaron haber tenido alguna infección de transmisión sexual.

Según la misma autora, el 14.58% de varones y el 21.32% de mujeres, confiesan haber sido participes de un embarazo y solo un tercio de lo jóvenes opto por esperar el nacimiento del bebé

Hipótesis

Los jóvenes universitarios que poseen mayor nivel en sus habilidades sociales, tienen menor incidencia en conductas sexuales de riesgo.



Capítulo II

Diseño Metodológico.



Diseño de investigación

Basándonos en los tipos de investigación según Salkind (1999), podemos decir que la presente investigación es de tipo correlacional, ya que describe la relación entre dos o más variables sin tratar en lo absoluto de atribuir a una variable el efecto observado en otra.

Técnicas e instrumentos

Para medir Habilidades Sociales

Se utilizó una prueba estandarizada.

Características de la prueba

Nombre: EHS, Escala de Habilidades Sociales

Autora: Elena Gismero Gonzáles

Año: 2002

Administración: Individual o colectiva

Aplicación: Adolescentes y adultos

Duración: Variable, aproximadamente de 10 a 15 minutos.

Finalidad: Evaluación de la aserción y las habilidades sociales.

Baremación: Baremos de población general (varones y mueres, adultos y jóvenes)

Descripción de la prueba:

El instrumento a utilizar es la “Escala de Habilidades Sociales”, la cual está dirigida a la evaluación de la aserción y las habilidades sociales en adolescentes y adultos. Es un cuestionario compuesto por 33 ítems que exploran la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas y valora hasta qué punto las habilidades sociales modulan a estas actitudes.

La prueba considera 4 alternativas de respuesta, desde “No me identifico en lo absoluto, la mayoría de veces no ocurre o no lo haría” a “Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”.

A mayor puntuación global, el sujeto expresa más habilidades sociales de capacidad de aserción en distintos contextos y los factores que evalúa directamente son:

Autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos del consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Con este instrumento obtenemos no sólo una puntuación referida a la habilidad social global del sujeto, sino también la habilidad social específica a las distintas dimensiones obtenidas.

Validez y confiabilidad

El instrumento de 33 ítems tiene una alta consistencia interna como se expresa en su coeficiente de fiabilidad alto ($\alpha=0,88$), y en el que todos los ítems, con apenas alguna excepción menor, tienen pesos de 0.40 o mayores en un primer factor sin rotar. Se puede suponer que todos los ítems son indicadores de un constructo general de conducta asertiva.

Los resultados del presente cuestionario se apoyan en el concepto de una dimensionalidad múltiple del constructo conducta asertiva/habilidades sociales; la mayoría de las dimensiones han sido obtenidas en otros estudios, con otros inventarios de autoinforme o en otras poblaciones.

La mayoría de las dimensiones o clases de conducta hipotetizada al construir la escala fueron encontradas en el análisis factorial. Sin embargo los factores obtenidos en el presente instrumento dejan sin explicar un porcentaje sustancial de la varianza. Esto mismo ocurre en el análisis factorial.

Para medir las conductas sexuales de riesgo

Se utilizó un Cuestionario elaborado por la autora de la investigación, este cuestionario fue revisado y pasó la evaluación de Juicio de Expertos, estos expertos fueron tres renombrados profesionales, expertos en el área a evaluar. Este test contiene 29 ítems, de estas algunas tuvieron que ser tachadas dependiendo de la pregunta anterior, sin tener que ser contestadas todas, estas preguntas están dirigidas a los indicadores como el inicio temprano de relaciones sexuales, frecuencia del uso de métodos anticonceptivos, número de compañeros sexuales desde la primera relación sexual, embarazo, aborto, infecciones de transmisión sexual y consumo de drogas asociado a la actividad sexual.

Cada una de las 29 preguntas, tiene la opción de respuesta variada, ya que muy pocas preguntas tienen la misma forma de respuesta.

Dada que es una prueba creada se debe detallar a profundidad cada una de estas preguntas.

El cuestionario cuenta con una introducción que sirvió como rapport para la población estudiantil, con la finalidad de evitar incomodidad, debido a que las preguntas del cuestionario son muy directas y personales.

El primer grupo de ítems que se solicitó fue el de la edad, seguido por el sexo y el estado civil, esto con la finalidad de conocer los datos demográficos más importantes de la población para poder realizar una comparación necesaria entre hombres, mujeres y la edad en la que se encontraban.

El segundo grupo fue conformado por los ítems 1, 2, 3, 4 y 5, esto con la finalidad de conocer la edad de iniciación sexual de la población, tanto en hombres como en mujeres.

El tercer grupo de ítems fueron 6, 7, 13, y 14, los cuales buscaban averiguar acerca del uso de métodos anticonceptivos en sus relaciones coitales.

El cuarto grupo de ítems fueron el 8, 9, 28 y 29, que buscaba averiguar acerca del consumo de drogas en una relación coital.

El quinto grupo de ítems fueron el 10, 11, 12 y 15, los cuales averiguaban sobre el número de parejas sexuales y la veces en las que se mantenía relaciones coitales durante un determinado periodo de tiempo.

El sexto grupo de ítems fueron el 16, 17 y 18, los cuales buscaban averiguar si el encuestado había tenido algún tipo de ITS.

El séptimo grupo de ítems, solo era dirigido a la población femenina de los encuestados, fueron los ítems 19, 20, 21, 22, y 23, para conocer si tuvieron alguna experiencia de embarazo.

El octavo grupo de ítems, solo era dirigido a la población masculina de los encuestados, fueron los ítems 24, 25, 26 y 27, para conocer si tuvieron alguna experiencia de embarazo con sus parejas.

Todos los grupos de ítems están enumerados en la encuesta, no estuvieron necesariamente agrupados dentro de la encuesta.

Población y Muestra

El universo está conformado por los estudiantes de primero, segundo y tercer año de estudios de la Universidad Católica de Santa María, con un total de 8481 estudiantes, del cual se extrajo una muestra de 521 estudiantes divididos en la siguiente forma:

En el área de ciencias sociales, 61 estudiantes de los cuales 19 son hombres y 42 son mujeres.

En el área de ciencias jurídicas y empresariales, 230 estudiantes de los cuales 166 son hombres y 64 son mujeres.

En el área de ciencias de la salud, 113 estudiantes de los cuales 39 son hombres y 74 son mujeres.

En el área de ciencias jurídicas y empresariales, 117 estudiantes de los cuales 53 son hombres y 64 son mujeres.

Tabla N°. 1

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS JÓVENES DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Edad						
16	1	0.4	2	0.8	3	0.6
17	19	6.9	28	11.4	47	9.0
18	44	15.9	61	24.9	105	20.2
19	90	32.6	56	22.9	146	28.0
20	71	25.7	62	25.3	133	25.5
21	26	9.4	17	6.9	43	8.3
22	17	6.2	9	3.7	26	5.0
23	4	1.4	5	2.0	9	1.7
24	1	0.4	2	0.8	3	0.6
25	0	0.0	2	0.8	2	0.4
26	1	0.4	1	0.4	2	0.4
27	2	0.7	0	0.0	2	0.4
Estado civil						
Soltero	259	93.8	238	97.1	497	95.4
Casado	5	1.8	0	0.0	5	1.0
Conviviente	12	4.3	7	2.9	19	3.6
TOTAL	276	100	245	100	521	100

La tabla N°. 1, muestra que el 32.6% de los jóvenes universitarios presentaron 19 años de edad frente al 25.3% son mujeres. Asimismo se aprecia que el 93.8% de los universitarios varones son solteros frente al 97.1% de las mujeres con este mismo estado civil.

Estrategias de recolección de datos

Se aplicaron las dos encuestas, EHS y la de Conductas Sexuales de Riesgo, en una sola sesión, se aplicaron las dos pruebas a la misma persona de forma subsecuente, ya que la población en su totalidad fue de la Universidad Católica de Santa María. Se obtuvo un permiso de las autoridades de la universidad, para que estas encuestas puedan ser aplicadas a los alumnos de las 4 áreas, ingenierías, sociales, que pertenezcan a los tres primeros semestres impar, ya que esta investigación estaba dirigida solo a esa población.

Criterios de procesamiento de la información

La información se procesó de manera cuantitativa, lo cual nos conlleva a tabular los datos obtenidos, para presentarlos sistemática y rigurosamente en tablas con el análisis estadístico respectivo. El procesamiento de datos se realizó mediante el software SPSS 15.0.

Con la finalidad de cumplir con el tipo de investigación a la que se esta dirigida, relacionamos los datos de las habilidades sociales con los datos recolectados de información acerca de las conductas sexuales, empezando por los totales y luego relacionando cada grupo de ítems con el total de las habilidades sociales.



Capítulo III

Resultados

TABLA N° 2

**HABILIDADES SOCIALES EN LOS JÓVENES DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

Habilidades Sociales	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Bajo	132	47,8	117	47,8	249	47,8
Medio	102	37,0	78	31,8	180	34,5
Alto	42	15,2	50	20,4	92	17,7
TOTAL	276	100	245	100	521	100

$$X^2=2.96 \quad P>0.05$$

La tabla N°. 2, según la prueba de chi cuadrado se aprecia que las dimensiones de las habilidades sociales como la autoexpresión, defensa, expresión de enfado, decir no, e iniciar interacciones positivas en los jóvenes universitarios varones y mujeres presentó diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$). En cuanto a la dimensión hacer peticiones no se encontró diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

Podemos observar también que en la habilidad social de autoexpresión un 61.1% de la población masculina obtuvo promedio bajo y en la población femenina un 51.4% obtuvo el mismo promedio.

En la habilidad social Defensa de los derechos del consumidor, un 59.8% obtuvo promedio bajo y solo un 10.9% alcanzó el promedio alto, en la población femenina un 51.4% obtuvo un promedio bajo, mientras que un 23.3% obtuvo un promedio alto.

En la habilidad Expresión de enfado, un 54.0% de la población se ubicó en el promedio normal y un 46.9% de la población femenina se ubicó en el mismo promedio normal.

En la habilidad social de decir no, en la población masculina no hay diferencias significativas en cuanto a los promedios, en el caso de la población femenina, un 43.7% alcanza un promedio alto, el cual no es muy significativo frente a los otros promedios.

En la habilidad social de Hacer peticiones, se observa que un 71.7% de la población masculina obtuvo el promedio bajo a comparación de la población femenina que obtuvo 69.4% en el mismo promedio.

En la habilidad social de Iniciar interacciones positivas, no hay diferencias significativas en ninguna de las poblaciones.

TABLA N° 3

**HABILIDADES SOCIALES ESPECÍFICAS EN LOS JÓVENES DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

Habilidades Sociales	Masculino		Femenino		Estadístico	
	N°.	%	N°.	%	X ²	Significancia
Autoexpresión						
Bajo	170	61,6	126	51,4	9.86	P<0.05
Medio	69	25,0	61	24,9		
Alto	37	13,4	58	23,7		
Defensa						
Bajo	165	59,8	126	51,4	14.33	P<0.05
Medio	81	29,3	62	25,3		
Alto	30	10,9	57	23,3		
Expresión de enfado						
Bajo	48	17,4	91	37,1	29.50	P<0.05
Medio	149	54,0	115	46,9		
Alto	79	28,6	39	15,9		
Decir no						
Bajo	93	33,7	60	24,5	6.86	P<0.05
Medio	89	32,2	78	31,8		
Alto	94	34,1	107	43,7		
Hacer peticiones						
Bajo	198	71,7	170	69,4	0.94	P>0.05
Medio	55	19,9	57	23,3		
Alto	23	8,3	18	7,3		
Iniciar interacciones+						
Bajo	67	24,3	90	36,7	10.51	P<0.05
Medio	116	42,0	78	31,8		
Alto	93	33,7	77	31,4		
TOTAL	276	100	245	100		

La tabla N° 3, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.96$) se aprecia que las habilidades sociales en los jóvenes universitarios varones y mujeres no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

En la tabla podemos observar que en los hombres un 84,8% obtuvo mayor puntaje en niveles bajo y medio, a diferencia de un 15,2% que obtuvo puntaje en el nivel alto.

En cuanto a las mujeres un 79,6% obtuvo mayor puntaje en los niveles bajo y medio, a diferencia de un 20,4% que obtuvo un puntaje en el nivel alto.

Es así entonces que podemos concluir que un 82,3% se desempeña en sus actividades diarias con un nivel de habilidades sociales medio y bajo, mientras que sólo un 17,7% de encuestados cuenta con un nivel de habilidades sociales alta que es lo esperado.



TABLA N°. 4

**RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS DE LA PRIMERA RELACION
COITAL Y LAS HABILIDADES SOCIALES EN LOS JOVENES**

Características de la primera relación coital	Habilidades Sociales						Estadístico	
	Bajo		Medio		Alto		X ²	Sig.
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Edad								
Antes de los 13	10	1.9	2	0.4	2	0.4		
13	2	0.4	3	0.6	0	0.0		
14	9	1.7	8	1.5	4	0.8		
15	26	5.0	13	2.5	10	1.9		
16	34	6.5	21	4.0	6	1.2	19.39	P>0.05
17	30	5.8	30	5.8	9	1.7		
18	29	5.6	11	2.1	10	1.9		
Después de los 18	25	4.8	21	4.0	15	2.9		
Todavía no he tenido	84	16.1	71	13.6	36	6.9		
Persona de la relación								
Enamorado(a)	109	20.9	74	14.2	40	7.7		
Amigo(a)	27	5.2	23	4.4	16	3.1		
Familiar	5	1.0	3	0.6	0	0.0	17.14	P>0.05
Prostituta(o)	3	0.6	2	0.4	0	0.0		
C. de ese momento	19	3.6	7	1.3	0	0.0		
Otro	2	0.4	0	0.0	0	0.0		
Nadie	84	16.1	71	13.6	36	6.9		

Lugar de la relación	58	11.1	28	5.4	27	5.2		
Mi casa	49	9.4	34	6.5	13	2.5	17.23	P>0.05
Casa de mi pareja	22	4.2	19	3.6	6	1.2		
Casa de un amigo(a)	14	2.7	19	3.6	6	1.2		
Hotel	17	3.3	6	1.2	4	0.8		
Lugar público	5	1.0	3	.6	0	0.0		
Otro	84	16.1	71	13.6	36	6.9		
Ninguno								
TOTAL	249	47.8	180	34.5	92	17.7		

La tabla N°. 4, según la prueba de chi cuadrado se aprecia que las características de la primera relación coital y las habilidades sociales en los jóvenes universitarios varones y mujeres no presento relación estadísticas significativas ($P>0.05$).

Se muestra que el 9% de los encuestados que si mantuvieron relaciones sexuales antes de los 16 años, también obtuvieron un nivel bajo de habilidades sociales, otro 5%, obtuvo un nivel medio de habilidades sociales y un 3.1%, se ubicó en un nivel alto de habilidades sociales.

Del total de jóvenes que sí tuvieron relaciones sexuales y obtuvieron un nivel bajo de habilidades sociales, un 67,3% tuvo su primer encuentro sexual antes de los 18 años y el 32,7% restante lo tuvo después.

Del total de jóvenes que sí tuvieron relaciones sexuales y obtuvieron un nivel medio de habilidades sociales, un 70,6% tuvo su primer encuentro sexual antes de los 18 años y el 29,4% restante lo tuvo después.

Del total de jóvenes que sí tuvieron relaciones sexuales y obtuvieron un nivel alto de habilidades sociales, un 55,4% tuvo su primer encuentro sexual antes de los 18 años y el 44,6% reportó haber iniciado sus relaciones sexuales luego de cumplir 18 años.

Del 100% de jóvenes universitarios que sí tuvieron relaciones sexuales y obtuvieron un nivel bajo de habilidades sociales, el 66,0% tuvo su primera relación con su pareja sentimental de ese momento, mientras que un 34,0%, tuvo su primera relación sexual con amigos, prostitutas, familiares o conocidos del momento.

Del 100% de jóvenes universitarios que sí tuvieron relaciones sexuales y obtuvieron un nivel medio de habilidades sociales, el 67,9% tuvo su primera relación con su pareja sentimental de ese momento, mientras que un 32,1% tuvo su primera relación sexual con amigos, prostitutas, familiares o conocidos del momento.

Del 100% de jóvenes universitarios que sí tuvieron relaciones sexuales y obtuvieron un nivel alto de habilidades sociales, el 71,4% tuvo su primera relación con su pareja sentimental de ese momento, mientras que un 28,6% tuvo su primera relación sexual con un amigo(a).

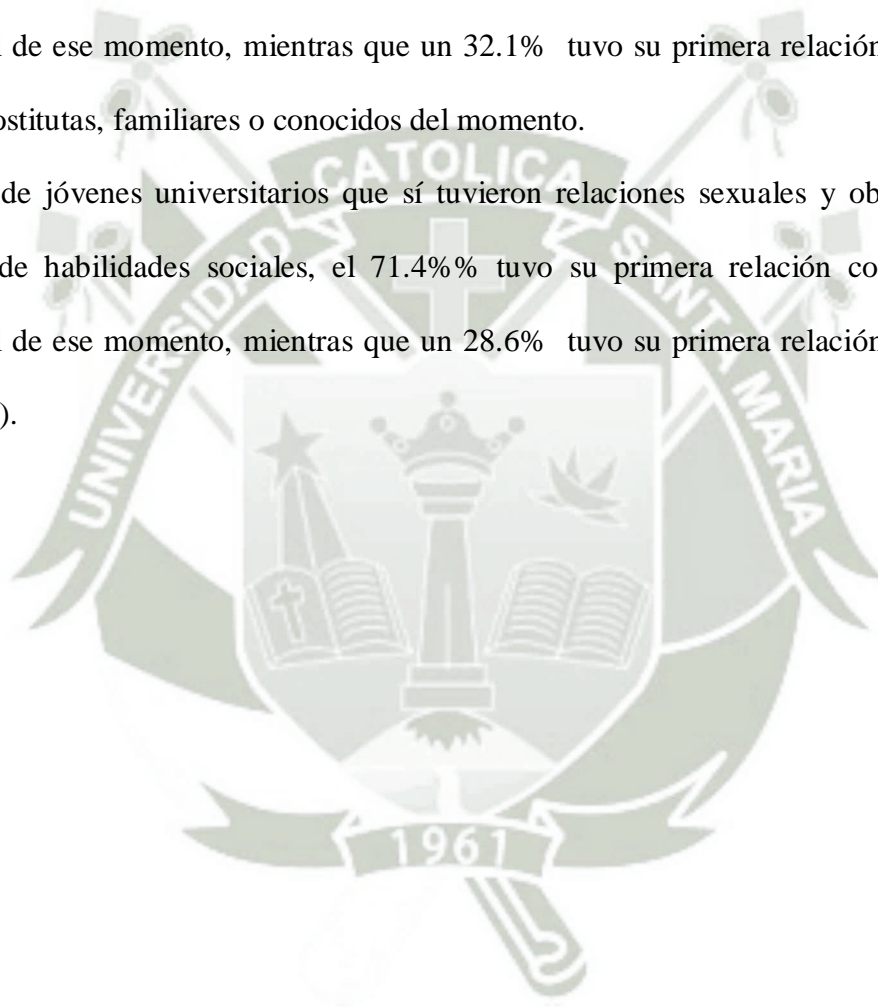


TABLA N° 5

**RELACIÓN ENTRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS
HABILIDADES SOCIALES EN LOS JÓVENES**

Uso de métodos anticonceptivos	Habilidades Sociales						Estadístico	
	Bajo		Medio		Alto		X ²	Sig.
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Usos M. A. en la primera relación								
Sí	114	21,9	72	13,8	38	7,3		
No	51	9,8	37	7,1	18	3,5	2.04	P>0.05
No hubo relación coital	84	16,1	71	13,6	36	6,9		
Relaciones actualmente								
Sí	106	20,3	67	12,9	31	5,9		
No	59	11,3	42	8,1	25	4,8	3.61	P>0.05
No hubo relación coital	84	16,1	71	13,6	36	6,9		
Uso actual de M. A.								
Sí, siempre	84	16,1	49	9,4	36	6,9		
La mayoría de las veces	46	8,8	31	6,0	9	1,8		
Algunas veces	31	6,0	24	4,5	8	1,5	12.45	P>0.05
No, nunca	4	0,8	5	1,0	3	0,6		
No hubo relación coital	84	16,1	71	13,6	36	6,9		
TOTAL	249	47,8	180	34,5	92	17,7		

La tabla N°. 5, según la prueba de chi cuadrado se aprecia que las características del usos de los anticonceptivos y las habilidades sociales en los jóvenes universitarios varones y mujeres no presento relación estadística significativa ($P>0.05$).

El 32.1% de los jóvenes encuestados que si mantuvieron relaciones sexuales, no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación coital.

Actualmente el 61.5% de jóvenes son activos sexualmente, de estos el 52.2% de jóvenes obtuvieron un nivel bajo de habilidades sociales, un 33.0% un nivel medio de habilidades sociales y un 14.8% un nivel alto de habilidades sociales.

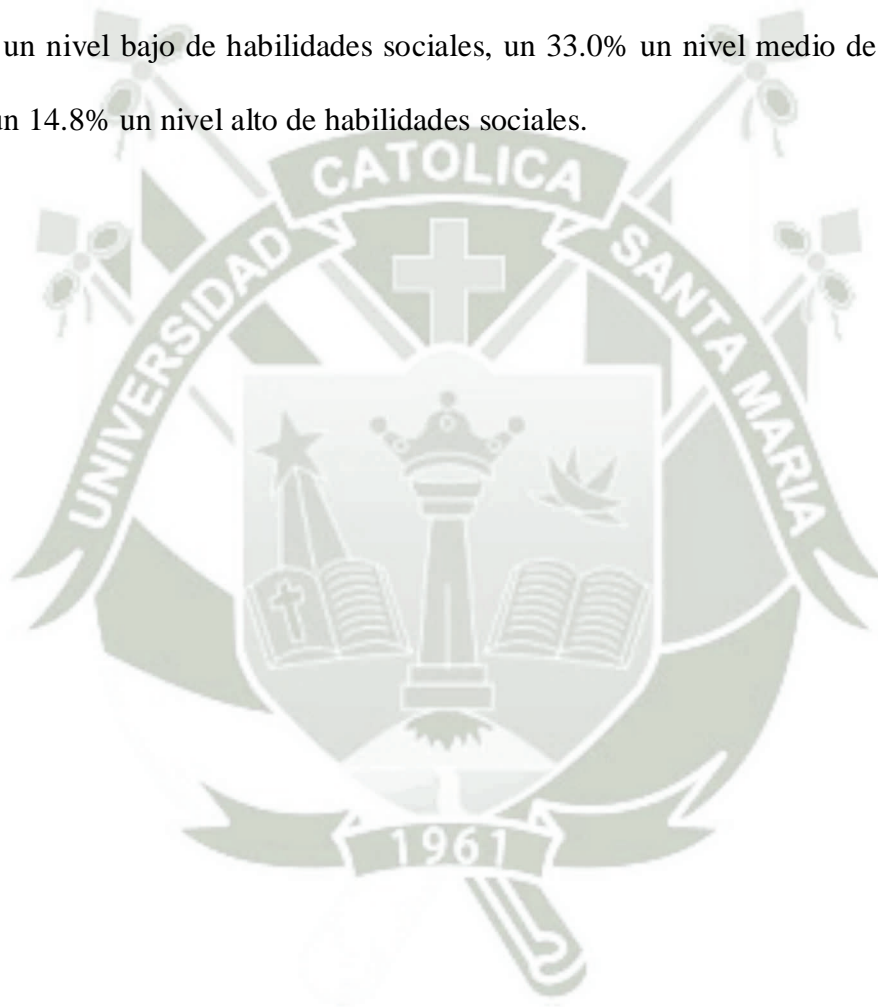


TABLA N°. 6

**RELACIÓN ENTRE EL USO DE DROGAS Y LAS HABILIDADES SOCIALES EN
LOS JÓVENES**

Uso de Drogas	Habilidades Sociales						Estadístico	
	Bajo		Medio		Alto		X ²	Sig.
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Consumo de drogas en la primera relación								
Sí	43	8,3	26	5,0	7	1,3	6.06	P>0.05
No	122	23,4	83	15,9	49	9,4		
No hubo relación coital	84	16,1	71	13,6	36	6,9		
Consumo de drogas actualmente en las relaciones sexuales								
Sí	10	1,9	17	3,3	4	0,8	8.73	P>0.05
No	154	29,6	92	17,7	52	10,0		
No hubo relación coital	85	16,3	71	13,6	36	6,9		
TOTAL	249	47,8	180	34,5	92	17,7		

La tabla N°. 6, según la prueba de chi cuadrado se aprecia que las características del uso de drogas y las habilidades sociales en los jóvenes universitarios varones y mujeres no presento relación estadística significativas (P>0.05).

Asimismo se aprecia que los jóvenes que tienen habilidades sociales bajas consumieron drogas en la primera relación y el 1.9% de ellos actualmente usan drogas en su primera relación.

TABLA N° 7

**RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y LAS
HABILIDADES SOCIALES EN LOS JÓVENES**

Parejas sexuales y relaciones coitales	Habilidades Sociales						Estadístico	
	Bajo		Medio		Alto		X ²	Sig.
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Parejas sexuales hasta la fecha								
0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	39.68	P<0.05
1	40	7,7	25	4,8	18	3,5		
2	36	6,9	27	5,2	11	2,1		
3	27	5,2	11	2,1	3	0,6		
4	17	3,3	10	1,9	10	1,9		
5	16	3,1	9	1,7	3	0,6		
6	11	2,1	0	0,0	6	1,2		
7	4	0,8	6	1,2	2	0,4		
8	3	0,6	3	0,6	0	0,0		
9	2	0,4	4	0,8	1	0,2		
Más de 9	9	1,7	13	2,5	2	0,4		
Ninguna	84	16,1	71	13,6	36	6,9		
Parejas sexuales en últimos 6 meses								
1	108	20,7	57	10,9	34	6,5	25.46	P<0.05
2	33	6,3	17	3,3	14	2,7		
3	13	2,5	17	3,3	0	0,0		
4	3	0,6	3	0,6	3	0,6		
Más de 4	3	0,6	4	0,8	0	0,0		
Otro	5	1,0	11	2,1	5	1,0		
Ninguno	84	16,1	71	13,6	36	6,9		
Relaciones sexuales actualmente								
Sí	106	20,3	67	12,9	30	5,8	3.61	P>0.05
No	59	11,3	42	8,1	25	4,8		
Nunca hubo relación coital	84	16,1	71	13,6	37	7,1		

**Relaciones coitales
durante el mes**

1 a 2	77	14,7	45	8,7	23	4,4	9,72	P>0.05
3 a 4	26	5,0	20	3,8	9	1,7		
5 a 6	21	4,0	13	2,5	5	1,0		
7 a 8	12	2,3	4	0,8	4	0,8		
Más de 9	7	1,3	11	2,1	3	0,6		
Ninguna	22	4,2	16	3,1	11	2,1		
Nunca hubo relación coital	84	16,2	71	13,6	37	7,1		
TOTAL	249	47,8	180	34,5	92	17,7		

La tabla N°. 7, según la prueba de chi cuadrado se aprecia que el número de parejas sexuales y las relaciones sexuales en los últimos seis meses en los jóvenes universitarios varones y mujeres presento relación estadística significativas ($P<0.05$). En cuanto a las relaciones sexuales actualmente y el número de relaciones coitales durante el mes no se encontró relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se aprecia que el 7.7% de los jóvenes que tienen un nivel habilidades sociales bajas tienen una pareja hasta la fecha, el 20.7% de ellos tuvieron una pareja sexual en los últimos 6 meses, 20.3% de ellos tienen relaciones sexuales actualmente y el 13.4% tienen entre una a dos relaciones sexuales durante el mes.

El 14.2% de los jóvenes que tienen un nivel medio de habilidades sociales, tiene menos de 5 parejas sexuales hasta la actualidad, el 14.8% de estos jóvenes sexualmente activos, menciona haber tenido entre 1 y 4 parejas sexuales en los últimos 6 meses.

El 9.8% de los jóvenes que tiene un nivel alto de habilidades sociales, han tenido entre 1 y 4 parejas sexuales en los últimos 6 meses.

TABLA N° 8

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y LAS HABILIDADES SOCIALES
EN LOS JÓVENES**

Infecciones de transmisión sexual	Habilidades Sociales						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Sí	14	2,7	6	1,2	5	1,0	25	4,8
No	235	45,1	174	33,4	87	16,7	496	95,2
TOTAL	249	47,8	180	34,5	92	17,7	521	100

$X^2=1.30$

$P>0.05$

La tabla N° 8, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.30$) se aprecia que el número de parejas sexuales y la presencia de infecciones sexuales no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

El 4.9% de los jóvenes encuestados, han tenido algún tipo de infección de transmisión sexual, 2.7% de ellos obtuvieron un nivel bajo de habilidades sociales, un 1.2% un nivel medio de habilidades sociales y un 1.0% un nivel bajo de habilidades sociales.

TABLA N°.9

**FRECUENCIA DE EMBARAZO JOVENES DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTA MARIA**

Embarazo	N°.	%
Sí	21	8,6
No	224	91,4
TOTAL	245	100

La tabla N°. 9, muestra que el 8.6% de las mujeres universitarias tuvieron un embarazo alguna vez y el 91.4% nunca estuvieron embarazadas.

TABLA N°.10

CARACTERÍSTICAS DE LAS JÓVENES EMBARAZADAS

Características del embarazo	N°.	%
Edad del primer embarazo		
14	1	4.8
17	9	42.9
Más de 17	7	33.3
Otro	4	19.0
Número de embarazo		
1	14	66.7
2	6	28.6
Más de 2	1	4.7
Embarazo deseado		
Sí	4	19.0
No	17	81.0
Finalización del embarazo		
Tuve al bebé	5	23.8
Nació y murió	2	9.6
Aborto espontáneo	4	19.0
Aborto inducido o provocado	10	47.6
TOTAL	21	100

La tabla N°. 10, muestra que el 47.7% de mujeres quedaron embarazadas entre los 14 y 17 años.

El 66.7% de mujeres tuvieron un embarazo, el 28.6% tuvo dos embarazos y un 4.7% tuvo más de 2 embarazos.

Del 100% de mujeres que estuvieron embarazadas, un alarmante 81.0% no deseó ese embarazo, sólo el 23.8% terminó el embarazo hasta el nacimiento del bebé, mientras que 76.2% no finalizó su embarazo.

TABLA N°. 11

FRECUENCIA DE JÓVENES QUE EMBARAZARON A SU PAREJA

Embarazo a su pareja	N°.	%
Varones		
Sí	30	10.9
No	246	89.1
TOTAL	276	100

La tabla N°. 11, muestra que el 10.9% de las jóvenes universitarias embarazaron a su pareja y el 89.1% de ellos no lo hicieron.

TABLA N°. 12

**CARACTERÍSTICAS DE LAS JÓVENES QUE EMBARAZARON A SUS
PAREJAS**

Características del embarazo	N°.	%
Número de embarazo		
1	27	90.0
2	1	3.3
Más de 2	2	6.7
Embarazo deseado		
No	30	100
No hubo embarazo	0	0
Finalización del embarazo		
Nació y vive	4	13.3
Nació y murió	2	6.7
Aborto espontáneo	4	13.3
Aborto inducido o provocado	20	66.7
TOTAL	30	100

La tabla N°. 12, muestra que el 90.0% de las jóvenes universitarias embarazaron a su pareja una sola vez, en el 100% de los casos fueron embarazos no deseados y sólo el 13.3% de embarazos finalizaron en el nacimiento del bebé, mientras que un 86.7% de sus parejas no finalizaron su embarazo.

TABLA N°. 13

**FRECUENCIA DE USO ACTUAL DE DROGAS ASOCIADO A LAS
RELACIONES COITALES EN LOS JOVENES**

Uso actual de drogas en sus relaciones coitales	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Si	25	11.2	6	5.7	31	9.4
No	198	88.8	100	94.3	298	90.6
TOTAL	223	100	106	100	329	100

$X^2=2.59$

$P>0.05$

La tabla N°. 13, muestra que el 11.2% de las jóvenes universitarios usan actualmente drogas en sus relaciones coitales frente al 5.7% de las mujeres universitarias, mientras que 88.8% de varones no lo hace, frente a un 94.3% que tampoco consume drogas al momento de mantener relaciones coitales.

TABLA N° 14

**TIPO DE DROGA UTILIZADA EN LAS RELACIONES COITALES EN LOS
JÓVENES**

Tipo de droga	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Alcohol	17	68.0	0	0	17	54.9
Marihuana	8	32.0	5	83.3	13	41.9
Cocaína	0	0	1	16.7	1	3.2
TOTAL	25	100	6	100	31	100

$X^2=11.29$ $P<0.05$

La tabla N°. 14, muestra que el 68.0% de varones que consumen algún tipo de droga durante una relación coital, consume alcohol, frente a 32.0% que consume marihuana.

En el caso de las mujeres, un 83.3% que señalaron consumir algún tipo de droga durante su relación coitales, consumieron marihuana, frente a un 16.7% que consumió cocaína.

Discusión

La principal finalidad de ésta investigación, fue relacionar variables como las habilidades sociales y las conductas sexuales de riesgo, debido a que no hay una relación establecida previamente entre estas variables, es importante mencionar que varias de éstas conductas están en aumento, sea cual fuese el caso, lo que se esperaba era poder tener conocimiento, de que , si la persona que poseyera un promedio alto en el manejo de las habilidades sociales, pues tendría menor actuación en las conductas sexuales de riesgo y ayudaría a la creación programas que ayuden a incrementar estas habilidades sociales, con el fin no solo de aumentar el buen manejo de estas habilidades, sino también trabajar directamente sobre otra variable, que sería indiscutiblemente las conductas sexuales de riesgo, para que las incidentes en estas conductas de riesgo, puedan mejorar sus habilidades sociales y así reducir estas conductas. Los resultados nos permiten decir que sólo en algunos ítems, se pudo dar esta relación, que no por mucho se puede deducir que una sea la causante de la otra, debido a que en otros ítems, esta relación dependiente que se esperaba probar, no era estadísticamente significativa, pero que a pesar, nos dieron buenos datos que se pueden mencionar de la siguiente manera:

Se puede observar que la población evaluada en su mayoría, se ubica en edades como 19 y 20, tanto en mujeres como en hombres. Es importante mencionar que en los resultados, había un pequeño porcentaje de alumnos que a pesar de su corta edad convivían con su pareja, esto claro, no está dentro de la hipótesis que se quiere probar, pero es un importante dato demográfico. En cuanto al manejo de las habilidades sociales entre los hombres y las

mujeres, se observa que la diferencia entre uno y otro es muy corta, en la mayoría de las dimensiones de las habilidades sociales no hay diferencias y hasta se ubican en el mismo promedio, de alto, medio o bajo, y la diferencia en una dimensión y con tanto con un solo género es igual muy reducida, por lo que se concluye que las diferencias estadísticas de las habilidades entre hombres y mujeres no fueron significativas, quiere decir que no sobresale ninguno de los dos géneros, en cuanto a las habilidades sociales, los jóvenes se encuentran en un similar estado de esta descripción.

En cuanto a la relación de las habilidades sociales y el primer grupo de ítems que recogieron datos como el inicio de las relaciones coitales, la persona con la que se tuvo esta primera relación coital y el lugar en donde se realizó, se pudo probar que en su mayoría los jóvenes que obtuvieron un puntaje de promedio bajo en su resultado de habilidades sociales, pues tuvieron una iniciación sexual a los 16 años, lo cual se considera, un inicio temprano de actividad coital. También es importante mencionar que solo un 20.9% de esta población, tuvo su inicio sexual con su enamorado quedando al aire un 79.1% que tuvo su inicio sexual con personas de mayor riesgo, como un desconocido, una amigo, un familiar, lo cual ubicó al encuestado en una situación riesgosa.

El 32.1% de los jóvenes encuestados que si mantuvieron relaciones sexuales, no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación coital, así también resulta importante mencionar que la mayoría de mujeres que utilizaron un método anti conceptico, son en su mayoría jóvenes que se ubicaron en un nivel bajo de habilidades sociales, siendo este resultado un tanto impresionante.

Actualmente el 61.5% de jóvenes son activos sexualmente, de estos el 52.2% de jóvenes obtuvieron un nivel bajo de habilidades sociales, un 33.0% un nivel medio de habilidades sociales y un 14.8% un nivel alto de habilidades sociales.

En una investigación realizada en México, Moral (2007), señala que un tercio de jóvenes de una muestra de 365 estudiantes universitarios, utilizaron el preservativo en su primera relación sexual y el uso fue menor en las siguientes relaciones coitales, otro tercio tuvo alta frecuencia de relaciones y uso mayormente píldoras anticonceptivas en el caso de las mujeres.

No se encontró relación entre el uso de drogas y la iniciación sexual, un promedio de 20.7% de los encuestados han mantenido relaciones coitales solo con una persona en los últimos 6 meses, el 20,3% tiene relaciones coitales actuales y el 13.4% tiene un promedio de relaciones de 1 a 2 veces por mes.

Resulta importante mencionar que la Organización de las Naciones Unidas considera dos definiciones para sexo de alto riesgo: en primer lugar, sostiene que las personas que en los últimos doce meses tuvieron sexo con más de una persona incidieron en conductas sexuales de alto riesgo; en segundo lugar, el riesgo en el acto sexual es aún mayor, habiendo practicado sexo con más de una personas en el año de referencia, el individuo reporta que no utilizó preservativo. Estos datos ponen en a nuestra joven muestra en un estado de riesgo ya que se reportó que el 14.2% de los jóvenes que tienen un nivel medio de habilidades sociales, tiene menos de 5 parejas sexuales hasta la actualidad, el 14.8% de estos jóvenes sexualmente activos, menciona haber tenido entre 1 y 4 parejas sexuales en los últimos 6 meses. El 9.8% de los jóvenes que tiene un nivel alto de habilidades sociales, han tenido entre 1 y 4 parejas sexuales en los últimos 6 meses.

De manera general, entre estas mujeres la prevalencia de sexo de alto riesgo presenta una tendencia creciente en el tiempo: en el 2000, 9.4% de las que reportaron haber tenido sexo alguna vez en su vida respondieron que había sido con más de una pareja durante los últimos doce meses; y de ellas, únicamente 8% reportaron haber usado preservativo en su última relación coital. Para el año 2010, la prevalencia de sexo de alto riesgo en mujeres en este rango de edad aumentó a 12.6%, y el uso del preservativo masculino aumentó a casi 19.2% (Cueto, 2010)

En cuanto a la presencia de infecciones de transmisión sexual, se puede observar que el 2.7% de los jóvenes que tiene habilidades sociales bajas tienen infecciones de transmisión sexual.

Un 8.6% de las jóvenes universitarias que obtuvieron promedio bajo de habilidades sociales, resultaron embarazadas, la mayoría a los 17 años, edad en la que se suele iniciar los estudios universitarios, la mayoría de ellas presentó un solo embarazo, mientras que un 28.6% presentaron dos embarazos y un 4.7% presentaron más de 2 embarazos.

Cabe mencionar que sólo un 23.8% tuvo a su bebé, un 47.6% de jóvenes universitarias que estuvieron embarazadas se realizaron un aborto inducido o provocado.

Un 10.9% de jóvenes embarazaron a su pareja, tomando en cuenta de que 10.9% sea el 100%, podemos decir que de este porcentaje 90.0% embarazo una vez a su pareja y en ninguno de los casos el embarazo fue deseado, el 66.7% de estos embarazos culminaron en un aborto inducido o provocado.

El uso de drogas no es significativa con las conductas sexuales de riesgo, si bien es cierto es usada no es punto clave, para que alguna conducta de riesgo se dé, es importante mencionar que la droga más consumida por los jóvenes encuestados es el alcohol.

Conclusiones

PRIMERA.- En la presente investigación a pesar de las relaciones parciales halladas entre las variables de estudio, se puede afirmar que la hipótesis de la investigación no se comprobó. En general, el nivel de desarrollo de desarrollo de las habilidades sociales es bajo, sobre todo en 3 de ellas: autoexpresión, defensa de los propios derechos como consumidor y hacer peticiones, y las habilidades sociales en mejor nivel de desarrollo en ambos género, son: decir no e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

SEGUNDA.- En cuanto a diferencias de género, las mujeres muestran un mayor nivel en las habilidades sociales: autoexpresión, defensa de los propios derechos como consumidor y decir no. En los varones predomina la expresión de enfado.

TERCERA.- De la población estudiada la gran mayoría, casi tres cuartas partes ya ha tenido experiencia de relación coital, y ésta tuvo lugar, sobre todo, a los 16 – 18 años, con el enamorado(a) y mayormente en casa de alguno de ellos. Puede afirmarse que si hay un inicio temprano de las relaciones coitales, el 17.1% inició su relaciones coitales antes de los 16 años. Aunque la relación entre la primera relación coital y las habilidades sociales no es estadísticamente significativa, se ve de los que tuvieron su primera experiencia a los 16 años o menos, la mayoría corresponde a un bajo nivel de habilidades sociales.

CUARTA.- La gran mayoría de los jóvenes universitarios declara no haber utilizado algún anticonceptivo, lo que constituye una conducta sexual de alto riesgo en su primera experiencia sexual; no hay una relación estadística significativa entre el uso de los métodos anticonceptivos y los niveles de las habilidades sociales estudiadas.

QUINTA.- Uno de cada cuatro estudiantes 23.0% con experiencia sexual, uso drogas asociado a su primera relación sexual, hecho que también es una conducta sexual de riesgo y la mayoría de los que lo hicieron, 56.6%, corresponde al nivel bajo de habilidades sociales. No obstante, el cálculo estadístico de correlación muestra que no hay relación significativa entre los diferentes niveles de habilidades sociales y el consumo de drogas asociada a la primera experiencia sexual.

SEXTA.- En cuanto al número de parejas sexuales, como factor o conducta sexual de riesgo, encontramos que sí hay una relación significativa entre dicha conducta y las habilidades sexuales. Así, de los jóvenes que han tenido 4 o más parejas sexuales, el 47.3% corresponde al nivel de habilidades sociales bajo, el 34.4% al nivel medio, y el 18.3% al nivel alto.

SEPTIMA.- Aunque el porcentaje de estudiantes que han tenido alguna ITS es bajo, observamos que la mayoría de éstos tiene un nivel bajo de habilidades sociales.

OCTAVA.- El embarazo en la adolescencia, como consecuencia del inicio temprano de las relaciones sexuales es relativamente baja en comparación con las estadísticas mencionadas. Sin embargo, ésta investigación ha encontrado que de las 21 chicas que estuvieron embarazadas, en diez casos fueron antes de los 17 años. En su gran mayoría no fue deseado y en 16 casos se produjo aborto espontáneo o provocado y muerte fetal.

Sugerencias

PRIMERA.- Relacionar en futuras investigaciones más detalladas, cada una de la dimensiones de las habilidades sociales, con un dato directo de una conducta sexual de riesgo, posiblemente las diferencias más pequeñas puedan ser captadas y así poder tener una relación mas cercana de estas dos variables.

SEGUNDA.-Relacionar ítems más específicos relacionados a las conductas sexuales de riesgo, de esta manera se podrá conocer más detalladamente las características que influyen en estas conductas riesgosas.

TERCERA.- Aplicar un programa de educación sexual dentro del programa de tutoría universitaria, en primer año de la Universidad Católica de Santa María, ya que la mayoría de conductas riesgosa, ocurren en el periodo universitario.

CUARTA.- Aplicar un programa de habilidades sociales en primer año de la Universidad Católica de Santa María, ya que la mayoría de los alumnos que cometían algún tipo de conducta sexual de riesgo tenían un promedio bajo en habilidades sociales.

Limitaciones

PRIMERA.- La bibliografía mencionada es extensa pero a la vez no existen suficientes antecedentes teóricos investigativos sobre la relación que se planteaba probar.

SEGUNDA.- No se encontró una prueba de conductas sexuales de riesgo idónea para la investigación, por lo que tuvo que ser creada y muchas veces modificada.

TERCERA.- Los alumnos de la universidad en igual género, no tienen una actitud tranquila al momento de contestar pruebas que van dirigidas un poco más hacia su intimidad, por lo que muchas de estas pruebas tuvieron que ser eliminadas al no ser llenadas del todo o al llenar información que no era resaltante ni importante para la investigación.

Referencias bibliográficas

Abing, J.; Bater, I. y Zarate, A. (2002). *Comunicación sobre Planificación Familiar*. Colombia: Horizonte Sanitario.

Argyle, M. (1981). *Social Skills and Health*. Londres: Methuen.

Asociación Americana de Retraso Mental (2002). *Definición sobre Habilidades Sociales*.

Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa – Calpe.

Bermudez, L. y Gallegos, A. (2003) *Habilidades Sociales en adolescentes Mayores y Hombres y Mujeres (de 17 a 20 años)*. Tesis publicada, Universidad Católica de Santa María, Arequipa – Perú.

Caballo, V. (1997). *Manual de Evaluación y Tratamiento en Habilidades Sociales*. España: Siglo XXI. Editores.

Camacho, C. Camacho, M. (2005). *Habilidades Sociales en Adolescencia: Un Programa de Intervención*. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual.

Campo, A., Silva, J., Meneses, M., Castillo, M., Navarrete, P. (2004). *Factores asociados con el Inicio Temprano de Relaciones Sexuales en Estudiantes Adolescentes de un Colegio de Bucarmanga*. Colombia: Bogotá.

- Carrera, P. Rodríguez, R. (2011). *Habilidades Sociales en Estudiantes Universitarios*. Tesis de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa – Perú.
- Clavijo, R. Pérez, N. Fernández, C. Junquera, R. Rodríguez, L. Ribes, M. Patiño, M. Márquez, J. Alés, M. Gonzáles, M. Centro de estudios vactory. (2005). *Educador de Educación Especial de la Generalitat Valenciana: Temario específico*. España: Madrid.
- Cueto, S. Saldarriaga, V. Muñoz, I. (2010). *Conductas de Riesgo entre Adolescentes Peruano: Un Enfoque Longitudinal*. Perú
- Doblado, N. De la Rosa, I. Manrique, J. (2010). *Aborto en la Adolescencia un Problema de Salud*. Cuba: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. N° 36.
- Ehrenfeld, N. (1997). *El embarazo, características y consecuencias en la Madre Puber-Adolescente*. México: Simposio Laboratorio Serono.
- Estupiñán, A. Rodríguez, L. (2009). *Aspectos Psicosociales en Universitarias Embarazadas*. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Colombia.
- Freyre, E. (1994). *La Salud del Adolescente*. Lima: CONCYTEC
- García, M. Magaz, A. *Programa de Habilidades Sociales: Dragones, Ratonos y Seres Humanos*. Madrid: CEPE.
- Gascón, A., Silva, J., Meneses, M. Castillo, M., Navarrete, P. (2004). *Factores Asociados con el Inicio Temprano de Relaciones Sexuales en Estudiantes Adolescentes de un colegio de Bucaramanga*. Colombia.
- Gismero, E. (2002). *Escala de habilidades sociales*. Madrid: TEA.

Gonçalves. S. Castellá, J. Sandra, M. (2007). *Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes*. Revista Interamericana de Psicología. N° 2 , Volumen 41.

González, E. Montero, A. Martínez, V. Mena, P. Varas, M. (2010) *Percepciones y Experiencias del Inicio Sexual desde una Perspectiva de Género, en Adolescentes Consultantes en un centro Universitario de Salud Sexual y Reproductiva*. Universidad de Chile, Chile.

González, J. González, M (2002). *Aspectos Psicopedagógicos Claves para la Instrucción del Profesorado*. España: Editorial Club Universitario.

Hidalgo, C. Abarca, N. (1999). *Comunicación interpersonal*. Bogotá, Colombia: Alfaomega.

Ladd, G. Mize, J. (1983). *A Cognitive-Social Learning Model of Social Skills Training*. USA: Psychological Review.

Lamas, H. (2001). *Modelos de la Sexualidad*. Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú.

Lescano, G. Rojas, A. Vara, A. (2003). *Situación de las Habilidades Sociales en Adolescentes Escolares del Perú*. Recuperado de: http://www.aristidesvara.net/prb/investigaciones/educacion/HABILIDADES_SOCIALES/habilid_social_02_A.htm el día 28 de setiembre del 2011.

López, F. (1999). *La Vida Sexual del Adolescente*. España: Editorial Verbo Divino.

López, F. (2004). *Conducta Sexual de Mujeres y Varones: Iguales y Diferentes*. Madrid: Prentice Hall.

Matson, J. Ollendick, T. (1988). *Enhancing Children's Social Skills Assessment and Training*. Great Britain: Wheaton &co.

Menken, J. (1980). *The Health and Demographic Consequence of Teen age Childbearing*. USA: Washington.

Montoya, I. y Muñoz, I. (2009). *Habilidades para la Vida*. Revista de Formación del Profesorado. España: Valencia.

Moral, J. (2007). *Conducta Sexual y Uso del Preservativo en Estudiantes Universitarios*. México: Monterrey.

Navarro, E. (2002). *Adolescencia y Sexualidad: Diferencias de Género en la Iniciación Sexual*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.

Paredes, P. (2002). *Iniciación Sexual en Adolescentes Varones y Mujeres*. Tesis de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa – Perú.

Pezo, H. (2012). *Características de las Habilidades Sociales de los Estudiantes del Octavo Semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María*. Tesis de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa – Perú.

Ponce, G. Lewis, J. (2004). *Comportamiento Sexual en Jóvenes Universitarios de Ambos Sexos*. Tesis de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa – Perú.

Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R., Richart, M. (2001) *La Calidad de Vida y el Estado de Salud de los Estudiantes Universitarios*. Alicante : Universidad de Alicante.

Ruíz, M. (2002). *Desafíos y Oportunidades para la equidad de Género en América Latina y el Caribe*.

Rodríguez, J. (2009). *Variables Intermedias de la Fecundidad Adolescente en Chile: Evolución, desigualdad e implicancias de políticas*. Chile: Revista Salud Pública, volumen 13.

Soto, V. (1988). *Comportamiento Sexual del Universitario Peruano*. Perú: Chiclayo.

Suazo, S. (2006). *Inteligencias Múltiples: Manual práctico para el nivel elemental*. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.

Trower, P. (1980). *Situational analysis of the components and processes of behavior of socially skilled and unskilled patients*. Publicado por: Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Uribe, A. (2005). *Evaluación de Factores Psicossociales de Riesgo para la Infección por el VIH/SIDA en Adolescentes Colombianos*. España: Universidad de Granada.

Villar, J. y cols (1992). *Una Muestra aleatoria del Apoyo Psicossocial durante el Embarazo de Alto Riesgo*. The New England Journal of Medicine.



Anexos



Universidad Católica de Santa María

CUESTIONARIO PERSONAL

Estimado(a) joven:

El presente Cuestionario forma parte de un trabajo de investigación científica dirigida a conocer algunas manifestaciones de la sexualidad de los(as) universitarios(as), con el fin de elaborar programas de educación sexual. Por esta razón te pedimos que tengas a bien responder las siguientes preguntas CON TODA SINCERIDAD. El Cuestionario es anónimo, por lo que no debes escribir tu nombre, sino responder con la verdad y honestidad que se requiere.

MUCHAS GRACIAS

Edad: _____

Sexo: Varón ()

Mujer ()

Programa Profesional: _____

Estado civil: Soltero ()
Casado ()
Conviviente ()
Divorciado ()

1. ¿A qué edad tuviste tu primer(a) enamorado(a)?

2. ¿Tienes pareja actualmente?
a) Sí ()
b) No ()

3. ¿A qué edad tuviste tu primera relación coital?

a) Antes de los 13 ()
b) 13 ()
c) 14 ()
d) 15 ()
e) 16 ()
f) 17 ()
g) 18 ()
h) Después de los 18 ()
i) Todavía no he tenido ()

Pase a la pregunta N° 16

4. ¿Con quién fue tu primera relación coital?

a) Enamorado (a) ()
b) Amigo/a ()
c) Familiar ()
d) Prostituta (o) ()
e) Conocido de ese momento ()
f) Otro () Especifique: _____

5. ¿En qué lugar fue tu primera relación coital?

a) Mi casa ()
b) Casa de mi pareja ()
c) Casa de un amigo/a ()
d) Hotel ()
e) Lugar público ()
f) Otro () Especifique: _____

6. En tu primera relación coital ¿Utilizaste algún método anticonceptivo?

a) Sí ()
b) No ()

7. Especifique, de ser el caso:

a) Preservativo o condón ()
b) Coito interrumpido ()
c) Ritmo o calendario ()
d) Píldora ()
e) Inyecciones ()
f) Pastilla del día siguiente ()
g) Espermaticidas ()
h) Otro () Especifique: _____

8. ¿Consumiste algún tipo de droga la primera vez que tuviste relaciones coitales?

a) Sí ()
b) No ()

- 9 Especifique de ser el caso:
- a) Alcohol ()
 b) Marihuana ()
 c) Cocaína ()
 d) Otro () Especifique: _____
- 10 ¿Cuántas parejas sexuales has tenido aproximadamente desde tu primera relación coital hasta la fecha?
- a) 1 () f) 6 ()
 b) 2 () g) 7 ()
 c) 3 () h) 8 ()
 d) 4 () i) 9 ()
 e) 5 () j) Más de 9 ()
- 11 ¿Con cuántas personas has mantenido relaciones coitales en los últimos 6 meses?
- a) 1 ()
 b) 2 ()
 c) 3 ()
 d) 4 ()
 e) Más de 4 ()
 f) Otro () Especifique: _____
- 12 ¿Mantienes actualmente relaciones coitales con tu pareja o con alguna persona que no lo sea necesariamente?
- a) Sí ()
 b) No ()
- 13 En caso de haber respondido sí, en tus relaciones coitales ¿Utilizas algún método anticonceptivo?
- a) Sí, siempre ()
 b) La mayoría de las veces ()
 c) Algunas veces ()
 d) No, nunca ()
- 14 Especifique, de ser el caso:
- i) Preservativo o condón ()
 j) Coito interrumpido ()
 k) Ritmo ()
 l) Píldora ()
 m) Inyecciones ()
 n) Pastilla del día siguiente ()
 o) Espermicidas ()
 p) Otro () Especifique: _____
- 15 Aproximadamente ¿Cuántas veces tienes relaciones coitales durante el mes?
- a) 1 a 2 ()
 b) 3 a 4 ()
 c) 5 a 6 ()
 d) 7 a 8 ()
 e) Más de 9 ()
 f) Ninguna ()
- 16 ¿Alguna vez has tenido una infección de transmisión sexual?
- a) Sí ()
 b) No ()
- 17 En caso de haber respondido sí, ¿Cuál fue la infección que contrajiste?
- a) VIH SIDA ()
 b) Gonorrea ()
 c) Clamidia ()
 d) Herpes genital ()
 e) Ladillas ()
 f) Otro () Especifique: _____
- 18 Si tu respuesta a la pregunta anterior fue positiva, ¿Qué tipo de atención recibiste?:
- a) Médico particular ()
 b) Hospital o clínica ()
 c) Receta casera o popular ()
 d) Ninguna ()

SOLO PARA MUJERES

- 19 ¿Alguna vez has estado embarazada?
a) Sí ()
b) No () Pasa a la pregunta N° 28
- 20 En caso de haber respondido sí, ¿A qué edad estuviste embarazada por primera vez?
a) 14 ()
b) 15 ()
c) 16 ()
d) 17 ()
e) Más de 17 ()
f) Otro () Especifique: _____
- 21 ¿Cuántas veces estuviste embarazada?
a) 1 ()
b) 2 ()
c) Más de 2 ()
- 22 ¿El embarazo fue deseado?
a) Sí ()
b) No ()
- 23 ¿Cómo finalizó el embarazo?
a) Tuve al bebé ()
b) Nació y murió ()
c) Aborto espontáneo ()
d) Aborto inducido o provocado ()

SOLO PARA HOMBRES

- 24 ¿Alguna vez embarazaste a tu(s) pareja (s)?
a) Sí ()
b) No () Pasa a la pregunta N° 28
- 25 Si tu respuesta fue afirmativa, ¿Cuántas veces embarazaste a tu pareja(s)?
a) 1 ()
b) 2 ()
c) Más de 2 ()
- 26 ¿El embarazo fue deseado?
a) Sí ()
b) No ()
- 27 ¿Cómo finalizó el embarazo?
a) Nació y vive ()
b) Nació y murió ()
c) Aborto espontáneo ()
d) Aborto inducido o provocado ()
- 28 ¿Actualmente cuando tienes relaciones coitales, usas alguna droga?
a) Sí ()
b) No ()
- 29 Si tu respuesta es afirmativa, ¿Qué tipo de droga usas?
a) Alcohol ()
b) Marihuana ()
c) Cocaína ()
d) Otro () Especifique: _____



A No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haré.
 B Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
 C Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúo o me siento así.
 D Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Nombre y apellidos		Edad		Sexo	
Código		Fecha			



ANOTE SUS RESPUESTAS INDICANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O DE ACTUAR.
 COMPRUEBE QUE RODEA LA LETRA EN LA MISMA LÍNEA DE LA FRASE QUE HA LEÍDO.

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido. A B C D
2. Me cuesta telefonear a tiendas, oficinas, etc. A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo. A B C D
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entré después que yo, me callo. A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle «No». A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado. A B C D
7. Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo. A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto. A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir. A B C D
10. Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo. A B C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería. A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle. A B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero llamarlo a manifestar abiertamente lo que yo pienso. A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortar. A B C D
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme. A B C D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto. A B C D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta. A B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, como la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella. A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás. A B C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales. A B C D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo. A B C D
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado. A B C D
23. Nunca sé cómo «cortarla» a un amigo que habla mucho. A B C D
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión. A B C D
25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo. A B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor. A B C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita. A B C D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mí físico. A B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.). A B C D
30. Cuando alguien se me «cuela» en una fila, hago como si no me diera cuenta. A B C D
31. Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados. A B C D
32. Muchas veces prefiero ceder, callar o «equilibrarme» de en medio para evitar problemas con otras personas. A B C D
33. Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces. A B C D

COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN
 A CADA UNA DE LAS FRASES

Autore: Elina Guzmán González.
 Copyright © 2000 by TUA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial.
 La edición impresa en esta obra, en su totalidad, se realizó en el mes de mayo del 2000 en Lima, Perú.

La parte de imagen con el identificador de relación r1d13 no se encontró en el archivo.

