

Conductas sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes universitarios

Risky sexual and addictive behaviors in university students

Zoila Edith Hernández Zamora¹ y Alma Cruz Juárez²

RESUMEN

Se presentan los principales resultados obtenidos a partir de la aplicación de un examen de salud integral a los alumnos de nuevo ingreso de una universidad pública, mismos que dan cuenta de los factores de riesgo implicados en las conductas sexuales y adictivas. Los resultados indican que un porcentaje considerable de esta población no utiliza protección en sus relaciones sexuales, y que el uso de tabaco sobresale entre los demás tipos de consumo. A partir de estos resultados, se proponen estrategias para prevenir los comportamientos de riesgo detectados.

Palabras clave: Factores de riesgo; Salud adolescente; Adicciones; Sexualidad.

ABSTRACT

The main results obtained from the application of an integral health survey to the new generation of students that entered a public university are presented, showing the risk factors implied in their addictive and sexual behaviors. These results indicate that a considerable percentage of the student population does not systematically use a condom every time they have sexual intercourse, and that the consumption of tobacco is the most frequent among consumption patterns. Based on these results, the authors propose strategies in order to prevent the risky behaviors detected.

Key words: Risk factors; Adolescent health; Addictions; Sexuality.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la cultura occidental, la salud se considera como uno de los valores más apreciados, si bien existen otros valores que también ocupan una posición muy alta dentro de la jerarquía cultural y que entran en clara contradicción con el de la salud. Tener éxito, vivir cómodamente o experimentar sensaciones intensas son algunas de las motivaciones que se oponen, en muchos casos, al comportamiento saludable (Amigo, Fernández y Pérez, 2003). Entre los comportamientos que desempeñan un importante papel en la morbimortalidad del país se hallan las conductas sexuales riesgosas y las adicciones (Aburto, 2005), cuyas consecuencias pueden ser extremadamente graves.

Los problemas de salud de la adolescencia y juventud, etapa cronológica en la que está incluida la población estudiantil universitaria, son diferentes a los propios de otras etapas de la vida, pues se caracterizan por una carga psicosocial elevada y baja incidencia de trastornos orgánicos. Los jóvenes son así un segmento relativamente sano de la población (Barra, Cancino, Lagos, Leal y San Martín, 2005), y cuando

¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (228)841-89-00, ext. 13219, correo electrónico: zhernandez@uv.mx. Artículo recibido el 13 de septiembre de 2007.

² Centro de Atención Integral para el Estudiante Universitario, Universidad Veracruzana, Calle Cayetano Rodríguez Beltrán 49, 91000 Xalapa, Ver., México, tel. (228)820-32-79, correo electrónico: acruz@uv.mx.

reportan mala salud es por lo regular el resultado de accidentes y lesiones producidas por conflictos armados, actos de violencia, uso de drogas o infecciones transmitidas sexualmente (ITS); de hecho, los accidentes y las lesiones son las causas principales de morbilidad, mortalidad y discapacidad en este grupo etario (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2005).

En esta edad, los riesgos psicosociales tienen mayor peso que los biológicos en la ocurrencia de trastornos a la salud, habitualmente generados en los lugares donde viven los jóvenes: centros escolares, deportivos, laborales, de entretenimiento y familiares. Intervenir en los factores de riesgo dentro del proceso educativo imprime a sus actividades un carácter preventivo y de promoción a su salud más que correctivo, por lo que la información se convierte en una necesidad apremiante.

El concepto de salud dentro del contexto universitario va mucho más allá de suministrar instrucción sanitaria, servicios de salud y psicopedagógicos a los estudiantes, y consiste más bien en la interrelación de diversos componentes: *a)* la educación integral para fortalecer la autoestima y la capacidad de los jóvenes para fomentar hábitos y estilos de vida saludables, *b)* la educación en salud escolar basada en valores que fortalezcan las habilidades para la vida, *c)* los entornos que refuerzan la promoción de la salud, *d)* los servicios de nutrición que fomenten la formación de hábitos saludables y *e)* la educación física y la recreación que contribuyan al desarrollo humano integral. Cuando estos componentes se organizan e integran, constituyen el llamado *enfoque integral* en la formación del individuo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003).

A partir de lo anterior, se sitúa a la escuela (cualquiera que sea su nivel educativo) y, en este caso particular, a la universidad como escenarios con alto potencial para el desarrollo de actitudes crítico-reflexivas ante las prácticas y factores de riesgo, así como para la construcción de estilos de vida saludables.

Por consiguiente, en esta investigación se hace un énfasis especial en la detección de factores de riesgo de los comportamientos sexuales y el uso de sustancias psicoactivas debido a que está documentado que los jóvenes son especialmente vulnerables por encontrarse en una fase de transición

(Coleman y Hendry, 2003; Fantin, 2005; Secretaría de Educación Pública/Instituto Mexicano de la Juventud/Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud, 2002), y que es durante esta etapa donde mayormente se comienzan las relaciones sexuales y el consumo de sustancias adictivas (Meda, Torres, Cano y Vargas, 2004). Pero también es un estadio propicio para que se prevenga el comportamiento sexual de riesgo o el adictivo (Sotelo, 2004).

Desde el punto de vista social del problema, hay la tendencia a afirmar que los adolescentes son quienes más consumen drogas de tipo legal e ilegal, lo que se muestra en la alta concentración de jóvenes en lugares nocturnos que propician el consumo, el tiempo de ocio excesivo, el proceso de socialización y la influencia de los grupos de iguales (Coleman y Hendry, 2003). En efecto, los jóvenes con problemas de adicción son seres vulnerables cuyo consumo expresa profundos conflictos (Barra y cols., 2005).

En los comportamientos anteriormente mencionados, las variables que entran en juego no aparecen de un modo explícito y preciso puesto que es un fenómeno sumamente complejo que no puede explicarse sobre la base de causas únicas; por el contrario, se trata de la interacción conjunta de distintos tipos de elementos, como la personalidad, la mera curiosidad, la presión del grupo y otras variables sociales y contextuales (familia, escuela, grupo...) (Carrasco, Barriga y León, 2004; López, Santín, Torrico y Rodríguez, 2003).

No es menos cierto que el consumo se incrementa con la edad, afectando mayoritariamente a los adultos jóvenes. Cabe resaltar que mientras menor sea la edad de inicio, habrá un mayor riesgo de que surjan problemas posteriores, por lo cual, si no es posible evitar su consumo, tiene gran importancia retrasar la edad en la cual ocurre el primer contacto con tales sustancias.

Un importante elemento a considerar al analizar las conductas de riesgo, es que generalmente los adolescentes y jóvenes suponen que las adicciones y las ITS, incluido el VIH/sida, no serán problemas experimentados por ellos, al menos de manera directa.

No obstante, hay evidencia de que los jóvenes contraen ITS en un alto porcentaje; en muchos países, más de las dos terceras partes de los

adolescentes y adultos jóvenes de 20 a 24 años de edad contribuyen de manera desproporcionada al aumento de morbilidad por sífilis y blenorragia, y en los países industrializados más de las dos terceras partes de los casos declarados de blenorragia corresponden a menores de 25 años (González, 2003).

La ocurrencia de ITS indica que no se usa el condón, o bien que se utiliza en forma incorrecta. En una investigación realizada en la ciudad de México con estudiantes de primer ingreso al bachillerato y licenciatura, se encontró que únicamente 35.5% de las mujeres y 42.2% de los hombres usaba el condón durante su primera relación sexual (González, 2003).

La prevención, el cambio y el abandono de hábitos nocivos para la salud requiere de una serie de planteamientos basados en estudios reales y no en meras suposiciones, ya que a partir de sus resultados será posible la adquisición de hábitos saludables, los que implican una fase motivacional para el cambio, y una volitiva, o de acción propiamente dicha.

Lo anterior plantea la necesidad de identificar y analizar colectivamente los factores de riesgo para la salud de este grupo poblacional y la factibilidad de diseñar y desarrollar estrategias para la prevención y promoción de la salud a partir de los resultados del diagnóstico y análisis de tales factores.

Resulta, pues, de gran importancia conocer la percepción que tienen los estudiantes universitarios sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como su postura ante la sexualidad, con el objetivo de que las diferentes instituciones dedicadas a disminuir o abatir estos problemas puedan realizar sus intervenciones con mayores elementos de juicio. Todo proceso educativo resulta mejor si parte de la realidad de los educandos e incorpora las percepciones que ellos tienen de la misma.

La detección y el análisis de los factores de riesgo a los que se ven expuestos los alumnos que ingresan a la universidad proporciona una caracterización de sus creencias, prácticas y estilos de vida, lo que hace posible la conformación de programas de acción dirigidos a modificar los estilos de vida patogénicos y favorecer los estilos de vida

saludables (Meda y cols., 2004), así como la instrumentación en el corto plazo de otras opciones que fomenten la promoción de la salud en el escenario educativo con una visión humanista y holística.

La universidad, como institución educativa, tiene entre sus objetivos primordiales proporcionar a los estudiantes de las diversas disciplinas una formación integral en los aspectos intelectual, social y profesional que les permita un desarrollo exitoso como seres humanos. Así, su compromiso no se limita a la transmisión de contenidos teóricos, habilidades y valores que capaciten al alumno para el desempeño profesional, sino que incorpora también el fomento y promoción de la salud (Universidad Veracruzana, s/f).

Con tal perspectiva, se realizó el presente estudio, cuyo fin es aportar información para la prevención oportuna de algunos problemas específicos de salud pública, así como proporcionar a la población estudiantil los medios para mejorar y ejercer un mayor control sobre su salud a partir de su participación.

MÉTODO

Sujetos

Las personas que participaron en este estudio fueron 3,075 estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana, con una edad promedio de 17.5 años, pertenecientes a 45 carreras distintas, los cuales representan 58.2% del total de esta población, integrada por 5,283 alumnos.

Instrumento

Se usó un instrumento de medición compuesto por 57 preguntas elaboradas ex profeso por el equipo de trabajo, en el que se incluyeron cuestiones reunidas por secciones, mismas que se presentaron por separado en el cuerpo del cuestionario; tales secciones fueron, a saber: *a)* Datos socioeconómicos; *b)* Familia, autoestima y comunicación; *c)* Salud sexual y reproductiva; *d)* ITS y VIH/sida; *e)* Consumo de tabaco; *e)* Consumo de alcohol; *f)* Consumo de marihuana, y *g)* Consumo de cocaína.

RESULTADOS

De los participantes, el porcentaje mayor (56.26%) correspondió a las mujeres, siendo éstas un total de 1,730; los hombres ocupan el 43.74% restante de la muestra, con un total de 1,345. Con relación a la edad, 62.7% correspondió al rango de 17-18 años; la gran mayoría eran solteros (96.94%).

Consumían tabaco 795 personas (25.85%) de la población de estudio, de los cuales un poco más de la mitad eran hombres; los principales motivos para fumar y consumir alcohol fueron los mismos

en ambos casos y en el mismo orden: relajarse, sentirse bien y experimentar placer.

De esta muestra, 1,219 estudiantes (39.64%) declararon haber tenido relaciones sexuales, y, de estos, 44 habían tenido alguna ITS (1.43%), como gonorrea (14), sífilis (3) y candidiasis o tricomoniasis (10). Diecisiete no especificaron el tipo de ITS.

En la Tabla 1 se muestran los principales resultados obtenidos con relación al consumo de drogas y a la conducta sexual, presentándose exclusivamente los porcentajes correspondientes a las respuestas afirmativas.

Tabla 1. Consumo de drogas y conductas sexuales.

	%
Consume tabaco	25.85
Consume bebidas alcohólicas sólo en ocasiones especiales	41.72
No consume bebidas alcohólicas	29.17
Ha probado bebidas alcohólicas y no quiere volver a consumirlas	15.26
Consume marihuana	1.27
Consume cocaína	.36
Ha recibido información sobre sexualidad	98.83
Ha recibido información sobre VIH/sida e ITS	97.01
Cree necesitar información sobre sexualidad	52.29
Ha tenido relaciones sexuales	39.64
Se considera en riesgo de contraer el VIH/sida	30.05
Utilizó algún método en su primera relación sexual	63.90

La Tabla 2 se refiere únicamente a la población que ha tenido relaciones sexuales (39.64%), de acuerdo a las prácticas sexuales más frecuentes

que realiza; cabe aclarar que hubo personas que respondieron a más de una de las preguntas.

Tabla 2. Distribución de la población por prácticas sexuales más frecuentes (multirrespuesta).

Prácticas	Fr.	%
Relaciones sexuales con personas desconocidas	113	9.27
Relaciones sexuales durante y después de haber ingerido bebidas alcohólicas	195	15.99
Relaciones sexuales sin el uso del condón (pene-vagina)	477	39.13
Relaciones sexuales con personas conocidas sin el uso del condón o preservativo	507	41.59
Relaciones sexuales anales sin el uso del condón	80	6.56
Relaciones sexuales durante la menstruación sin el uso del condón	159	13.04

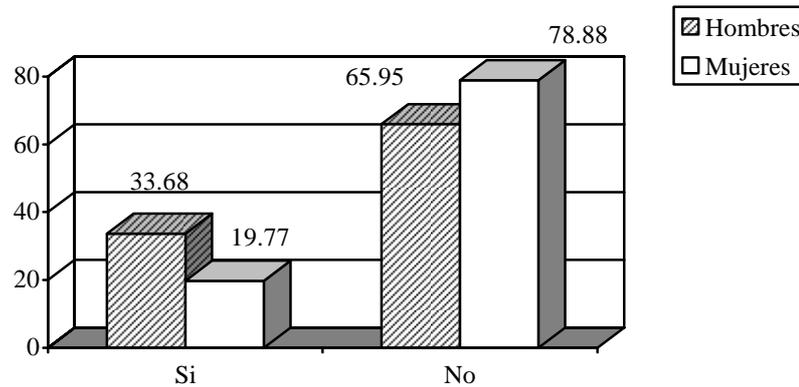
La Gráfica 1 distribuye a la población de acuerdo al consumo de tabaco según el género; puede observarse que este consumo es más alto en los hombres que en las mujeres, con una diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 23.06$, $p < .05$).

En la Gráfica 2 se observa que la escuela sigue siendo un factor de suma importancia en la educación sexual de los jóvenes, ya que está muy

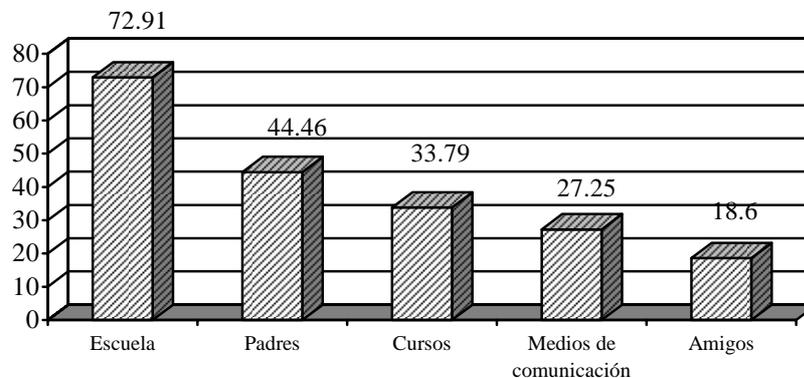
por encima de la educación que en este aspecto dan los padres a sus hijos.

En la Gráfica 3 se muestra la distribución de la población de acuerdo al género en cuanto a las relaciones sexuales. Puede observarse que de manera estadísticamente significativa son más los hombres los que declaran haberse iniciado sexualmente, en comparación con las mujeres ($X^2 = 29.17$, $p < .05$).

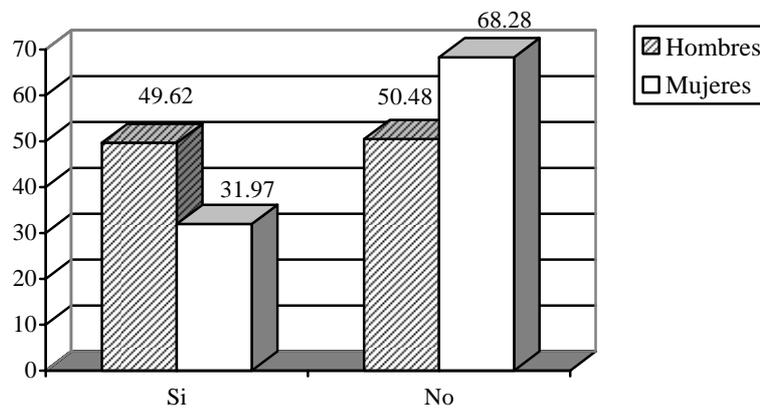
Gráfica 1. Distribución de la población por género según consumo de tabaco.



Gráfica 2. Agentes de información sobre sexualidad (multirrespuesta).



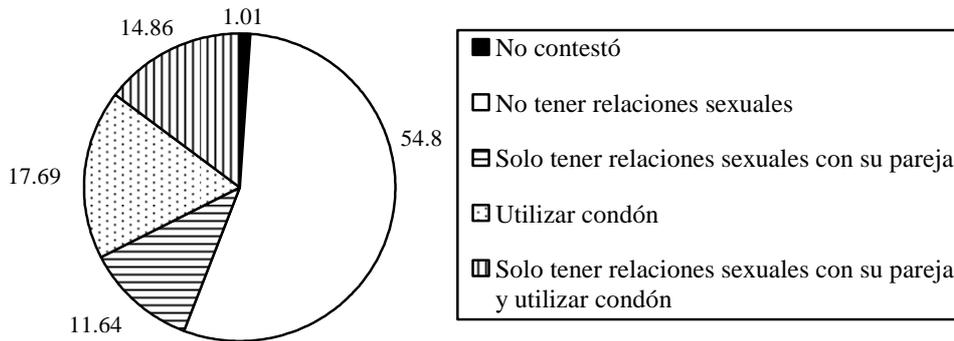
Gráfica 3. Distribución de la población según alguna vez ha tenido relaciones sexuales de acuerdo al género.



Como puede observarse en la Gráfica 4, más de la mitad (59.38%) de los entrevistados practicaba la abstinencia, aunque el porcentaje fue más bajo (39.64%) cuando se les hizo la pregunta directa sobre si habían tenido relaciones sexuales, lo que contradice lo afirmado en cuanto a las medidas

que tomaban para no contraer ITS, que resultó ser 44.19% (sin considerar 1.01% que no respondió). Asimismo, no concuerda el uso del condón, en esta pregunta, con la que se volvió a formular solamente a quienes habían tenido relaciones sexuales, donde se aprecia que el uso del condón disminuye.

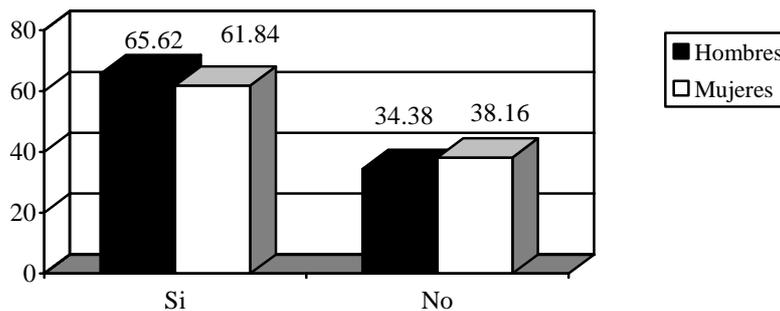
Gráfica 4. Distribución de la población por medidas que toma para no contagiarse de ITS y VIH/SIDA.



Los siguientes datos están referidos únicamente a la población que había tenido relaciones sexuales. Aun cuando la gran mayoría de los participantes afirmó haber recibido información sobre sexualidad e ITS, muchos de ellos no usaron ningún mé-

todo de protección en su primera relación sexual, como puede observarse en la Gráfica 5. Porcentualmente, los hombres fueron quienes más declararon haberlo hecho, comparados con las mujeres, aunque sin significancia estadística ($X^2 = .53, p < .05$).

Gráfica 5. Distribución de la población por si utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual según el género.



El método anticonceptivo más utilizado en la primer relación sexual de los estudiantes entrevistados fue el condón (58.98%); el resto dijo no haber utilizado ninguna protección, y 4.91% empleó algún otro método distinto.

La Gráfica 6 muestra un porcentaje menor a la mitad de los encuestados que manifestaron utilizar el condón siempre que tenían relaciones sexuales; así, más de la mitad de ellos lo utilizaba algunas veces o no le gustaba hacerlo dependiendo de las circunstancias.

Gráfica 6. Distribución de la población por frecuencia de uso de condón.



DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en este estudio muestran que más de la mitad de los jóvenes entrevistados no habían tenido relaciones sexuales; los hombres declararon haber iniciado su vida sexual entre los 16 y 17 años y las mujeres entre los 17 y 18. Al igual de lo que ocurre en el resto del país, son los hombres los que inician su vida sexual a una edad más temprana, tienen un mayor número de parejas sexuales y una mayor frecuencia de actividad sexual, por lo que el género es un factor de riesgo en el comportamiento sexual (Secretaría de Educación Pública/Instituto Mexicano de la Juventud/Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud, 2002).

El consumo de alcohol y de otras sustancias y el inicio de una vida sexual activa de manera no protegida es uno de los comportamientos más problemáticos de los jóvenes en la actualidad; de igual manera, la adolescencia resulta ser la fase de mayor riesgo en el inicio de conductas de consumo y de una vida sexual activa, lo que probablemente se encuentre favorecido por determinados rasgos característicos de esta etapa evolutiva, como la búsqueda de identidad, la necesidad de experimentar sensaciones desconocidas y la importancia otorgada al grupo.

El porcentaje de quienes dijeron haber sufrido alguna ITS es bajo, pero hubo casos de gonorrea y sífilis. Por otra parte, no se especifican otras infecciones, lo que puede estar en relación con el desconocimiento de sus diversas manifestaciones.

Las actitudes que se toman en el sentido de prevenir cualquier contagio de ITS o de VIH-sida definen de alguna manera una concepción subyacente de riesgo. A la pregunta de qué tipo de acciones realizan para prevenir un posible contagio de ITS, más de la mitad eligió el no tener relaciones sexuales.

Por otra parte, resulta preocupante que menos de la mitad de la población bajo estudio utilice el condón de manera sistemática, quedando en riesgo la mayor parte debido a razones que tienen que ver con la propia decisión o la de la pareja.

La gran mayoría de los jóvenes tiene conocimientos sobre el VIH-sida y las medidas preventivas pertinentes; se perciben capaces de practicar

conductas de prevención, creen que el condón es efectivo para evitar la infección del VIH, o tienen una actitud positiva ante este dispositivo; no obstante, eso no garantiza su uso sistemático y contradice que en el último momento opten por una conducta de riesgo al no emplearlo (Robles, Piña, Frías y cols., 2006).

La percepción del riesgo implica dos factores principales: el miedo a infectarse y la comprensión del riesgo; en este caso, puede decirse que la mayoría de la población estudiada no se consideraba en riesgo de infectarse con VIH u otras ITS. Resulta vital que la percepción del riesgo esté presente al momento de asumir la decisión o elección, para lo cual es necesario tener la información adecuada a fin de que los jóvenes ejerzan ese poder de elección de la forma más asertiva posible.

Con relación al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, se encontró que aproximadamente las tres cuartas partes de la población declararon no consumir tabaco, mientras que el resto dijo consumir menos de diez cigarrillos por día; si se comparan estos resultados con los reportados por la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2002), se puede corroborar que existe el mismo patrón de consumo que el de los jóvenes urbanos que dijeron fumar diariamente. Los principales motivos por los cuales los jóvenes consumen tabaco son para relajarse, sentirse bien, experimentar placer y disminuir su ansiedad. Al respecto, se puede decir que el consumo de tabaco en los jóvenes se ha convertido en una práctica usual debido a la permisividad social, a su carácter legal y al uso generalizado entre la población. Pese a las intensas campañas antitabaco, las falsas creencias o mitos que giran a su alrededor han minimizado la percepción del riesgo que conlleva su consumo, aunque está comprobado que el tabaco es una de las principales causas prevenibles de morbilidad en Occidente y que se le ha relacionado con el cáncer pulmonar, las enfermedades respiratorias, los trastornos cardiovasculares y las alteraciones digestivas, entre otras (Londoño, Torres y Contreras, 2004). No obstante lo anterior, es creencia común entre los adolescentes que el tabaco no provoca ningún daño físico y mucho menos emocional; son renuentes a aceptar que es nocivo y no prestan atención

a los problemas que provoca en el corto, mediano y largo plazo. El tabaco se comienza a consumir principalmente con los amigos; la imagen del fumador puede ser altamente valorada y se asocia con ciertas conductas que para los adolescentes constituyen ideales y modelos a imitar; los anuncios publicitarios representan estereotipos para la gente joven, que se ve atrapada por estos mensajes al ser un grupo vulnerable en la etapa de vida que atraviesan, en la cual deben alcanzar la madurez física e iniciar la transición a la etapa adulta. Aunque en México está prohibida esa publicidad en los medios electrónicos desde enero de 2003, las tabacaleras han buscado incrementar su promoción a través de otras estrategias para aumentar sus ventas, entre las cuales está el patrocinio de eventos deportivos, principalmente los llamados "deportes extremos".

Una de las drogas de mayor consumo entre los adolescentes y jóvenes es el alcohol, que además de ser legal se consigue en cualquier parte. A diferencia de otras drogas, tiene una amplia aceptación social en muchas culturas. Así pues, el patrón de consumo "poco frecuente" (menos de una vez al mes) caracteriza a este grupo poblacional. Cabe destacar que un poco menos de la tercera parte dijo no haber probado nunca el alcohol y que quince de cada cien lo había probado, pero no deseaba volver a consumirlo, porcentajes que, sumados, dan un 44.43%; lo anterior refleja un importante factor de protección ante el consumo de esta sustancia, por lo que es importante trabajar en este contexto la prevención primaria.

Los estudiantes que consumen alcohol refieren los mismos motivos que los que consumen tabaco: relajarse, sentirse bien, experimentar placer, relacionarse con los demás o estar a la moda, por lo que en la actualidad los adolescentes optan por estar en los lugares en que existe una mayor tolerancia social hacia el consumo de bebidas alcohólicas. Estas respuestas permiten identificar algunos de los principales factores de riesgo.

Las pautas de conducta con relación al consumo de alcohol se establecen a temprana edad, y de allí la importancia de fomentar el retraso de la edad de inicio cuando no se puede impedir dicho consumo. Además, es preciso promover el consumo moderado y responsable (prevención secundaria).

En cuanto a otras sustancias, la mayoría de los jóvenes de este estudio muestran características de consumo de tipo "experimental", el cual refiere el uso esporádico motivado por la curiosidad para probar los efectos de esas sustancias o por la presión de pares, sin que se exhiban, en este caso, problemas de tipo psicosocial atribuibles al consumo de sustancias. Además, se presenta el "uso social u ocasional", mismo que consiste en el uso esporádico u ocasional, asociado a circunstancias especiales de tipo recreativo o de socialización, aunque en algunos casos hay problemas interpersonales o de ajuste familiar atribuibles al consumo (Guízar, Díaz-Barriga, Fernández y Alpizar, 2005). En cuanto al consumo de marihuana, 1.27% de la población investigada la consumía al momento del estudio. Los estudiantes que consumen esta droga refieren como principales motivos para su consumo el relajarse, sentirse bien y experimentar placer, intensificar las sensaciones placenteras, relacionarse con los demás, estar a la moda y disminuir la ansiedad. Por su bajo costo y accesibilidad y la baja percepción de riesgo que tienen los jóvenes con respecto a los daños que ocasiona, consideran incluso que la marihuana es una droga permitida, por lo que es la primera droga ilegal con la que generalmente se tiene contacto en la adolescencia.

Uno de los grandes mitos es que el uso de esta droga estimula la creatividad. Sin embargo, algunos datos revelan que tal percepción es incorrecta ya que el sistema nervioso central se ve afectado por la droga, produciéndose un estado de sedación y falta de percepción adecuada del tiempo y el espacio.

Con respecto al consumo de cocaína, 0.36% reportó consumirla al momento de la presente investigación; a pesar de ser este un mínimo porcentaje, llama la atención su patrón de consumo (frecuencia y cantidad), que es de tipo funcional, pues quienes consumen esta droga lo hacen solamente en fiestas o reuniones. En cuanto a los motivos para su consumo, se reportan, según su orden de importancia, los siguientes: para disminuir la embriaguez, relajarse, sentirse bien, experimentar placer, disminuir la ansiedad, relacionarse con los demás o estar a la moda, así como porque el medio en el que se desenvuelven es diferente al ambiente social y familiar del que provienen.

Hoy en día, el incremento del consumo se relaciona con el actual modelo social, que propicia el consumismo, la competencia, el hedonismo, el individualismo y la idea de éxito económico, entre otras. La disponibilidad y el uso de alcohol, tabaco y otras drogas adictivas son más frecuentes en determinados espacios destinados al esparcimiento de grupos de adolescentes y jóvenes, donde la asociación que existe entre la diversión y el consumo de sustancias es muy estrecha. En estas situaciones, el consumo se ve reforzado por algunas condiciones que prevalecen en ese entorno, como la emotividad psicológica y la influencia que ejercen los compañeros y amigos. En ocasiones, estos ambientes de convivencia contribuyen a alterar las ideas o imágenes que el individuo tiene respecto de los riesgos y daños que provoca el consumo de determinadas sustancias adictivas, incrementando las probabilidades de su consumo.

Ante este panorama de cambios de las formas de vida y de la cultura en el mundo actual, las instituciones educativas, y en particular las universidades, tienen un papel importante que cumplir como formadoras de profesionistas y de seres humanos con una plena salud integral, con posibilidades de generar y aplicar conocimientos que atiendan a las necesidades de su entorno y que favorezcan el desarrollo social con equidad.

Existen factores que protegen a los adolescentes y jóvenes de adquirir conductas adictivas o de desarrollar conductas sexuales nocivas. La idea de los factores protectores proviene de estudios centrados en niños que parecen funcionar adecuadamente aun cuando vivan en condiciones de riesgo considerable (Taylor-Sechafer, 2004); a estos niños se les llama "resistentes", "invulnerables" o "competentes" (Bonanno, 2004; Brennan, Le Broque y Hammen, 2003; Fribor, Hjemdal,

Rosenvinge y Metinussen, 2003). Formar desde temprana edad, o bien proporcionar los elementos a los adolescentes y a los jóvenes para tener personalidad resistente, sería un importante factor de protección para evitar tales conductas adictivas o sexuales.

Por otra parte, la idea de proporcionar información a los jóvenes sobre las ITS parte de la hipótesis de que los individuos con un conocimiento apropiado evitarán las conductas de riesgo o practicarán conductas preventivas. Esta propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992) se sustenta en un modelo teórico que coloca a la información y los conocimientos como el estímulo que provocará una respuesta o conducta preventiva. En este sentido, el modelo repite los supuestos del arco reflejo.

No obstante lo anterior, se sabe que la sola información no es suficiente para motivar o provocar cambios de comportamiento; hacen falta muchos otros elementos, como la concienciación y sensibilización hacia la percepción del riesgo, que impliquen cambios de conductas, especialmente en el proceso de aprendizaje de los jóvenes.

La formación integral parte de la idea de desarrollar, equilibrada y armónicamente, diversas dimensiones del sujeto que lo lleven a formarse en lo intelectual, lo humano, lo social y lo profesional, de modo que beneficie a la sociedad e implique su preparación para la vida.

En consecuencia, en el diseño de las estructuras curriculares de la licenciatura se hace indispensable el establecimiento de un modelo flexible que logre la incorporación de nuevas experiencias educativas apoyadas en un trabajo eficaz y eficiente por parte de quienes operan los curricula universitarios.

REFERENCIAS

- Aburto, C. (2005). Los programas de intervención contra el comportamiento sexual riesgoso. *Psicología y Salud, 15*(2), 271-284.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Barra, E., Cancino, V., Lagos, G., Leal, P. y San Martín, J. (2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud, 15*(2), 231-239.
- Bonanno, G. (2004). Loss trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive alter extremely aversive events? *American Psychologist, 59*(1), 20-28.
- Brennan, P., Le Broque, R. y Hammen, C. (2003). Maternal depression, parent-child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *Journal of the American Academy of Chile & Adolescent Psychiatry, 42*(2), 1469-1477.

- Carrasco, A., Barriga, S. y León, J. (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 205-214.
- Coleman, J. y Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Fantin, M. (2005). Personalidad y adicciones en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(1), 37-48.
- Fribor, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. y Metinussen, M. (2003). A new rating scale for the adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76.
- González, M. (2003). Intervención breve para prevenir el VIH/SIDA en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 8(2), 309-324.
- Guízar, V. Díaz-Barriga, L., Fernández, C. y Alpízar, G., (2005). *Niños, adolescentes y adicciones: otra mirada desde la prevención*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Londoño, C., Torres, A. y Contreras, F. ((2004). Validez empírica de los modelos de prevención aplicados a la conducta de fumar. *Psicología y Salud*, 14(2), 269-277.
- López, M., Santín, C., Torrico, E. y Rodríguez, J. (2003). Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud*, 13(1), 5-18.
- Meda, R., Torres, P., Cano, R. y Vargas, R. (2004). Creencias de salud-enfermedad y estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 14(2), 205-214.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2005). *La juventud y las Naciones Unidas*. Disponible en línea: www.un.org/youth.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *La educación sanitaria escolar en la prevención del sida y de las enfermedades de transmisión sexual*. Ginebra: Serie OMS sobre el SIDA, 10.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003). *Conferencia Sanitaria Panamericana*. Washington, D.C.: Autor.
- Robles, S., Piña, J., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Moreno, D. (2006). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 16(1), 71-78.
- Secretaría de Educación Pública/Instituto Mexicano de la Juventud/Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud (2002). *Encuesta Nacional de la Juventud 2000*. Disponible en línea: www.imjuventud.gob.mx.
- Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Geografía, Informática y Estadística (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen ejecutivo*. Disponible en línea: <http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/>.
- Sotelo, M. (2004). *El adolescente frente al peligro*. México: Trillas.
- Taylor-Sechafer, M. (2004). Positive youth development: Reducing the health risks of homeless youth. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29(1), 36-40.
- Universidad Veracruzana (s/f). *El Modelo Educativo Integral Flexible (MEIF)*. Disponible en línea: <http://www.uv.mx/ofertaac/meif/index.html>.