

# Salud sexual y reproductiva en estudiantes de primer ingreso a la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco

*Deyanira González de León Aguirre, Addis Abeba Salinas Urbina y María del Pilar Torre Medina-Mora\**

## Resumen

Los adultos jóvenes que ingresan a las universidades mexicanas carecen en general de los recursos de información y atención necesarios para ejercer y disfrutar su sexualidad sin riesgos. Los adultos jóvenes representan un grupo poblacional que transita de la adolescencia a la vida adulta, cuyas necesidades particulares de salud sexual y reproductiva (SSR) merecen mayor atención en las políticas públicas. Los embarazos no deseados, los abortos inducidos, las infecciones de transmisión sexual y la violencia son problemas que frecuentemente afectan a este grupo. En este artículo se presentan resultados de una encuesta diseñada por el Programa Universidad Saludable de la UAM-X para identificar problemas y necesidades de salud en estudiantes de primer ingreso; se presentan también aspectos generales a incluir en un programa para promover la SSR de la comunidad estudiantil.

## Palabras clave

Adultos jóvenes ¶ Salud sexual y reproductiva ¶ Promoción de la salud ¶ Universidades promotoras de la salud

## Abstract

Young adults who enter Mexican universities often lack basic information and health care resources to express and enjoy their sexuality without risks. Young adults are a population group in transition from adolescence to adulthood, whose specific needs regarding sexual and reproductive health (SRH) deserve more attention in public policies. Unwanted pregnancies, induced abortions, sexually transmitted infections and violence are frequent problems that affect this group. Results from a survey designed by the Healthy University Program of the UAM-X to identify health problems and needs in students entering the institution are presented in this article; general points to be included in a program to promote the SRH of the student community are also presented.

## Keywords

Young adults ¶ Sexual and reproductive health ¶ Health promotion ¶ Health promoting universities

\* Deyanira González es profesora investigadora, Departamento de Atención a la Salud, UAM-X, México (dgonzal@correo.xoc.uam.mx). ¶ Addis Abeba Salinas es profesora investigadora, Departamento de Atención a la Salud, UAM-X, México (asalinas@correo.xoc.uam.mx). ¶ María del Pilar Torre es profesora investigadora, Departamento de Atención a la Salud, UAM-X, México (ptorre@correo.xoc.uam.mx).

## Introducción

UNA PROPORCIÓN importante de los estudiantes que ingresan a las universidades en México han iniciado o iniciarán su vida sexual sin contar con los recursos de información y atención necesarios para ejercer y disfrutar su sexualidad sin riesgos. La mayoría de los estudiantes universitarios está conformada por adultos jóvenes, un grupo poblacional numeroso y socialmente heterogéneo, cuyos problemas y necesidades de salud han sido escasamente atendidos por las políticas públicas.

A nivel internacional no existe consenso respecto al rango de las edades para definir a los adultos jóvenes.<sup>1</sup> En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) define como *jóvenes* a quienes tienen entre 15 y 29 años. En 2015, esta población era de 30.6 millones y constituía 25.7% de la población total del país; 51% eran mujeres y 49% hombres. En cuanto a la distribución por edad, 35% eran adolescentes de 15-19 años, 35% tenían de 20 a 24 años, y 30% tenían de 25 a 29 años; casi 68% estaban fuera del sistema escolar y 59% trabajaban en el sector informal, datos que reflejan el alto nivel del rezago educativo del país y la precariedad del mercado laboral para los jóvenes.

Los adultos jóvenes representan un grupo intermedio y vagamente definido que transita del final de la adolescencia a la vida adulta independiente, y cuya vulnerabilidad en términos de su salud sexual y reproductiva (SSR) merece mayor atención (Domínguez y Shields, 2008). Evidencias de otros contextos indican que las poblaciones de adultos jóvenes —18 a 25 años— tienen prevalencias altas de problemas que se asocian, al igual que en el caso de los adolescentes, a una baja percepción de los riesgos para su salud; asimismo, los adultos jóvenes conforman un grupo social y económicamente heterogéneo que suele tener, a diferencia de los adolescentes y los adultos de mayor edad, dificultades de acceso a los servicios de salud (Neinstein e Irwin, 2013; Walker *et al.*, 2017).

En México la transición de los universitarios a la vida adulta independiente ocurre hoy en condiciones de gran incertidumbre, marcadas por la escasez de oportunidades para su inserción al mercado laboral y por un contexto social en el que la inseguridad y la violencia les afectan de manera particular. Sin embargo, pese a las grandes desigualdades sociales que prevalecen en el país, en las décadas recientes las políticas públicas en el ámbito de la educación superior han favorecido el acceso masivo de jóvenes de los sectores sociales económicamente desfavorecidos a las universidades públicas con un aumento sustantivo de las mujeres.

En el caso de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), en 2017 ingresaron 10,161 estudiantes a programas de licenciatura, cuya distribución por sexo

indica que 49.8% eran mujeres y 50.2% hombres. Entre los jóvenes que presentaron el examen de admisión ese año sólo 6% tenían 24 años y más, mientras 84% eran adultos jóvenes de 17 a 23 años. Entre los estudiantes admitidos en 2017, el 85% provenía de hogares con ingresos mensuales inferiores a 15 mil pesos. A la Unidad Xochimilco ingresaron 3,808 estudiantes, entre quienes más de la mitad, el 56%, eran mujeres (Universidad Autónoma Metropolitana, 2018), lo que se explica en función de la presencia mayoritaria de estudiantes mujeres en las licenciaturas que ofrecen la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, y la División de Ciencias Sociales y Humanidades de esta Unidad de la UAM.

A nivel internacional hoy se reconoce que la educación sexual integral, apoyada en modelos que promueven los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de adolescentes y jóvenes, ofrece oportunidades para que adquieran actitudes positivas frente a la sexualidad y desarrollen habilidades esenciales para proteger su SSR (International Planned Parenthood Federation, 2010; Naciones Unidas, 2018a). Por otro lado, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera a la juventud como un sector clave en sus políticas y estrategias para abatir la pobreza y la desigualdad en las sociedades contemporáneas. En las últimas décadas, la ONU ha emitido resoluciones que convocan a los gobiernos a implementar políticas públicas para proteger los derechos humanos de la juventud y responder a los múltiples y complejos problemas sociales que afectan a millones de adolescentes y jóvenes (Naciones Unidas, 1996; 2008; 2018a). La salud ha sido un área prioritaria en las políticas y programas relativos a la juventud de la ONU, la cual reconoce que ésta enfrenta problemas de SSR insuficientemente atendidos que se traducen en una alta incidencia de embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH Sida (Naciones Unidas, 2018a). En su actual estrategia para la juventud, enmarcada en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la ONU reafirma que los DSR son parte de los derechos humanos fundamentales de la juventud e incluye en sus prioridades que los gobiernos asuman la responsabilidad de “expandir el acceso de los jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva y a la educación y la información integrales sobre sexualidad, basados en los derechos y adaptados a las necesidades de la juventud” (Naciones Unidas, 2018b:11).

Desde la década de 1990 el Estado mexicano ha suscrito todas las resoluciones de la ONU para promover los DSR de los jóvenes, así como los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994. El Programa de Acción de la CIPD marcó un hito en el enfoque de las políticas de población al dar prioridad a los derechos humanos de las personas, hombres y mujeres, y al reconocer que la SSR y el empoderamiento de las niñas y las mujeres son elementos cruciales para el desarrollo y el bienestar de

las sociedades (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). El Programa de Acción de la CIPD ha sido objeto de varias reuniones posteriores, en las cuales se ha constatado que, pese a los compromisos firmados por los Estados parte de la ONU, muchas de las metas para promover el desarrollo social y mejorar las condiciones de vida de las poblaciones no se han cumplido. La última de estas reuniones fue la Cumbre de Nairobi, realizada en 2019, en la que 170 países ratificaron los acuerdos de 1994 y se comprometieron a sumar esfuerzos para articularlos con la Agenda para el Desarrollo Sostenible y cumplirlos a nivel global en 2030. La delegación mexicana participó activamente en esta Cumbre y asumió 44 compromisos, buena parte de ellos relacionados con las necesidades de SSR de la población joven y adolescente (Cárdenas, 2020).

En México las políticas públicas para atender la SSR de la población joven — definida en el país de los 15 a los 29 años— han excluido a los adultos jóvenes y las prioridades se han centrado en la creación de servicios y programas gubernamentales para adolescentes de 15 a 19 años. Los compromisos asumidos por el Estado mexicano en la CIPD de 1994 propiciaron la creación de servicios de SSR para adolescentes en instalaciones de la Secretaría de Salud (SSA) y la introducción de contenidos de educación sexual en los programas escolares de primaria y secundaria. En 2003, organizaciones de la sociedad civil (OSC) y la Comisión Nacional de Derechos Humanos difundieron la *Cartilla por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes* (Juárez *et al.*, 2010), ampliada y reeditada en 2016 como *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes* (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2016). En años recientes, el Gobierno de la República (2015) difundió la *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*; la SSA publicó el *Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018*, y reeditó el *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes* (Secretaría de Salud, 2014; 2016). Estos dos últimos documentos, producidos con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil (OSC), enfatizan la necesidad de promover los DSR de la población adolescente como una estrategia central para prevenir los embarazos, las ITS, la violencia y el abuso sexual, así como la de coordinar esfuerzos con el sector educativo para ofrecer educación sexual integral en todas las escuelas de nivel básico y medio.

Cabe señalar que, pese al esfuerzo de numerosos actores sociales, en México el impacto de las políticas públicas para atender las necesidades de SSR de la población adolescente ha sido limitado debido a la baja cobertura de los programas, a su falta de coordinación y a barreras culturales que dificultan la formación de docentes capacitados para impartir educación sexual integral en escuelas de nivel básico y

medio (Juárez *et al.*, 2010; Gayet, 2014; De Castro *et al.*, 2018). A estas debilidades, acentuadas en años recientes por el deterioro de la educación pública y la influencia de gobiernos conservadores, se suma la resistencia de grupos con poder político que se oponen a la incorporación de la educación sexual en el sistema escolar y a la promoción de los DSR de adolescentes y jóvenes. Estos grupos conservadores han desplegado campañas dirigidas a la población joven con mensajes que estigmatizan las relaciones sexuales fuera de una unión conyugal y promueven la abstinencia; que desacreditan la eficacia del condón para la prevención de los embarazos no deseados y las ITS; que estigmatizan el aborto y difunden el mito del efecto abortivo de la anticoncepción de emergencia; y que fomentan la discriminación y la homofobia al condenar moralmente a las personas cuyas identidades sexuales y de género difieren de la heteronormatividad.

Como consecuencia de lo anterior, los discursos que promueven la igualdad de género y el ejercicio de los DSR han tenido un impacto desigual entre los y las jóvenes mexicanos. Así, mientras adolescentes y adultos jóvenes de las minorías socialmente privilegiadas cuestionan y transgreden los valores y las normas sexuales que dicta la moral religiosa conservadora, la mayoría vive en entornos socioculturales donde las oportunidades de acceso a la educación sexual integral y a servicios de SSR de alta calidad son limitadas o nulas.

En este contexto, los prejuicios frente a la sexualidad y los estereotipos de género contribuyen a la reproducción de patrones y normas de comportamiento sexual marcadamente diferentes para hombres y mujeres, que dificultan el uso de medidas de protección y favorecen las prácticas de riesgo durante las relaciones sexuales. Estas normas, permisivas para los hombres y restrictivas para las mujeres, favorecen las asimetrías de poder en las relaciones de pareja que se manifiestan y asumen como parte de *la normalidad* en dichas relaciones, con efectos que suelen ser particularmente negativos para las mujeres (Amuchástegui, 2000; Szasz, 2004; Casique, 2019).

Estudios realizados en la UAM-X y otras universidades del país muestran que buena parte de sus estudiantes tienen carencias notables de información sobre sexualidad y biología de la reproducción, así como sobre el condón y su uso consistente, sobre las ITS, la anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, y el aborto. Se ha observado también que las prácticas sexuales de los universitarios suelen estar influenciadas por valores, mitos y estereotipos fuertemente arraigados en el contexto sociocultural del país, lo que incide en un bajo uso de medidas de protección para evitar riesgos y problemas (González de León, Salinas, Torre y Mora, 2014).

Este trabajo aborda la necesidad de promover la SSR de la comunidad estudiantil en la UAM-X, que tiene desde 2009 el Programa Universidad Saludable.

Dicho programa, aún en proceso de consolidación, se apoya en el modelo de las Universidades Promotoras de la Salud, impulsado desde la década de 1980 por la Organización Mundial de la Salud (Suárez, Muñoz y Van den Broucke, 2018) y que ha sido adoptado en universidades de varios países de América Latina (Arroyo, 2017). Bajo los principios de este modelo, las universidades constituyen espacios privilegiados para incorporar la promoción de la salud a su misión y sus objetivos, así como para influir positivamente en la calidad de vida de sus comunidades y su entorno social (Tsourus, Dowding, Thompson y Dooris, 1998).

El Programa Universidad Saludable de la UAM-X ha dado prioridad a los problemas y necesidades de la población estudiantil, con el propósito de ofrecerle un entorno protector y favorable para estudiar y desarrollar sus capacidades personales, de contribuir a minimizar los riesgos para la salud a que están expuestos los adultos jóvenes, y de mejorar su calidad de vida (Lara, Saldaña, Fernández y Delgado, 2015). Otra iniciativa institucional que en la UAM-X contribuye a promover la salud de la comunidad estudiantil es el Programa Cuerpos que Importan, creado en 2011 con el propósito de enfrentar la violencia de género, un problema de gran relevancia en México al que no escapan los espacios universitarios. Desde la perspectiva de este Programa, la violencia de género es “un problema complejo que afecta [...] principalmente a las mujeres, pero también a hombres y personas cuyas identidades sexo-genéricas se apartan de la normatividad heterosexual” (Huacuz *et al.*, 2018:7).

La Unidad Xochimilco ha asumido el compromiso de promover la salud y de convertirse en un espacio protector donde se reconocen los problemas y necesidades de sus estudiantes y su derecho a la salud. La mayoría de los estudiantes de la Unidad proviene de sectores sociales económicamente desfavorecidos y se encuentra en el tránsito de la adolescencia a la vida adulta independiente, una etapa crítica de sus vidas para la adquisición de actitudes positivas respecto a la salud y la sexualidad.

En este artículo se presentan y comentan los resultados sobre SSR obtenidos a partir de una encuesta para identificar problemas y necesidades de salud en estudiantes de primer ingreso. En la sección de conclusiones se describen los aspectos a incluir en un programa para promover la SSR de la comunidad estudiantil.

## Características de la encuesta

La encuesta fue diseñada en 2013 por personal académico que ha participado en el Programa Universidad Saludable. Se aplicó entre 2014 y 2017, en forma anónima, a estudiantes de primer ingreso al inicio de cada trimestre, a través del Entorno Virtual de Aprendizaje (ENVIA) de la Unidad Xochimilco.

La encuesta incluyó 115 preguntas de opción múltiple organizadas en varios componentes: datos personales, antecedentes de salud personales y familiares, salud mental, SSR, salud bucal, alimentación y nutrición, uso del tiempo libre y aptitud para el deporte. Los datos se procesaron como frecuencias simples usando el programa SPSS. Los resultados obtenidos durante seis trimestres, entre 2014 y 2016, corresponden a una muestra de 3,730 estudiantes y se publicaron en un reporte técnico (Lara y Pérez, 2017).

De las 115 preguntas de la encuesta, 18 correspondieron al componente SSR para explorar los siguientes aspectos: prácticas sexuales, uso del condón y otros anticonceptivos, antecedentes de ITS y experiencias con el aborto. Los datos se desagregaron por sexo para identificar diferencias entre mujeres y hombres.

## Resultados

La información sobre SSR de la encuesta abarcó una muestra de 3,722 estudiantes.<sup>2</sup> El 57% (n=2,129) eran mujeres y el 43% (n=1,593) hombres, con una edad promedio de 20.7 años. Más del 96% eran solteros sin hijos; 78% provenían de escuelas públicas, 30% trabajaban y estudiaban simultáneamente, y 53% vivían con ambos padres. Sólo 29% de los padres y 23% de las madres de los estudiantes tenían el grado de licenciatura; 7 de cada 10 estudiantes eran los primeros universitarios en sus familias.

A la pregunta *¿consideras que tienes la información necesaria para ejercer tu sexualidad sin riesgos?* casi el total, con proporciones de 91% en mujeres y 96% en hombres, respondieron afirmativamente. Sin embargo, los resultados obtenidos indican carencias notables de información respecto al uso de medidas de protección sexual, atribuibles a las deficiencias de la educación sexual que recibieron antes de ingresar a la universidad y a las características de los entornos socioculturales en los que crecieron.

### *Prácticas sexuales*

Los datos sobre prácticas sexuales se resumen en el Cuadro 1. El 69% (n=2,567) de los estudiantes habían tenido relaciones sexuales (RS) antes de ingresar a la universidad, con proporciones de 60% (n=1,277) en mujeres y 81% (n=1,290) en hombres. La mayor proporción de hombres reportando RS se ha observado en otras universidades mexicanas (González y Hurtado, 2013) y puede obedecer, como señala Gayet (2014), a normas de género que aceleran la iniciación sexual de los hombres o bien a una tendencia observada en encuestas demográficas na-

cionales que indica que las mujeres de las generaciones más jóvenes, en particular las más escolarizadas, suelen iniciar su vida sexual más tardíamente.

**Cuadro 1**  
Prácticas sexuales reportadas por estudiantes de primer ingreso  
por sexo

Prácticas	Mujeres (n=1,277) %	Hombres (n=1,290) %
Edad a la primera relación sexual:		
<15 años	7	12
15 a 20 años	87	84
> 20 años	6	4
Persona con quien tuvo la primera relación sexual:		
Novio/a	90	68
Amigo/a	8	23
Otra	2	9
Número de parejas sexuales:		
Una	50	26
2 a 4	40	44
5 a 10	8	21
> 10	2	9
Frecuencia de relaciones sexuales:		
2 a 4 veces/semana	14	18
5 a 7 veces/semana	2	4
De vez en cuando	40	49
No tenía al momento de la encuesta	44	29
Relaciones sexuales con personas del mismo sexo	6	7
Tipo de relaciones sexuales:		
Sexo oral	42	67
Sexo anal	12	21

Fuente: Base de Datos de la Encuesta ENVIA, UAM-X, 2014-2016.

Alrededor del 85% en ambos sexos tuvo su primera RS entre los 15 y 20 años, dato que simplemente indica que la mayoría inició su vida sexual en la adolescencia y coincide con los resultados de otros estudios con universitarios (González y Hurtado, 2013). Respecto a la frecuencia de las RS, 40% de las mujeres y 49% de los hombres seleccionaron la opción *de vez en cuando*, y 44% de las mujeres y 29% de los hombres marcaron la opción *actualmente no tengo RS*. Estos datos muestran que la mayoría tenía RS ocasionales, lo cual ha sido también reportado en otras universidades del país (González y Hurtado, 2013). Como se verá más adelante, ser joven y tener RS ocasionales es importante respecto al uso de medidas de protección.

Un 90% de las mujeres y 68% de los hombres tuvieron su primera RS en una relación de noviazgo. Esta diferencia en las proporciones, mayor en las mujeres, remite a diferencias en la adopción de normas de comportamiento sexual y a las percepciones sobre el noviazgo y las relaciones de pareja entre hombres y mujeres jóvenes. Como observan Martínez y Solís (2009), el noviazgo *normaliza* las RS entre los jóvenes y las mujeres suelen apegarse más a los estereotipos de género. Para ellas, el noviazgo supone la construcción de relaciones afectivas duraderas y representa un recurso que justifica las RS con el novio formal pero no con otros jóvenes. Por otro lado, el que 68% de los hombres haya tenido la primera RS con una novia sugiere cierta ruptura con los patrones tradicionales de masculinidad, que presionan a los jóvenes a probar su virilidad tempranamente y estimulan sus relaciones con parejas múltiples (Stern, Fuentes, Lozano y Reynoso, 2003; Szasz, 2004; Casique, 2019). Estos patrones, que persisten aún entre hombres de mayor edad y de los sectores sociales pobres, han cambiado entre jóvenes con mayor acceso a la educación que hoy buscan relaciones afectivas en igualdad con sus parejas (Amuchástegui, 2000; Martínez y Solís, 2009).

Sin embargo, la influencia de los estereotipos de género se expresa al observar que los hombres reportaron más parejas sexuales. El 50% de las mujeres y 26% de los hombres habían tenido una sola pareja, alrededor de la mitad en ambos sexos indicó 2 a 4 parejas y la mayoría de quienes reportaron más fueron hombres. Estos datos, similares a los de estudios realizados en la UAM-X (González de León *et al.*, 2014) y otras universidades del país (Staines *et al.*, 2009), aluden a los patrones tradicionales de masculinidad y al mito ampliamente difundido de que los hombres tienen, por su naturaleza biológica, una mayor necesidad de tener RS. La importancia de este mito radica en que justifica las relaciones de los hombres con parejas múltiples, propicia prácticas de riesgo, devalúa la sexualidad femenina y favorece las asimetrías, el abuso y la violencia en las relaciones de pareja (Amuchástegui, 2000; Szasz, 2004; Casique, 2019).

La gran mayoría de estudiantes se definieron como heterosexuales. Un 6% de las mujeres y 7% de los hombres reportaron RS con personas de su mismo sexo, proporciones similares a las encontradas en otro estudio con universitarios mexicanos (González y Hurtado, 2013). Respecto al tipo de RS, 42% de mujeres y 67% de hombres indicaron haber tenido sexo oral, y 21% de mujeres y 12% de hombres habían tenido sexo anal. Como muestran los datos aquí reportados y los de otros estudios con universitarios (González y Hurtado, 2013), estas prácticas, en particular el sexo oral, son frecuentes entre jóvenes, pero a la vez poco reconocidas como prácticas sexuales que requieren protección. Entre estudiantes de la UAM-X, un estudio previo mostró que alrededor de 25% de las mujeres y los hombres ignoraban que el sexo anal implica riesgos de contagio de ITS (González de León *et al.*, 2014). Otro estudio, con universitarios del Norte del país, mostró que entre 207 estudiantes que habían tenido sexo oral 87% no se protegían, y que entre 68 que habían tenido sexo anal sólo 51% usaban condón (Staines *et al.*, 2009).

### *Uso del condón masculino y otros métodos anticonceptivos*

Como se observa en el Cuadro 2, el condón masculino fue el método de protección más usado por mujeres y hombres en la primera RS, con proporciones cercanas a 85%. En ambos sexos, 9% no usaron ningún método de protección en la primera RS. Respecto a la última RS, el uso del condón masculino disminuyó a 66% entre mujeres y a 77% entre hombres, y las cifras de quienes no usaron ningún método fueron de 10% en ambos sexos. El uso de otros métodos anticonceptivos fue bajo en hombres y mujeres, tanto en la primera como en la última RS; para la última RS se observó un ligero aumento del coito interrumpido.

Este patrón de uso de medidas de protección en la primera y la última RS, en particular del condón masculino, es similar al observado previamente entre estudiantes de la UAM Xochimilco (González de León *et al.*, 2014). Estudios que han analizado información de encuestas nacionales sobre el inicio sexual y el uso de medidas de protección en adolescentes mexicanos muestran un patrón similar. De acuerdo con Gayet (2014), en México el uso del condón ha aumentado en forma sustantiva entre adolescentes de 15 a 19 años, pero ello no ha garantizado su uso posterior en forma consistente; además, la información de estas encuestas indica que el uso del condón es menor entre las mujeres, tanto en la primera como en la última RS, y se ha observado que entre los hombres el condón es más usado con sus novias y amigas que con sus esposas, pero menos que con trabajadoras sexuales.

**Cuadro 2**  
**Uso del condón masculino y otros métodos anticonceptivos en la primera y la última relación sexual en estudiantes de primer ingreso, por sexo**

Primera Relación Sexual	Mujeres (n=1,277) %	Hombres (n=1,290) %
Condón masculino	84	87
Coito interrumpido	2	2
Pastillas anticonceptivas de emergencia	3	1
Otros	2	1
Ninguno	9	9
Última relación sexual	Mujeres	Hombres
Condón masculino	66	77
Coito interrumpido	7	4
Dispositivo intrauterino	4	2
Pastillas anticonceptivas de emergencia	3	2
Implantes y parches hormonales	3	2
Otros	7	3
Ninguno	10	10

Fuente: Base de Batos de la Encuesta ENVI, UAM-X, 2014-2016.

El uso consistente del condón, que supone su uso en *todas* las RS, fue reportado por 55% de las mujeres y 62% de los hombres (Cuadro 3). Estos datos resultan preocupantes, ya que indican que una proporción alta, tanto de mujeres como de hombres, no usaba condones consistentemente, lo cual coincide con los análisis de encuestas nacionales que han indagado sobre el uso de este recurso en jóvenes (Gayet, 2014); además, las proporciones de quienes indicaron no usar condones *nunca* fueron de 7% en mujeres y de 3% en hombres. Hoy se reconoce que el condón, usado consistentemente, es un recurso altamente efectivo para la prevención de los embarazos no deseados y las ITS, en especial para jóvenes que, como en este caso, tienen RS ocasionales. Preocupan en especial las mujeres, ya que las normas de género favorecen que muchas tengan RS sin protección por dificultades para negociar el uso del condón con sus parejas.

Aunque la encuesta no indagó motivos de uso y no uso del condón, en México su uso

**Cuadro 3**  
Frecuencia de uso del condón masculino en estudiantes de primer ingreso,  
por sexo

Frecuencia	Mujeres (n=1,277) %	Hombres (n=1,290) %
Siempre (uso consistente)	55	62
Frecuentemente	24	26
Ocasionalmente	14	9
Nunca	7	3
Ninguno	10	10

Fuente: Base de Batos de la Encuesta ENVIA, UAM-X, 2014-2016.

inconsistente se ha asociado a una imagen social negativa de éste propiciada, entre otros factores, por dudas sobre su efectividad y por la percepción de que disminuye el placer sexual (Nieto y Izazola, 1999; Casique, 2019). Un estudio previo en la UAM-X mostró que menos de la mitad de los estudiantes de primer ingreso, hombres y mujeres, usaban condones en forma consistente, dato que coincide con estudios de otras universidades mexicanas que reportan proporciones similares o aún menores (Sánchez, Uribe y Conde, 2002; Staines *et al.*, 2009; Piña, Lozano, Vázquez y Carrillo, 2010; Leyva *et al.*, 2010). En una universidad del norte del país se encontró que los motivos para usar condón difieren por sexo. Así, mientras entre los hombres los motivos se asociaron más con la prevención de ITS, entre las mujeres predominaron la prevención del embarazo y las RS con parejas no estables (Piña *et al.*, 2010). En otra universidad de la misma región, se reportó que el no uso del condón o su uso inconsistente se asociaba al uso de otros anticonceptivos, a la confianza en la pareja, a la falta de disponibilidad, a la interferencia con la sensibilidad, a no saber usarlo, al consumo de alcohol o drogas, y a motivos religiosos (Staines *et al.*, 2009).

Un 47% de mujeres y 40% de hombres indicaron haber usado pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) *alguna vez*. Cabe señalar que, al igual que el condón, las PAE son un recurso de protección altamente efectivo y útil para jóvenes cuyas RS son ocasionales (Schiavon, 2006), pero el desconocimiento de su mecanismo de acción y el mito de su supuesto efecto abortivo parecen dificultar su uso entre universitarios, incluidos estudiantes del área de la salud (Tapia, Villaseñor y Nuño, 2008; Ramírez, Muñoz, Ramírez, Ramírez y Rojas, 2009; Leyva-López *et al.*, 2010; González de León *et al.*, 2014).

### *Infecciones de transmisión sexual*

Las proporciones de estudiantes con antecedentes de ITS fueron bajas, con 3% en mujeres y hombres. Más del 80% de quienes reportaron haber tenido una ITS fueron al médico y siguieron el tratamiento indicado, mientras que 4% en ambos sexos no se trataron; 4% de las mujeres y 10% de los hombres no hicieron nada porque los síntomas desaparecieron.

Cabe comentar que en México las ITS tienen una alta prevalencia y consecuencias serias para la salud, pero su magnitud real está subestimada debido a la insuficiencia de servicios para detectarlas y a la debilidad de los programas para prevenirlas; la mayor parte de la gente ignora que los períodos de incubación de las ITS pueden ser largos, que éstas suelen no provocar síntomas, sobre todo en las mujeres, y que cuando los provocan pueden ser leves y desaparecer (Caballero y Villaseñor, 2008). Si bien la incidencia y la prevalencia de las ITS son especialmente elevadas entre jóvenes, algunos estudios con universitarios han mostrado que proporciones elevadas tienen un conocimiento pobre sobre las infecciones provocadas por el VIH y el Virus del Papiloma Humano (Flores y Mendoza, 2001; Sánchez *et al.*, 2002; Lama, Godoy, Aguilar, Rejón y Gutiérrez, 2008; Vogtmann, Harlow, Cruz, Valdez y Lazcano, 2011; González de León *et al.*, 2014).

Por otro lado, 24% de mujeres y 28% de hombres indicaron que se habían realizado pruebas para la detección de ITS, cifras bajas respecto a la alta proporción de quienes tienen RS desprotegidas y que seguramente se asocian al pobre conocimiento sobre las ITS y, por lo tanto, a una baja percepción del riesgo de contagio existente.

### *Experiencias con el aborto inducido*

Un 4% de las mujeres reportó haber abortado. En el caso de los hombres, una proporción prácticamente igual indicó haber tenido experiencias de aborto con alguna de sus parejas. Las experiencias con la interrupción del embarazo en estudiantes universitarios, mujeres y hombres, es un asunto que merece mayor atención en México. Sin embargo, los datos aquí presentados pueden asociarse a una baja percepción del riesgo de un embarazo no deseado, al no uso del condón o a su uso claramente inconsistente, a la baja prevalencia de uso de otros anticonceptivos, al uso de métodos poco efectivos como el ritmo y el coito interrumpido (ver el Cuadro 2), o a barreras de índole moral para utilizar la anticoncepción de emergencia cuando se tienen RS sin protección.

La incidencia del aborto inducido en México ha aumentado, en especial entre las mujeres más jóvenes. La tasa más elevada de abortos corresponde a mujeres de 20 a 24 años —que son adultas jóvenes—, seguida por la de las adolescentes de 15 a 19 años (Juárez, Singh, Maddow-Zimet y Wulf, 2013). Por otro lado, información del Programa de Interrupción Legal del Embarazo del Gobierno de la Ciudad de México (CDMX) muestra que el aborto inducido es frecuente entre mujeres jóvenes, solteras y estudiantes; de los 211,617 abortos registrados entre abril de 2007 y mayo de 2019, un 47% correspondió a adultas jóvenes de 18 a 24 años, 57% a solteras y 25% a estudiantes (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2019).

Llama la atención que la mayoría de estudiantes reportó haber recurrido a servicios privados de aborto y que sólo alrededor del 25% utilizó los que ofrece el Gobierno de la CDMX, que son gratuitos o de muy bajo costo para residentes de otras entidades. La razón de esto puede atribuirse al desconocimiento de que la CDMX ofrece servicios públicos y accesibles de aborto, o bien a preferencias personales de las y los estudiantes.

## Conclusiones

Los resultados presentados en este trabajo son similares a los reportados para otras poblaciones de adultos jóvenes universitarios del país y aportan elementos para diseñar un programa institucional que responda a las necesidades de SSR de la comunidad estudiantil de la Unidad Xochimilco.

La información reportada tiene limitaciones, ya que explorar problemas y necesidades del ámbito de la SSR requiere instrumentos metodológicos de mayor alcance y el uso de métodos cuantitativos y cualitativos. Los datos, además, corresponden sólo a estudiantes de primer ingreso; sin embargo, la experiencia de quienes suscriben este artículo —compartida por muchos otros académicos de la universidad— indica que lo aquí reportado es aplicable a estudiantes que se encuentran en otras etapas de sus estudios.

En atención a su compromiso de convertirse en una universidad promotora de la salud, la UAM-X debe ofrecer a sus estudiantes servicios de consejería y atención de alta calidad en SSR que difícilmente pueden obtener fuera de la universidad. Asimismo, responder a los problemas y necesidades de SSR de la población estudiantil supone implementar estrategias de educación sexual integral que les permitan no sólo evitar riesgos y problemas, sino también cuestionar las normas y los valores conservadores que limitan el ejercicio de sus DSR. Se trata, finalmente, de promover que los adultos jóvenes, hombres y mujeres, que estudian en la UAM Xochimilco vivan su sexualidad con plenitud y sin riesgos.

Desde su creación, el Programa Universidad Saludable ha realizado con éxito una gran cantidad de actividades para promover la salud de la población estudiantil. Entre estas actividades destacan las ferias de la salud, realizadas con el apoyo de organizaciones de la sociedad civil (OSC) e instituciones gubernamentales, y que han incluido conferencias sobre temas diversos, conversatorios, ciclos de cine, obras de teatro, campañas de detección de VIH, distribución de condones, y campañas de vacunación, entre otras. Se ha aplicado también el Examen Estomatológico, Médico y Físico (EMyF) a estudiantes de primer ingreso, con la colaboración de docentes y pasantes de las licenciaturas en Estomatología, Medicina y Enfermería, y de personal de la Sección de Actividades Deportivas.

Como se señaló antes, el Programa Cuerpos que Importan ha contribuido también a promover la salud de la población estudiantil. Este Programa elaboró el Protocolo para la Atención a la Violencia de Género en la UAM-X, aprobado recientemente (Huacuz *et al.*, 2018), y ha organizado durante años, al inicio de cada trimestre, el Foro Voces contra el Acoso con una amplia participación de estudiantes. Buena parte de las actividades de este Programa se han centrado en la violencia sexual, que es una experiencia frecuente entre estudiantes y cuyos efectos en la salud han sido ampliamente documentados. La colaboración de la Sección de Orientación Educativa ha sido crucial para este Programa, ya que cuenta con una planta de psicólogos que ofrecen atención de primer contacto a estudiantes afectadas/os por la violencia de género.

Es pertinente señalar, sin embargo, que estos programas, aún en proceso de consolidación y que han sido apoyados por diversos actores e instancias de la Unidad Xochimilco, requieren hoy mayor reconocimiento institucional y la asignación de personal y recursos financieros suficientes para asegurar su continuidad. Consolidar estos programas requiere también la sensibilización de la planta docente en aspectos relativos a la promoción de la salud de los adultos jóvenes con quienes conviven cotidianamente en las aulas.

Finalmente, quienes suscribimos este trabajo consideramos que la UAM-X puede diseñar e implementar en el corto plazo un programa específico para promover la SSR de la población estudiantil bajo las siguientes directrices:

- Crear un servicio de atención y consejería especializada en SSR que garantice a los estudiantes una atención oportuna y el acceso a diversos métodos anticonceptivos. Este servicio deberá registrar sistemáticamente los problemas de SSR detectados en la población estudiantil para fines tanto de investigación como de evaluación y difusión.

- Estimular la amplia participación de estudiantes en el diseño y la implementación de actividades para promover la SSR en el espacio de la universidad.
- Organizar seminarios de sensibilización en SSR para docentes con una perspectiva sustentada en los DSR de los jóvenes.
- Fortalecer la relación con OSC que promueven los DSR de los jóvenes para obtener y difundir materiales informativos, organizar eventos y capacitar estudiantes en la implementación de talleres dirigidos a sus pares sobre diversos temas relativos a la sexualidad, las ITS, el uso de anticonceptivos y el aborto.
- Formalizar la colaboración con el sector salud y las OSC para coordinar campañas periódicas de detección de ITS, contar con información sobre su incidencia en la comunidad estudiantil y remitir a servicios externos a quienes requieran atención especializada.
- Asesorar a estudiantes que necesiten servicios de aborto remitiéndoles a servicios especializados y accesibles, según sus preferencias y condiciones socioeconómicas.

## Notas

1. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define como jóvenes a quienes tienen entre 15 y 24 años, mientras la Organización Mundial de la Salud, una agencia de la ONU, considera como jóvenes a quienes tienen entre 10 y 24 años.
2. Ocho estudiantes no indicaron su sexo y fueron excluidos del análisis.

## Referencias

- Amuchástegui, A. (2000). Saber o no saber sobre sexo: los dilemas de la actividad sexual femenina para jóvenes mexicanos. En Szasz, I. y Lerner, S. (Eds.), *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México.
- Arroyo, H. (2017). Mirada al movimiento iberoamericano de universidades promotoras de la salud. *Horizonte Sanitario*, 16(3), pp. 149-151.
- Caballero, J.R. y Villaseñor, A. (2008). Factores de desigualdad social asociados a infecciones de transmisión sexual en la población mexicana. En: S. Lerner e I. Szasz (Eds.) *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Tomo II. México: El Colegio de México.
- Cárdenas, R. (2020). A 25 años de El Cairo, la cumbre de Nairobi y la agenda de población para México. *Coyuntura Demográfica*, núm. 17, pp. 17-27.

- Casique, I. (2019). Gender differences in the sexual well-being of Mexican adolescents, en *International Journal of Sexual Health*, 31(1): 1-16.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2016). Cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes. México: CNDH.
- De Castro, F., Rojas, R., Villalobos, A., Allen, B., Breverman, A., Billings, D.L. y Uribe, P. (2018). Sexual and reproductive health outcomes are positively associated with comprehensive sexual education exposure in Mexican high-school students. *PLoS ONE*, 13(3), DOI: 10.1371/journal.pone.0193780.
- Domínguez, L. y Shields, W. (2008). The lost years: the challenge of delivering reproductive health care to young adults (editorial). *Contraception*, 78(1): 1-3.
- Flores, M.M. y Mendoza, R.N. (2001). El SIDA: percepción de riesgo de contagio en estudiantes universitarios. *Educación y Ciencia*, 5(9): 53-66.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). Programa de acción aprobado en la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Edición 20 aniversario. Nueva York: UNFPA.
- Gayet, C. (2014) El inicio sexual en México. Retos en la prevención, en *Coyuntura Demográfica*, núm. 6, pp. 43-49.
- Gobierno de la República. (2015). Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes. México: GR / Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.
- González, A. y Hurtado, M.T. (2013). Prácticas y satisfacción sexual en jóvenes universitarios. *Revista Latinoamericana de Medicina Sexual*, 2(2): 22-28.
- González de León, D.; Salinas, A.A.; Torre, M.P. y Mora, F. (2014). Necesidades de salud sexual y reproductiva en estudiantes de una universidad pública mexicana, en *Global Health Promotion*, vol. 21, núm. 3. <https://doi.org/10.1177%2F1757975913516653>
- Huacuz, G.; Rodríguez, V.; Martín, E.; Garduño, M.A.; Salinas, A.A.; Constant, C.; Cervantes, E. y Polo, V.M. (2018). *Protocolo para la Atención a la Violencia de Género en la UAM-X*. Ciudad de México: UAM-X.
- International Planned Parenthood Federation. (2010). *IPPF Framework for comprehensive sexuality education (CSE)*. London: IPPF.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018, agosto 9). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (12 de agosto). Datos nacionales. Comunicado de prensa núm. 350/18. Aguascalientes, México.
- Juárez, F.; Palma, J.L.; Singh, S. y Bankole, A. (2010). *Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: retos y oportunidades*. Nueva York: Guttmacher Institute.

- Juárez, F.; Singh, S.; Maddow-Zimet, I. y Wulf, D. (2013). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Lama, E.; Godoy, C.; Aguilar, F.; Rejón, M. y Gutiérrez, A. (2008). Nivel de conocimiento de estudiantes respecto a la transmisión del VPH. *Revista Odontológica Latinoamericana*, núm. 1, pp. 5-8.
- Lara, N.L.; Saldaña, Y.; Fernández, N. y Delgadillo, H.J. (2015). Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2): 102-117.
- Lara, N. y Pérez D. (Eds.). (2017). *Salud y conductas relacionadas con la salud en estudiantes de primer ingreso a la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco*. México: Programa Universidad Saludable, UAM Xochimilco.
- Leyva-López, A.; Chávez-Ayala, R.; Atienzo, E.; Allen-Leigh, B.; Ramírez-Villalobos, D.; Yunes-Díaz, E. y Rivera-Rivera, L. (2010). Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos. *Salud Pública de México*, 52(2): 156-164.
- Martínez, C.P. y Solís, D. (2009). El entorno escolar y familiar en la construcción de significaciones de género y sexualidad en jóvenes de Guadalajara. *La Ventana*, núm. 29, pp.146-183.
- Naciones Unidas. (1996). Programa de acción mundial para los jóvenes hasta el año 2000 y años subsiguientes. Resolución aprobada por la Asamblea General el 13 de marzo de 1996. Nueva York: ONU.
- , (2008). Políticas y programas relativos a la juventud: la juventud en la economía mundial. Fomento de la participación de los jóvenes en el desarrollo social y económico. Resolución aprobada por la Asamblea General el 18 de diciembre de 2007. Nueva York: ONU.
- , (2018a). Políticas y programas relativos a la juventud. Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de diciembre de 2017. Nueva York: ONU.
- , (2018b). Juventud 2030. Trabajando con y para los jóvenes. Nueva York: ONU, Oficina del Enviado del Secretario General para la Juventud. Recuperado de <https://www.un.org/youthenvoy/youth-un/>
- Neinstein, L.S. e Irwin C.E. (2013). Young adults remain worse off than adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(5): 559-561.
- Nieto, B. y Izazola, J.A. (1999). Uso del condón en hombres con parejas no estables en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 41(2): 85-94.
- Piña, J.A.; Lozano, D.I.; Vázquez, P. y Carrillo, I.C. (2010). Motivos y uso de preservativo en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez (México). *Anales de Psicología*, 26(10): 18-26.

- Ramírez, A.G.; Muñoz, G.; Ramírez, F.P.; Ramírez, A.I. y Rojas, N.E. (2009). Conocimiento sobre el manejo de las pastillas del día siguiente en estudiantes del área de la salud. *Revista CONAMED*, 14(4): 5-20.
- Sánchez, M.A., Uribe, F., y Conde, C.J. (2002). La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Pública de México*, 44(5): 442-447.
- Schiavon, R. (2006). Adolescentes y anticoncepción de emergencia. *Gaceta Médica de México*, 142(2): 111-116.
- Secretaría de Salud. (2014) Programa de acción específico salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013-2018. México: SSA.
- , (2016). Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. México: SSA, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2019). Interrupción legal del embarazo (ILE). *Estadísticas abril 2007–22 de mayo 2019*. [Portal web] Ciudad de México: SSA CDMX. Recuperado de: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/estadisticas-interrupcion-legal-embarazo-df/>
- Staines, H.S.; Fraga, M.A.; Menchaca, R.; Salazar, J.; Vargas, A.C.; Bucardo, J. y Cano C.E. (2009). Actitudes sexuales y uso del condón en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez. *Tecnociencia Chihuahua*, 3(2): 84-96.
- Stern, C.; Fuentes, C.; Lozano, L.R. y Reynoso, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva. Un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45(1): 34-43.
- Suárez, M.; Muñoz, M. y Van den Broucke, S. (2018). How do universities implement the health promoting university concept? *Health Promotion International*, 1(11), doi: 10.1093/heapro/day055
- Szasz, I. (2004). Las construcciones sociales sobre las relaciones de género y su influencia en las prácticas sexuales. *Género y Salud en Cifras*, 2(1): 3-5.
- Tapia, A.; Villaseñor, M. y Nuño, B.L. (2008). Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(1): 33-41.
- Tsourus, A.D.; Dowding, G.; Thompson, J. y Dooris, M. (Eds). (1998). *Health promoting universities. Concept, experience and framework for action*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Universidad Autónoma Metropolitana. (2018). *Anuario estadístico 2017*. Ciudad de México: UAM, Coordinación General de Información Institucional / Dirección de Planeación.

- Vogtmann, E.; Harlow, S.D.; Cruz, A.; Valdez, J.C. y Lazcano, E. (2011). HPV knowledge in Mexican college students: implications for intervention programs. *Health & Social Care in the Community*, 19(2): 148-157.
- Walker, L.R; Christie, D.; Joffe, A.; Lau, J.S. y Neinstein, L. (2017). Young adult health and well-being: A position statement of the Society for Adolescent Health and Medicine. *Journal of Adolescent Health*, núm. 60, pp. 758-759.