



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO-HUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Sintomatología prefrontal y autoeficacia para prevención de conductas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Pozo Vintimilla, Sara del Cisne

DIRECTOR: López Guerra, Víctor Manuel

LOJA – ECUADOR

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctor.

Víctor Manuel López Guerra

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de investigación: **Sintomatología prefrontal y autoeficacia para prevención de conductas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios**, realizado por Sara Pozo Vintimilla ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por tanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2018

F:

Dr. Víctor Manuel López Guerra

CI: 141468994

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Sara del Cisne Pozo Vintimilla declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Sintomatología prefrontal y autoeficacia para prevención de conductas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios, siendo el Dr. Víctor López Guerra, director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

F:

Autor: Sara del Cisne Pozo Vintimilla

CI: 1104435910

DEDICATORIA

A mi origen y universo: Sarita y Jaime

AGRADECIMIENTO

A Dios que todo lo hace posible.

A Sarita, Jaime, Jaimito Guillermo, y a todo el amor, apoyo y alegría encontrado en mi familia.

Al Dr. Víctor López Guerra, por el acompañamiento y enseñanzas recibidas durante este proceso.

Al Mgs. Rafael Sánchez, Mgs. Byron Bustamante y Mgs. Diego Andrade, por el aporte brindado al presente trabajo de investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	6
SEXUALIDAD.....	7
CONDUCTA SEXUAL.....	8
CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO.....	9
EL CONSTRUCTO DE LA AUTOEFICACIA.....	14
SINTOMATOLOGÍA PREFRONTAL.....	16
CAPÍTULO II: MÉTODO.....	21
OBJETIVOS.....	22
VARIABLES DE ESTUDIO.....	23
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	25
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	25
POBLACIÓN Y MUESTRA	25
INSTRUMENTOS.....	26
PROCEDIMIENTO.....	28

CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	30
ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	31
ANÁLISIS CORRELACIONAL.....	35
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.....	47

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue analizar la relación entre la sintomatología prefrontal y la autoeficacia para prevenir conductas sexuales de riesgo en 200 estudiantes de la Universidad Técnica Particular de Loja con edad promedio de 21 años; siendo el 61% mujeres, el 86% solteros y el 35% estudiantes que trabajan; evaluados con la Escala de autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo para el contagio del VIH/SIDA (SEA-27), y el Inventario de síntomas prefrontales (ISP- 46).

Los resultados indican niveles altos de sintomatología prefrontal ($\bar{x}= 57,62$) y un nivel promedio-bajo de autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo ($\bar{x}= 82,33$). Como se esperaba, las variables correlacionaron negativa y significativamente ($r= -0,416$; $p<0,001$), es decir, a mayor nivel de sintomatología prefrontal, menor autoeficacia para prevención de conductas sexuales de riesgo.

PALABRAS CLAVE: jóvenes, sexo, autoeficacia, sintomatología prefrontal, conducta sexual de riesgo, prevención de sida.

ABSTRACT

The objective of the research was to analyze the relationship between prefrontal symptomatology and self-efficacy to prevent sexual risk behaviors in 200 students of the Universidad Técnica Particular de Loja, with an average age of 21 years; being 61% women, 86% single and 35% working students; evaluated with the Scale of self-efficacy to avoid sexual risk behaviors for the transmission of HIV / AIDS [SEA-27], and the Inventory of prefrontal symptoms [ISP-46].

The results indicate high levels of prefrontal symptomatology (\bar{x} = 57,52) and an average-low level of self-efficacy to avoid risky sexual behavior (\bar{x} = 82,33). As expected, the variables correlated negatively and significantly (r = -0,416, p <0,001), that is, a higher level of prefrontal symptomatology, lower self-efficacy for prevention of risky sexual behaviors.

KEYWORDS: young people, sex, self-efficacy, prefrontal symptomatology, risky sexual behavior, AIDS prevention

INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se han propagado por todo el planeta dejando efectos irreversibles, convirtiéndose así en un fenómeno urgente por atender. Es así que el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que a finales del año 2000 había en el mundo 35,1 millones de personas vivas infectadas con el virus; de los cuales 1,4 millones son niños menores de 15 años y otros 21,8 millones de personas habían muerto por esta causa desde el inicio de la epidemia (ONUSIDA, 2016).

Con el interés de conocer la realidad del país en cuanto a la salud sexual, se exploran los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) evidenciando que el inicio de la actividad sexual se da entre los once y trece años de edad. Contrastando con la información presentada por los hospitales estatales, se llevan a cabo 3092 consultas prenatales de adolescentes entre 10 y 19 años; en la provincia de Loja se registró que el 30% de los embarazos son adolescentes (INEC, 2016).

Para comprender estas conductas es necesaria la comprensión teórica sobre la sexualidad; al respecto Sadock y Sadock (2008) señalan que la sexualidad manifiesta características propias en cada etapa del proceso evolutivo. Los autores establecen dos tipos de conducta sexual (CS), conducta sexual de protección (CSP) y conducta sexual de riesgo (CSR). Al respecto, Espada, Quiles y Méndez (2003), mencionan que las CSP son el conjunto de comportamientos y precauciones adoptadas por un individuo durante las relaciones sexuales. Y las CSR son las acciones que emplea o evita una persona usando su sexualidad, y que la predisponen a un peligro inherente; incluyendo, entre otras, a las relaciones sexuales anales o coitales sin uso de preservativo, actividad sexual temprana, múltiples parejas sexuales, una pareja de alto riesgo, una pareja consumidora de drogas inyectables. Al respecto, en su investigación Teva, Bermúdez y Buena-Casal (2011), señalan que las conductas sexuales parecen estar determinadas por aspectos como la edad, el sexo, la manera de afrontar situaciones estresantes, la presión social, factores biológicos como la actividad cerebral y factores de tipo psicológico como la autoeficacia.

Según Bandura (1994), la autoeficacia es la creencia en la propia capacidad de organizar y ejecutar acciones que le permitan al individuo afrontar de manera idónea los retos que le presenta la cotidianidad; su impacto abarca desde los estados psicológicos, el abordaje de objetivos, tareas, desafíos y conductas, incluidas aquí las de tipo sexual. Al respecto, Giménez,

Ballester, Gil, Cárdenas y Duran (2013) concluyeron en su estudio con jóvenes, que la percepción de autoeficacia en el uso del condón se relaciona y predice altamente su uso. Quiere decir que, mientras mayor sea el índice de autoeficacia percibida por el individuo, será también mayor su nivel de protección frente a conductas sexuales de riesgo.

Por otra parte, los comportamientos adoptados están determinados por la dinámica del sistema nervioso central. Esta actividad cerebral incluye la capacidad de experimentar emociones, conductas llevadas a cabo, juicio y la toma de decisiones que diferencian al ser humano de otros seres vivos en el ser y el hacer, y se denominan funciones ejecutivas; Bausela y Santos (2006) señalan que las funciones ejecutivas tienen su base anatómica-funcional en los lóbulos frontales. Al respecto, Flores y Ostrosky (2008) mencionan que las alteraciones de estos sistemas de control se conocen como sintomatología prefrontal, y pueden deberse a diferentes circunstancias neurobiológicas, un inadecuado historial de aprendizaje o la presencia de condiciones sobrevenidas, que se traducen en errores cotidianos. Al respecto, Escobar y García (2014) reportan en sus estudios la presencia de sintomatología prefrontal en jóvenes relacionándola con prácticas de deportes peligrosos, trabajos riesgosos, consumo de drogas lícitas e ilícitas, apuestas en juegos de azar, conducir a alta velocidad, conductas riesgosas, etc. es decir, con sensaciones novedosas e intensas.

Con lo antes mencionado, las alteraciones en el lóbulo frontal podrían ser un elemento altamente explicativo de síntomas como poco razonamiento, juicio pobre, falta de planificación e impulsividad, que quizá pueda estar relacionado con las conductas sexuales de riesgo y con los niveles de autoeficacia percibidos para hacerles frente, siendo este el principal fin de la investigación: analizar en jóvenes universitarios la relación entre la sintomatología prefrontal y la autoeficacia para prevenir conductas sexuales de riesgo.

Para estudiar tal relación, se efectúa una investigación de campo en donde 200 estudiantes de la Universidad Técnica Particular de Loja, fueron evaluados con el Inventario de síntomas prefrontales (ISP-46) y la Escala de autoeficacia para prevenir conductas sexuales de riesgo (SEA-27); con los resultados obtenidos se realiza un estudio correlacional de las variables y el hallazgo es una correlación negativa y significativa entre ambas variables. Es decir, mientras más bajos eran los niveles de autoeficacia para prevenir conductas sexuales de riesgo, los jóvenes puntuaban más alto en sintomatología prefrontal.

El estudio de estas variables es de vital importancia para desarrollar programas preventivos para una población sexualmente activa, en donde prevalecen elevados índices de embarazos

precoces y enfermedades de transmisión sexual. Se recomienda seguir la línea de investigación, ya que estos resultados pueden ser de gran importancia para implementar proyectos de intervención en la comunidad universitaria y en la ciudadanía en general.

El presente trabajo se organiza de la siguiente manera; en el capítulo primero se hace una revisión conceptual de las variables de estudio: conducta sexual, conducta sexual de riesgo, autoeficacia percibida, y sintomatología prefrontal. En el segundo capítulo se desarrolla la parte metodológica en la que se incluyen: objetivos, variables de estudio, tipo de investigación, diseño de investigación, población y muestra, instrumentos y procedimiento. El tercer capítulo abarca el análisis y la discusión de resultados, y finalmente, en el capítulo cuarto se detallan las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Sexualidad

Cuando se aborda el concepto de sexualidad desde un punto de vista integral, se ve a la misma como una de las dimensiones fundamentales e inherentes en los seres humanos. De esta forma, además de incorporar dimensiones tales como la genital y la afectiva, la sexualidad comprende aspectos de orden más psicológico y social, como lo son las relaciones humanas y la relación consigo mismo, lo cual permite la posibilidad de desarrollar al máximo el potencial de la persona. Desde esta perspectiva, se puede decir que en toda conducta humana se da una expresión de la sexualidad (García, 2008).

En el ámbito de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la sexualidad como:

Un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (OMS, 2011).

Además, OMS (2011) refiere que la sexualidad puede estar determinada por factores biológicos como la anatomía y fisiología; y factores sociales como la cultura, las relaciones interpersonales y las experiencias.

Shaffer y Kipp (2007) expresan que la conducta sexual nace a partir de los cambios hormonales vividos durante la adolescencia, siendo esta etapa cuando se producen las hormonas gonadales (testosterona, progesterona y estrógenos), generando un aumento del impulso sexual. Los jóvenes comienzan a tener más conciencia de su sexualidad y la enfrentarán de acuerdo a la cultura y al medio social al que pertenecen. Cada país o región imparte la educación sexual de acuerdo a sus normas sociales; en las sociedades más restrictivas, las expresiones sexuales son evitadas, mientras que en las culturas más abiertas y permisivas, se habla de sexualidad y se expresa más libremente las dudas, dando posibilidad así de que existan programas más eficientes de educación sexual.

Al respecto, Teva, Bermúdez y Buela- Casal (2011) en su estudio evidencian que los jóvenes independientemente del género, presentan en común características propias de la edad, tales como ambivalencia emocional, dificultad en el control de impulsos, variaciones en el estado de

ánimo y conducta, y mayor búsqueda de sensaciones sexuales placenteras, esta característica genera muchas oportunidades de conductas sexuales de riesgo.

Contrario a lo mencionado en el párrafo anterior, Llobet (2005) menciona que son claras las diferencias en la expresión de la sexualidad según el género. En los varones asociándolo con impulsividad y descontrol, mientras que en las mujeres se relaciona con sumisión, pasividad moral, entrega, y afán de proporcionar placer a la figura masculina.

Resulta difícil enmarcar el significado de sexualidad en un solo concepto ya que existen condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, afectivas y de conducta que participan en la formación de este constructo. Sin embargo, se puede concluir que los cambios hormonales en la adolescencia marcan un hito de iniciación en las conductas sexuales; que los jóvenes, independientemente del sexo, presentan características emocionales propias de la edad como desinhibición y fluctuaciones emocionales; y que entre hombres y mujeres existen diferencias que separan al acto físico del amor (Grimberg, 2001).

1.1.1 Conducta Sexual

La conducta sexual es una expresión de la sexualidad, y hace referencia a la atracción sexual y el coito. Sadock y Sadock (2008) definen la conducta sexual como una experiencia psicofisiológica, y los factores hormonales tienen un rol protagónico, siendo precisamente los que marcan el inicio de la pubertad y despiertan la sexualidad en los humanos.

La conducta sexual tiene como protagonista al sistema nervioso central, siendo el encargado de controlar los impulsos sexuales y el proceso de estimulación que lleva a la actividad sexual. Es diversa y está determinada por una compleja interacción de factores. Se ve afectada por las relaciones interpersonales que cada individuo entabla a lo largo de su vida, por las circunstancias vitales y por la cultura en la que vive (Sadock y Sadock, 2008).

Según Llobet (2005), el momento de la iniciación sexual de los adolescentes es la penetración, y no suele ser planificado, ni es acompañado de cuidado. Al respecto Grimberg (2001) explica que la creencia de que la asociación de una pareja heterosexual estable brinda una garantía de cuidado y protección, aumenta el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual, especialmente en culturas en donde está bien vista y es promovida la promiscuidad masculina.

En otras palabras, la conducta sexual es una manifestación de los deseos íntimos del ser humano por medio de acciones que propician un encuentro sexual, tiene su raíz a nivel cerebral y busca la satisfacción propia y de la pareja.

Según Sadock y Sadock (2008), la conducta sexual se clasifica en dos, en primera instancia la de protección que abarca todas aquellas acciones adoptadas por el individuo con el fin de preservar su salud e integridad; y por otro lado la de riesgo, que es el motivo de la investigación y que se explica con detalle a continuación.

1.1.2 Conducta sexual de riesgo

Los primeros en realizar estudios referentes al término “conducta sexual de riesgo” son Silber, Munist, Maddaleno y Suárez (1995) quienes la definen como cualquier comportamiento que usando la sexualidad, comprometa los aspectos tanto sociales, psicológicos y/o biológicos del desarrollo exitoso del individuo.

Más adelante, Juárez (2011) denomina conducta sexual de riesgo a la exposición a situaciones que ocasionen daños a la salud propia o de otros, como la posibilidad de embarazos no deseados, de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS) o SIDA. También incluye como conducta sexual de riesgo al aborto, al inicio de actividad sexual a edad temprana, al consumo de alcohol y de sustancias y, al cambio frecuente de parejas.

Como análisis, observamos que las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo pueden verse a corto y largo plazo, muchas de las cuales son de carácter irreversible, razón por la cual se hace hincapié en abordar a la conducta sexual de riesgo desde una perspectiva biospsicosocial.

Para Espada, Quiles y Méndez (2003) los factores explicados en la *Tabla 1* que se muestra a continuación, propician el contagio de una ETS y del SIDA.

Tabla 1: Factores que propician el contagio de una Enfermedad de Transmisión Sexual

Factores	Dimensión
Factores físicos	Exploración de la sexualidad
Factores psicológicos	Búsqueda de identidad propia y pertenencia a un grupo
Factores cognitivos	Dificultad para percibir riesgos
Factores sociales	Distanciamiento de los padres, importancia a opiniones de pares.

Fuente: Espada et al. (2008)

Elaborado por: Sara Pozo Vintimilla (2017)

En la Tabla 1 se explica que entre los factores que propician el contagio de una enfermedad de transmisión sexual y del SIDA se encuentran: factores físicos como la exploración de la sexualidad, factores psicológicos como la búsqueda de identidad propia y pertenencia a un grupo, factores cognitivos como la dificultad para percibir riesgos y factores sociales como el distanciamiento de los padres o la importancia a opiniones de pares.

Para Espada y otros (2003), existen también variables que pueden explicar las conductas sexuales de riesgo como son:

- a) **Variables cognitivas:** relacionadas con la falta de conocimiento e información.
- b) **Percepción normativa:** que hace referencia a creencias del grupo de pares al que pertenece (por ejemplo, usar o no, el preservativo según lo que hagan los otros).
- c) **Percepción de riesgo:** o la poca importancia que le conceden los jóvenes a los riesgos a pesar de las campañas de educación.
- d) **Percepción de la gravedad:** los jóvenes no le temen a las consecuencias de sus conductas de riesgo.
- e) **Variables relacionadas a las actitudes y comportamientos:** en esta clasificación se encuentra la práctica de actividad sexual después del consumo de alcohol y sustancias, tener varias parejas sexuales, estar con personas de quienes se desconoce su estado de salud.

Desde la perspectiva social, en su investigación Piña (2004) menciona que a partir de los años 60 se han producido cambios culturales de importancia, entre estos cambios, se observa mayor libertad en la práctica de conductas sexuales, lo cual ha generado mayor actividad sexual de los adolescentes y un comienzo más temprano de las relaciones sexuales. También, se evidencia la existencia de menor preocupación por contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, el SIDA o de tener un embarazo.

En esta perspectiva, un diagnóstico de los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales de adolescentes mexicanos realizado por Torres, Walker, Gutiérrez, y Bertozzi, (2006) consideran que la poca educación en el ámbito afectivo-sexual de los adolescentes influye en la expresión de estas conductas de riesgo. Además, manifiestan que si bien el VIH/SIDA afecta en menor medida a las mujeres, se ha incrementado la proporción de infectadas y las defunciones por esta causa entre la población femenina; este aumento en los casos de SIDA entre la población femenina y la incidencia de la trasmisión heterosexual, demuestra que se han transformado en un “grupo vulnerable”. Los autores señalan también que los casos registrados de SIDA se concentran cada vez más en la población joven urbana, en especial entre aquellos con menor nivel educativo y baja calificación laboral.

Por su parte y al respecto, García, Menéndez, Fernández, y Cuesta (2012) sugieren que la cultura tiene una influencia marcada en la sexualidad, en la actualidad los jóvenes se enfrentan a cambios sociales y económicos que han modificado los patrones tradicionales. Entre estos cambios están los ocurridos en la dinámica familiar, una educación sexual poco eficaz y el incremento en el consumo de sustancias.

Por otro lado, para comprender la perspectiva psicológica, López y Moral (2009), han explorado las percepciones y comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los jóvenes, tras ello, han concluido que según el sexo existen diferencias en la percepción de los riesgos. Así, las jóvenes manifestaron que el embarazo es un tema que sólo les concierne a ellas, mientras los varones juzgaron al aborto como un método idóneo para salir de la situación.

Según Navarro, Reig, Barberà y Ferrer (2006) existen evidencias de que la sexualidad en los varones está relacionada con el éxito social. Los chicos acostumbran a hablar de sexo con sus amigos con mayor frecuencia que las mujeres, y expresan en sus conversaciones sus experiencias y deseos sexuales.

Estudios como el realizado por López y otros (2011), muestra que las mujeres y los varones tienen diferentes formas de manifestar su sexualidad. Los varones presentaron mayor cantidad de conductas masturbadoras, de fantasías sexuales, de tocamientos e intentos de tener relaciones sexuales, así como mayor predisposición a mirar los órganos sexuales. Las mujeres, por el contrario, se inclinan más a las caricias, los besos, las conductas seductoras y a la masturbación con objetos. Lo anterior sugiere que la sexualidad de los varones se basa en la búsqueda de placer y excitación, mientras que en las mujeres predomina el aspecto afectivo y relacional. Los autores antes mencionados aclaran que las diferencias no significan que las conductas que predominan en un sexo, estén ausentes en el otro.

Por otra parte, Teva y otros (2011) encuentran en su investigación científico-psicológica que los adolescentes que puntuaron más alto en la búsqueda de sensaciones sexuales, se implicaban más en conductas sexuales de riesgo (mayor frecuencia de relaciones sexuales, diversas parejas, infrecuente uso de preservativo).

En Latinoamérica se han realizado estudios vinculando las conductas sexuales de riesgo con factores biológicos, como las repercusiones del consumo de drogas por ejemplo; así Palacios, Bravo y Andrade (2007) han estudiado el tema con 1000 jóvenes mexicanos; concluyendo que los adolescentes que consumen alcohol tienen mayor cantidad de prácticas sexuales de riesgo, incluyendo en éstas el prescindir del preservativo y la promiscuidad.

En Brasil, Goncalvez, Castellá y Carlotto (2007) hicieron un estudio con 389 estudiantes sobre algunos predictores de conductas sexuales de riesgo, se encuentra aquí que los hombres presentan mayor cantidad de conductas sexuales de riesgo por dos motivos: el índice de consumo de alcohol era más alto al igual que el número de parejas sexuales.

En Colombia, Vinaccia, Quiceno, Gaviria y Soto (2007) evaluaron en 300 adolescentes las conductas sexuales de riesgo para el SIDA, en los resultados se evidenció que existen diferencias en cuanto al sexo, creyéndose los varones menos vulnerables y con menor sensibilidad que las mujeres para contraer la enfermedad, además, los resultados muestran que existe poca información sobre los riesgos del SIDA.

Teva y otros (2011) hacen hincapié en que durante la etapa de la adolescencia y adultez temprana, a nivel mundial son frecuentes las conductas sexuales de riesgo, como consecuencia, un alto número de los fallecimientos de jóvenes es a causa de embarazos

precoces, de ETS y del SIDA. La vulnerabilidad propia del adolescente favorece las conductas sexuales de riesgo.

En cuanto a la edad, según datos de la OMS (2017) en los Estados Unidos y Canadá, a los 14 años, el 25% de los adolescentes se ha iniciado sexualmente, un 50% a los 17, y de esta edad en adelante un 90% ya es sexualmente activo. Vilella (2010) realiza un estudio en Finlandia y Noruega, y encuentra que las mujeres tienen relaciones sexuales en edades posteriores a la de los varones, a diferencia de Portugal y Grecia donde sucede al contrario. Al respecto, según Berger (2007) en Venezuela la edad promedio de iniciación sexual está entre los doce y catorce años, en el resto de Latinoamérica se manejan cifras similares. En Ecuador, INEC (2016) afirma que la vida sexual inicia entre los 11 y 13 años y que 3092 de las consultas realizadas en los hospitales estatales, es de embarazos de adolescentes que tienen entre 10 y 19 años.

A pesar de las diferencias entre los estudios mencionados, existen algunos hallazgos constantes: la edad de iniciación de la actividad sexual ha disminuido, entre los adolescentes son comunes las conductas sexuales de riesgo, y tanto la edad como el sexo influyen en las manifestaciones de los riesgos. Además, a pesar de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y preservativo, son pocos los adolescentes que los usan, presentando la fantasía de que ellos no tendrán consecuencias por sus conductas irresponsables.

El aumento en las tasas de embarazos precoces, de jóvenes infectados de sida y otras enfermedades de transmisión sexual, el descenso en la edad de inicio de las relaciones sexuales, han hecho que el tema de la sexualidad vaya cobrando importancia en el ámbito de la salud, convirtiéndose así en una necesidad el estudio de los factores que podrían influir en las conductas sexuales de riesgo adoptadas por esta parte de la población.

En el afán de comprensión de esta problemática, se hace un enfoque principal en una posible disfunción a nivel fisiológico, cerebral específicamente.

Durante el proceso evolutivo, el ser humano va aprendiendo y creando algunas normas que le permiten una interacción social sana consigo y con su entorno. Una de las variables estudiadas al respecto es la autoeficacia, entendida como la creencia que tiene el ser humano sobre sus capacidades y su control frente a diversas situaciones (Bandura, 1994). El desarrollo de la autoeficacia como constructo regulador de comportamientos, sería una pieza clave para lograr disminuir las tasas alarmantes y augurar un futuro mejor para los jóvenes; su importancia radica en que a través de ella, se generan comportamientos en función de la anticipación a futuros

resultados. En el caso de la salud sexual, la autoeficacia le permite al joven desarrollar habilidades para no tener relaciones sexuales sin protección, conseguir y usar preservativo, hablar con su compañero sobre relaciones sexuales previas y riesgos vividos, permitiendo así la adquisición de una serie de conductas protectoras, eliminación de hábitos perjudiciales y el mantenimiento del cambio (Noboa y Serrano, 2006).

1.2 El constructo de la autoeficacia

La autoeficacia ha sido definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (Bandura, 1994, p.32). Los hallazgos coinciden en demostrar que las creencias de autoeficacia marcan la diferencia entre sexos respecto a las decisiones de conducta; convirtiéndose así en un constructo altamente predictivo de comportamiento.

La teoría del aprendizaje social propuesta por Albert Bandura, se basa en la distinción conceptual entre expectativas de eficacia y juicios individuales sobre la capacidad propia para ejecutar un determinado comportamiento, expectativas de resultados y juicios individuales sobre las posibles consecuencias de dicho comportamiento.

Bandura (1994) observa el desarrollo del aprendizaje como un proceso social que se encuentra influenciado por la interacción constante con otras personas, considerando que el ambiente social y físico influyen en la formación y reforzamiento de las creencias que determinan la conducta. Propone que si existe un cambio en alguno de estos componentes (conductual, físico o social) hay repercusión en los otros dos.

Dentro de la teoría, se maneja un concepto que tiene gran influencia en el cambio de conducta, el cual se denomina “autoeficacia percibida” y se relaciona con la creencia de las personas para controlar su propia motivación, su conducta y su medio ambiente social. Además, la teoría de la autoeficacia hace la distinción conceptual entre las expectativas de eficacia y las expectativas de resultados. Se hipotetiza que las expectativas de eficacia personales determinan si desaparecerán o iniciarán nuevamente las conductas, cuánto esfuerzo será dedicado y qué tan prolongada será la fase de obstáculos y experiencias aversivas (Bandura, 1986).

El constructo de autoeficacia es el componente esencial de esta teoría, ya que la persona se siente capaz de poner en práctica una nueva conducta cuando se presenta una ocasión que así lo requiera. Desde dicha teoría de Bandura (1994), la autoeficacia tiene tres aspectos de la conducta relacionada con el sexo:

- a) Capacidad percibida para decir no a tener relaciones sexuales.
- b) Capacidad percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas.
- c) Capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente condones.

Tomando como referencia la teoría de autoeficacia de Bandura (1977), se han propuesto modelos para el cambio de conductas que impliquen riesgo de contagio de VIH y SIDA, uno de los cuales es el modelo de destreza conductual, motivación e información, en donde estos últimos conceptos constituyen tres determinantes primarias para el cambio conductual: la primera incluye las habilidades individuales y la percepción de la autoeficacia para realizar los actos preventivos hacia el SIDA, la segunda influye en las conductas preventivas a nivel personal y social, y la tercera es relevante para proporcionar conocimiento sobre transmisión y prevención de la enfermedad.

ONUSIDA (1999) hace referencia al término susceptibilidad y explica que es una variable fundamental para el desarrollo de conductas de protección. La susceptibilidad frente al VIH/SIDA, vendría a ser la percepción de riesgo que tiene una persona de las consecuencias negativas que podría generar la ejecución de prácticas irresponsables. García (2008), describe que si el adolescente se percibe en riesgo de adquirir la infección por VIH, éste emitirá conductas de prevención, relacionando así conductas y consecuencias. Por tanto, una alta susceptibilidad frente al VIH/SIDA es de gran importancia dentro de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, porque al percibir el riesgo de adquirir esta infección y conocer las consecuencias negativas que puede generar, posiblemente optarán por la ejecución de conductas saludables y la disminución de comportamientos de riesgo.

Kolb y Wishaw (2003), al respecto, refieren que el nivel de autoeficacia percibida está relacionada también con factores como el sexo, la edad, la cultura, y también involucra al cerebro en su totalidad, ya que a nivel cerebral existen zonas que están vinculadas específicamente a la conducta sexual. El sistema límbico y el hipotálamo serían los encargados de regular el comportamiento asociado con la sexualidad. A nivel endocrino, la adrenalina y

noradrenalina recorren el cuerpo para producir excitación genital, y el principal neurotransmisor del placer, la dopamina, fluye hasta la corteza cerebral provocando euforia y deseo sexual. Y el área prefrontal con aspectos como la motivación, el juicio y la toma de decisiones respecto a las conductas en general y a las conductas sexuales en particular.

La teoría de la autoeficacia de Bandura (1994), es de mucha importancia en relación a la actividad sexual, ya que logrando un aumento de esta habilidad durante las primeras etapas del desarrollo, se auguran decisiones responsables sobre los comportamientos sexuales del individuo. Como se ha mencionado, los jóvenes no prevén las consecuencias de sus comportamientos sexuales, son impulsivos y no concientizan sobre un posible embarazo, la adquisición de enfermedades de transmisión sexual o el VIH. Para que la prevención otorgue resultados positivos, un factor importante sería trabajar las habilidades de los adolescentes, utilizando a otras personas como modelos de influencia para que logren cambiar sus comportamientos de riesgo por los de prevención.

Bandura (1994) señala que para convertir los conocimientos sobre salud en acciones efectivas de autoprotección contra embarazos no deseados, la infección del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, se requieren habilidades sociales y un sentido alto de autoeficacia y poder personal necesarios para ejercer control sobre las situaciones sexuales; los jóvenes están viviendo una etapa en la que no se percatan de las consecuencias de sus actos, están iniciando más tempranamente sus prácticas sexuales, muchas de las veces sin protección, y desconociendo el pasado sexual de su pareja, usando drogas, y exponiéndose así a una gama de riesgos. Aquí es necesario resaltar el papel de la autoeficacia para poner en práctica habilidades de comunicación con la pareja, control de impulsos, y otras medidas de prevención (Bandura, 1994).

1.3 Sintomatología Prefrontal

El lóbulo frontal es considerado como el regulador del estado perceptivo del mundo externo y del medio interno del hombre, participa en el reconocimiento de objetos relevantes para los impulsos con el aprendizaje de las reglas sociales y de las experiencias previas relacionadas con la recompensa y el castigo (Arias y Ostrosky, 2008). Flores y Ostrosky (2008) señalan que los lóbulos frontales están localizados por delante de la cisura central y por arriba de la cisura lateral.

En la *Tabla 2* se explica, según Delgado y Etchepareborda (2013), la división anatómica y funcional del lóbulo frontal:

Tabla 2: Funcionalidad de las regiones cerebrales

Región	Funcionalidad
Región dorsolateral	Procesos complejos de cognición: memoria de trabajo.
Región orbitofrontal	Control de impulsos, control de interferencia, control de las emociones y la cognición social
Región ventromedial	Proceso de regulación de las emociones, de comportamientos afectivos y sociales, toma de decisiones fundamentada en los estados emocionales y la información.

Fuente: Delgado y Etchepareborda (2013)

Elaborado por: Sara Pozo Vintimilla (2017)

En la *Tabla 2* se especifican las funciones de cada una de las regiones del lóbulo prefrontal. En la región dorsolateral se desarrolla la memoria de trabajo. Desde la región orbitofrontal se maneja el control de impulsos, de emociones y cognición social. La regulación de emociones, de comportamientos sociales y la toma de decisiones emocionales se llevan a cabo en la región ventromedial.

La diferenciación del ser humano con los otros seres bióticos radica en la actividad cerebral que nos permite ser y hacer, experimentar emociones, ejecutar conductas asertivas, además de

funcionar cognitivamente. Kolb y Wishaw (2003) denominan a estas esferas de conducta: Funciones corticales superiores o funciones ejecutivas.

En palabras de Rojo y otros (2009), las funciones ejecutivas conforman un grupo de herramientas de ejecución y habilidades cognitivas desarrolladas por la corteza prefrontal que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el pensamiento estructurado, la planificación y la ejecución de comportamientos orientados a objetivos previamente definidos, el seguimiento rutinario de horarios a través del diseño de planes y programas que orienten al inicio, el desarrollo y el cierre de las actividades cotidianas, el desarrollo del pensamiento abstracto y las operaciones mentales, la autorregulación y monitorización de las tareas y su organización en el tiempo y en el espacio, además del control e inhibición.

Marino y Julián (2010) agrupan las funciones ejecutivas en función de una serie de conductas asociadas a estructuras cerebrales específicas, lo que constituye un concepto novedoso y dinámico, considerando no sólo aspectos neuropsicológicos, sino conceptos propios de la psicología funcionalista como lo son; el planteamiento de objetivos, la toma de decisiones y selección de pensamientos. La clasificación planteada por Marino y Julián (2010) es la mencionada a continuación.

- a) **Funciones frías:** monitoreo, inhibición, secuenciación, planificación, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, control atencional, feedback, razonamiento, categorización, iniciación, formación de conceptos.
- b) **Funciones cálidas:** toma de decisiones, control de impulsos, feedback emocional, estrategias de cooperación, empatía, administración de refuerzos, autosatisfacción, adaptación, metas, autoservicio y conductas responsables.

Estas funciones y otra gama de procesos cerebrales son vitales para el procesamiento emocional, ya que le permiten al ser humano desenvolverse en el medio ambiente de modo acertado para su cuidado y supervivencia.

Delgado y Etchepareborda (2013) encontraron que hay afecciones que sufren estas funciones ejecutivas y que se dan específicamente en la corteza prefrontal orbital o medial. Estas afecciones se derivan en un síndrome prefrontal y provocarían al menos diez y ocho conductas riesgosas, que van desde el robo y agresión a otras personas, hasta el consumo de drogas. Estas conductas están asociadas con el rompimiento de normas, desinhibición de impulsos; influyendo negativamente sobre el procesamiento de la cognición social y de las conductas pro

sociales. Las lesiones producidas en el lóbulo frontal, específicamente, en las áreas prefrontales se relacionan con tres síndromes clásicos: la desinhibición, la apatía y el síndrome disejecutivo.

Se suma a lo mencionado Mujica (2011), quien expresa que existe una gran cantidad de cambios conductuales, cognitivos y emocionales que se aprecian en individuos que tienen lesionado el lóbulo frontal. Los síntomas que se presentan van a depender del lugar donde se encuentre la lesión, su profundidad, extensión y lateralidad.

En una investigación en Ecuador, Carrión, Chamba, Vattuone y López (2017) evalúan sintomatología prefrontal y quejas de memoria en una muestra de 219 estudiantes de arquitectura y sus resultados sugieren que la sintomatología prefrontal se relaciona de manera alta y estadísticamente significativa con las quejas subjetivas de memoria ($r = 0,729$; $p = 0,000$), encontrándose que el 53% de la varianza total de las quejas subjetivas de memoria está explicada por la sintomatología prefrontal.

Por otro lado, Ruiz y otros (2012) mencionan que, por ejemplo, la desinhibición o síndrome prefrontal orbital se caracteriza por conductas no inhibidas, infantiles, maníacas, megalomaníacas y hasta egocéntricas. Los sujetos con esta clase de afección suelen mostrarse optimistas y eufóricos. Pueden mostrar comportamientos como hipersexualidad, trastornos digestivos, bulimia, anosmia y hemianopsia.

Al respecto, existen algunas investigaciones. Por ejemplo, George y Koob (2010) en su estudio reportan que las estructuras antes mencionadas están relacionadas con tres áreas importantes de la vida diaria del hombre: las emociones, las cogniciones y la conducta; y que al verse afectada una de ellas, traerá consigo grandes repercusiones en el desarrollo de la vida del sujeto.

Según Lopera (2008), los sujetos con sintomatología prefrontal tienen una deficiencia para controlar los impulsos, no se preocupan por las normas sociales, no miden las consecuencias de sus actos, por lo que pueden participar en conductas altamente riesgosas, como conducir imprudentemente, mantener relaciones sexuales sin protección o desarrollar otros comportamientos antisociales. Tampoco poseen control voluntario sobre sus acciones y a pesar de poder distinguir entre lo que está bien o no, son incapaces de usar esa información para regular su conducta.

Para Delgado y Etchepareborda (2013) esta alteración se puede observar en pacientes con poca inhibición, relacionada o no a conductas antisociales. Las personas que presentan este

síndrome pueden ser hiperactivos y pueden dar la impresión de tener mucha energía, la cual dirigen de manera desorganizada. Estos sujetos son vulnerables a desarrollar conductas imitativas. Además, muestran déficits en la capacidad de atención y en general, exhiben poca preocupación por los temas sociales y éticos, lo que a su vez conlleva a una expresión de la disminución de las preocupaciones por los efectos que pueda tener su comportamiento sobre otros individuos.

De acuerdo con Delgado y Etchepareborda (2013) la sintomatología prefrontal presenta una importante tendencia hacia conductas de irresponsabilidad, de conductas antisociales e indecentes, de alteraciones en la capacidad del juicio, cambios del humor, carácter irritable, poca capacidad para mantener la atención, y de poca regulación emocional. Las conductas de desinhibición e impulsividad están relacionadas directamente con el córtex prefrontal lateral pues es el que está asociado con la regulación comportamental (Ruiz y otros, 2012), de cualquier forma, dentro de las características más importantes que representa este tipo de sintomatología, la impulsividad enlaza mayores riesgos en el día a día de la persona que padece de síndrome prefrontal.

Este síndrome es definido por Pedrero, Ruiz, Rojo, Llanero y Puerta (2012) como la falta de capacidad del sujeto para suprimir respuestas ante la presencia de estímulos que evocan distintas conductas. Los mismos autores en su investigación refieren que la impulsividad posee dos dimensiones:

- a) **Impulsividad funcional:** conceptualizada como la tendencia a tomar decisiones rápidas cuando la ocasión implica un beneficio a la persona, y la otra
- b) **Impulsividad disfuncional:** que implica la tendencia a tomar decisiones sin reflexión, rápidas y sin precisión en situaciones en las que esta estrategia no es óptima, con consecuencias negativas para los sujetos.

Las conductas sexuales de riesgo están asociadas a los dos tipos de impulsividad mencionadas anteriormente. Aquellos individuos que presentan sintomatología prefrontal son considerados sujetos incapaces de tomar decisiones acertadas bajo sentimientos como el placer y la euforia que benefician y otorgan satisfacción en el momento, impidiéndole hacer una planificación a largo plazo.

Algunos síntomas de la disfunción del lóbulo frontal como la desinhibición, falta de juicio y de anticipación a resultados, están vinculados con riesgos inherentes que desencadenan varias conductas de riesgo. En el caso de la salud sexual y reproductiva, se ha observado que la autoeficacia le permite al individuo desarrollar habilidades para no tener relaciones sexuales sin protección, usar y conseguir preservativo, y hablar con su compañero sexual sobre relaciones anteriores y riesgos vividos; por tanto, tiene una implicación importante en la adquisición de conductas saludables, eliminación de hábitos perjudiciales y el mantenimiento del cambio.(Bandura, 1994).

Se espera percibir en la investigación si existe una relación entre este síndrome prefrontal y las conductas sexuales de riesgo, y si es así, sentar precedentes para la planificación de estrategias preventivas y de corrección de conductas que mejoren la adaptación del individuo al medio en el que se desenvuelve.

Con base en lo anteriormente señalado y considerando el análisis realizado a la bibliografía, se infiere que las alteraciones en la corteza prefrontal pueden ocasionar una serie de patrones conductuales desadaptativos. Por lo que, se hace relevante realizar más estudios para de esta forma corroborar la validez de que ciertas disfunciones ejecutivas pueden provocar el desarrollo de conductas irresponsables y de riesgo, como la sexual en este caso específico.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivos Generales:

Analizar la relación entre la sintomatología prefrontal y la autoeficacia percibida para evitar conductas de riesgo en jóvenes de la Universidad Técnica Particular de Loja.

2.1.2. Objetivos Específicos

Determinar los niveles de sintomatología prefrontal en los jóvenes universitarios.

Identificar el nivel de autoeficacia para prevención de conductas sexuales de riesgo en estudiantes de la UTPL.

Evaluar la relación entre la autoeficacia para prevención de conductas sexuales y la sintomatología prefrontal en los jóvenes universitarios estudiados.

2.2. Variables de estudio

2.2.1. Autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo

2.2.1.1. Definición Conceptual:

Se denomina Conducta Sexual de Riesgo a aquella actividad sexual que expone a los participantes a daños de la salud propia o la de terceros (Goncalves y otros, 2007). Se enumeran algunos factores como generadores de tales conductas, ellos son: el inicio temprano de las relaciones sexuales, las parejas múltiples y la falta de prevención al contagio de una ETS o del SIDA (Palacios y otros, 2007).

2.2.1.2. Definición operacional:

Se determina operacionalmente por los puntajes obtenidos en la escala de Autoeficacia para prevenir conductas sexuales de riesgo. Los indicadores que mide éste test son los siguientes:

- a) Factor A: Autoeficacia para rechazar relaciones sexuales en diversas situaciones.
- b) Factor B: Autoeficacia para usar el preservativo.
- c) Factor C: Autoeficacia para preguntar a la pareja sobre conductas de riesgo.
- d) Factor D: Autoeficacia para mantenerse virgen hasta el matrimonio, ser fiel a la pareja y hablar de sexo con los padres.

Dicha escala arroja puntajes, los cuales permiten detectar en los sujetos niveles bajos o altos de auto-eficacia para evitar conductas sexuales de riesgo, por lo que, a puntajes más altos, mayor nivel de autoeficacia (López y Moral, 2009).

Tabla 3: Dimensiones e ítems de la Escala para evitar conductas sexuales de riesgo para el contagio de VIH/SIDA.

Factor	Dimensión	Ítems
A	Autoeficacia para rechazar relaciones sexuales en diversas situaciones	A1-A2-A3-A4-A5-A6-A7-A8-A9-A10-A11
B	Autoeficacia para uso de preservativos y anticonceptivos.	B1-B2-B3-B4-B5-B6-B7-B8-B9-B10-B11-B12-B13
C	Autoeficacia para preguntar a la pareja sobre conductas de riesgo	C1-C2-C3-C4
D	Autoeficacia para mantenerse virgen hasta el matrimonio, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres	D1-D2-D3-D4-D5-D6-D7-D8-D9-D10-D11

Fuente: López y Moral (2009)

Elaborado por: Sara Pozo Vintimilla (2017)

2.2.2 Sintomatología prefrontal

2.2.2.1 Definición Conceptual:

La sintomatología prefrontal se define como un deterioro neuropsicológico de las funciones ejecutivas que residen en los lóbulos frontales (Pedrero y otros, 2013).

2.2.2.2. Definición operacional:

Se determina por las puntuaciones obtenidas en las dimensiones: control ejecutivo, problemas en la conducta social y problemas de control emocional que componen el Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP) (Pedrero y otros, 2013).

Tabla 4: Dimensiones e ítems del Inventario de Síntomas Prefrontales

Dimensión		Ítem
Problemas en la ejecución	Motivacionales	1-14-19-24-29-38-46
	Control ejecutivo	6-8-9-12-15-18-21-26-30-32-35-40
	Atencionales	2-3-7-11-17-20-31
Problemas en la conducta social		10-16-23-27-28-33-37-39-42-43-44-45
Problemas de control emocional		4-5-13-22-25-34-36-41

Fuente: Pedrero y otros (2013)

Elaborado por: Sara Pozo Vintimilla (2017)

Pedrero y otros (2013) conceptualizan las dimensiones evaluadas en el inventario:

- a) **Ejecución:** este factor tiene como propósito adjuntar tres componentes del rendimiento neuropsicológico. Por un lado, aspectos que se refieren al impulso y el interés por iniciar la conducta (problemas motivacionales), otros relacionados con la capacidad para elaborar un plan, mantenerlo o modificarlo en función de las demandas del entorno para la resolución de conflictos (problemas de control ejecutivo) y otros que se refieren a la gestión atencional superior (problemas atencionales), estando estos dos últimos más vinculados entre sí y, anatómicamente, más relacionados con los síntomas que

presentan los pacientes con lesiones en la corteza prefrontal dorsolateral, a diferencia del primer subfactor que está más relacionado con los síntomas por disfunción ventromedial.

- b) **Problemas en la conducta social:** esta dimensión busca valorar la existencia de alteraciones para el control de la conducta a nivel social, refiriéndose de esta forma a los problemas para la inhibición de respuestas culturalmente inapropiadas, es decir; problemas de conducta social. En este sentido, los procesos que permiten a los sujetos ajustar sus respuestas a las demandas sociales se vinculan con la integridad de los circuitos orbitales.
- c) **Problemas de control emocional:** esta categoría integra aspectos heterogéneos referidos a elementos emocionales del individuo, entre los que destacan la agresividad y labilidad, los cuales tienden a expresarse clínicamente en pacientes con lesiones orbitales.

2.3. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo no experimental, de campo, y correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). No experimental debido a que las variables no fueron manipuladas directamente, de campo porque los datos fueron recolectados directamente en el ambiente natural donde se encuentran los participantes; y correlacional porque se estudió la relación entre la autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo y la sintomatología prefrontal.

2.4 Diseño de investigación

En esta investigación se utilizó un diseño no experimental del tipo correlacional-causal (Hernández y otros, 2014) ya que se busca establecer relaciones entre sintomatología prefrontal y autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales.

2.5. Población y muestra

La población de estudio fueron jóvenes que se encontraban estudiando una carrera universitaria en la Universidad Técnica Particular de Loja durante el periodo académico octubre 2017- febrero 2018. El muestreo fue de tipo accidental y de conveniencia. Se considera accidental ya que se hace en función de su presencia o no en un lugar y un momento determinado; y es de conveniencia ya que la investigadora determinará los criterios de inclusión y exclusión de manera rigurosa (Hernández y otros, 2014).

Se seleccionó una muestra compuesta por 200 personas, de las cuales 79 eran hombres y 121 mujeres, en donde la edad promedio es de 21 años con una desviación estándar ($S= 1,877$). El 60,5% fueron mujeres. En cuanto al estado civil el 86,0% son solteros, y en lo referente a la situación laboral, el 65% son estudiantes a tiempo completo. Así se puede ver que la mayoría de los evaluados son mujeres solteras, con más o menos 21 años, sin trabajo en la actualidad.

En la Tabla 5 que se muestra a continuación, se detallan los datos referentes a las características sociodemográficas de la muestra, en donde **N** equivale al número total de sujetos.

Tabla 5: Características sociodemográfica de la muestra

		Media	DT	N	Porcentaje
	Edad	21,05	1,877		
Estado civil	Soltero			172	86,0%
	Casado			28	14,0%
Situación laboral	Empleado			70	35,0%
	Desempleado			130	65,0%
Sexo	Masculino			79	39,5%
	Femenino			121	60,5%
	Total			200	100,0%

N: número total de sujetos

Fuente: IBM SPSS STATISTICS

Elaborado por: Sara Pozo Vintimilla (2017)

2.6. Instrumentos:

2.6.1. Inventario de síntomas prefrontales (ISP-46) (ver Anexo 1)

Esta escala fue creada por Ruiz y otros (2012), mide aspectos relacionados al control ejecutivo, la conducta social y el control emocional, éstos con el propósito de relacionar tres esferas de la actividad humana (cognición, emoción y conducta) que aparecen habitualmente alteradas en trastornos mentales y que pueden estar a su vez relacionados con la corteza prefrontal (CPF).

Este instrumento está conformado por 46 ítems, cada reactivo admite 5 posibles respuestas en una escala tipo Likert (nunca o casi nunca; pocas veces; a veces sí y a veces no; muchas veces; y siempre o casi siempre) que se valoran de 0 a 4 puntos.

Las puntuaciones obtenidas corresponden a un total de 5 indicadores (problemas motivacionales, problemas de control ejecutivo, problemas atencionales, problemas de conducta social y problemas de control emocional), e indican que a mayor puntaje obtenido por cada individuo mayor será la persistencia del problema o déficit de las dimensiones que se describen a partir de las situaciones expuestas en los reactivos (Ruiz y otros, 2012).

Este instrumento fue validado en la población española, en sujetos adictos a sustancias que iniciaban tratamiento por trastornos relacionados con el uso de heroína, cocaína, alcohol o cannabis en un centro específico. El inventario presenta óptimas propiedades psicométricas ($0,78 > \text{alfa} > 0,94$), presentando así un coeficiente de confiabilidad alto para la prueba total. La

escala de problemas en la ejecución se relaciona con la capacidad para resolver test que presumiblemente valoran funciones ejecutivas de origen prefrontal (validez convergente), mientras que las escalas de problemas en el control emocional y problemas en la conducta social no se relacionan con dichas capacidades cognitivas (validez discriminante), (Ruiz y otros, 2012).

2.6.2 Escala de Autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo para el contagio del VIH/SIDA en adolescentes (SEA-27) (ver Anexo 2)

Esta variable se midió mediante la “Self-Efficacy for AIDS” de Kasen, Vaughan, y Walter (1992) que fue adaptada al español por López y Moral (2009) como la Escala de Autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo para el contagio del VIH/SIDA en adolescentes (SEA-27).

Esta prueba está constituida por 27 reactivos con respuestas tipo Lickert de 5 puntos, permiten obtener información acerca de: a) los niveles de auto-eficacia para evitar conductas sexuales de riesgo; b) la capacidad para rechazar relaciones sexuales; c) el uso de anticonceptivos y/o preservativo; d) el tipo de comunicación de la pareja sobre temas como sexualidad, virginidad y fidelidad; y e) el tipo de comunicación con los padres sobre temas sexuales (López y Moral, 2009).

Las puntuaciones por debajo de 70 se interpretan como un nivel de autoeficacia muy bajo, entre 70,01 y 81 como un nivel bajo, entre 81,01 y 100 como un nivel promedio bajo, entre 100,01 y 115 se interpretan como nivel promedio alto, 115,01 y 130 nivel promedio alto, y las mayores a 130 como nivel muy alto, (López y Moral, 2009).

El instrumento tiene una hoja de respuesta y un manual adecuado para ser aplicado en centros de salud y de educación secundaria. Se ha utilizado para trabajar en la prevención del SIDA, tanto a nivel teórico como de la investigación de campo y docencia (López y Moral, 2009).

La escala cuenta con una consistencia interna de 0,92, evaluada mediante el alfa de Cronbach, con variación según los factores de 0,94 para el primero a 0,80 para el cuarto.

2.7 Procedimiento:

Una vez obtenida la autorización para llevar a cabo la investigación, y teniendo en claro los objetivos, condiciones e instrumentos que serán utilizados para llevarla a cabo, se hizo el acercamiento a los jóvenes que fueron evaluados.

En la investigación participaron doscientos jóvenes y señoritas que estudian una carrera universitaria en la Universidad Técnica Particular de Loja. Se realizaron las evaluaciones en horarios curriculares coordinación con los docentes y en horarios extracurriculares.

Al momento de la evaluación se hizo además la presentación de quién era la encargada de la investigación, dejando en claro: nombres completos, semestre actual y finalidad del estudio.

Además se hizo firmar un consentimiento informado y se dieron las consignas respectivas para llenar los instrumentos, incluyendo el tiempo estipulado, solución de dudas; se enfatizó el hecho de que los datos serán anónimos y utilizados con fines netamente investigativos, utilizando en todos los casos el siguiente discurso:

Buenas tardes, mi nombre es Sara Pozo Vintimilla, soy estudiante del último año de la titulación de psicología y me encuentro en la actualidad recogiendo los datos para mi trabajo de titulación que se denomina "Síntomatología prefrontal y autoeficacia para prevenir conductas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios" Para el estudio, voy a utilizar dos escalas que evalúen ambas variables por separado.

En la primera hoja se encuentra la escala para evaluar conducta sexual de riesgo. Es una escala tipo Lickert con 5 opciones de respuesta, que van desde nunca hasta siempre. Ustedes marcan el recuadro que se asemeje en mayor medida a su realidad.

Por otra parte, en la segunda hoja se encuentra el Inventario de sintomatología prefrontal, las respuestas de este inventario se distribuyen en una escala tipo Lickert con opciones que van desde nunca o casi nunca, hasta siempre o casi siempre, puntuando con valores de 0 a 4. Se deberá marcar el recuadro que refleje en mayor medida su realidad.

Además, les entrego un consentimiento informado (ver Anexo 3) en el que se detalla el objetivo de la investigación y el nombre del responsable, que en este caso soy yo, además, confirmo el compromiso de tratar con sumo cuidado los datos recogidos y les pido de la manera más comedida absoluta sinceridad a la hora de responder las preguntas, ya que esto augura la confiabilidad de mi investigación. Los datos serán utilizados con fines meramente académicos y no es necesario que ubiquen sus nombres. Tienen el tiempo que ustedes consideren necesario, aunque la ejecución de ambas pruebas no suele tomar más de 30 minutos.

Desde ya agradezco su participación y estoy lista para responder a sus inquietudes.

Posterior a la recogida de la información, se realiza el tratamiento de los datos y la formulación de resultados.

CAPÍTULO III
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. Análisis Descriptivo

Con el fin de evaluar los objetivos de la presente investigación se utilizaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Los datos recogidos de ambas escalas fueron vaciados en una hoja de Microsoft Excel, para luego ser tratados con el programa de análisis estadístico IBM SPSS Statistics 23.0. Se obtienen los siguientes resultados para el análisis tanto descriptivo como el correlacional.

Se realiza a continuación el análisis descriptivo de la primera variable: Autoeficacia para conductas sexuales de riesgo (SEA-27)

En la Tabla 6 se detallan los valores obtenidos en la SEA-27; la media total es $\bar{x}= 82,33$ equivalente a un nivel promedio-bajo de autoeficacia; una desviación estándar de 18,627. Considerando un valor mínimo de 30 y un máximo de 108. Se presentan además los valores estadísticos para cada una de las dimensiones evaluadas. Se encontró que el 86% de la muestra, presentan niveles bajos de autoeficacia para prevenir conductas sexuales de riesgo.

Tabla 6: Estadísticos de la escala SEA-27 y sus dimensiones.

	Media	DT	Máx.	Mín.
TOTAL SEA-27	82,33	18,63	108,00	30,00
FACTOR A: Rechazar relaciones sexuales en diversas situaciones	34,96	10,57	44,00	6,00
FACTOR B: usar preservativo	14,41	2,57	16,00	2,00
FACTOR C: preguntar a la pareja sobre conductas de riesgo	24,92	6,49	32,00	,00
FACTOR D: mantenerse virgen hasta el matrimonio, ser fiel a la pareja y hablar de sexo con los padres	8,00	4,93	16,00	,00

Fuente: IBM SPSS STATISTICS

Elaborado por: Sara Pozo Vintimilla (2017)

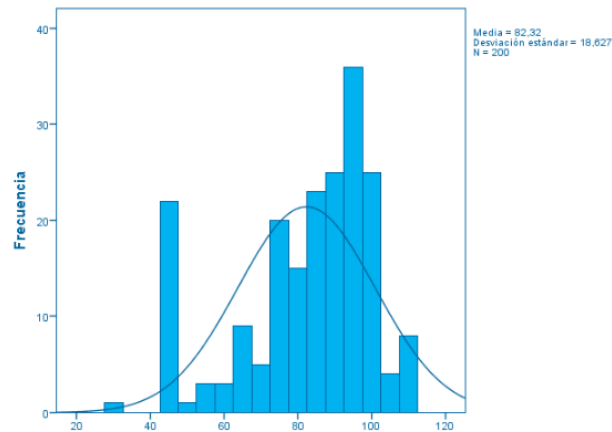


Figura 1: Histograma de los valores obtenidos en la SEA-27
Fuente: IBM SPSS STATISTICS
Elaborado por: Sara Pozo Vintimilla (2017)

En la figura 1 se puede observar la distribución de la muestra en relación a los puntajes obtenidos en la escala de Autoeficacia para prevención de conductas sexuales de riesgo. Se observa una distribución de forma asimétrica con respecto a la media (Asimetría [As]= -0,996; Curtosis [K]=-0,059).

Se presenta ahora el análisis descriptivo de la segunda variable estudiada: el Inventario de Sintomatología Prefrontal (ISP-46).

En la Tabla 7 que se muestra a continuación, se detallan los valores obtenidos en el Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP-46), obteniendo una media de $\bar{x}= 57.62$ que sugiere un valor alto de sintomatología prefrontal; una desviación estándar de 29,192. Encontrando un valor mínimo de 7 y un máximo de 124. Se encontró que el 35% de la muestra, presentan sintomatología prefrontal, siendo la media un puntaje que supera a la media del grupo clínico de la investigación realizada por Ruiz y otros (2012).

Tabla 7: Estadísticos del Inventario de Sintomatología Prefrontal (ISP) y sus dimensiones

	Media	DT	Máx.	Mín.
ISP	57,62	29,19	124,00	7,00
Motivación	8,80	4,60	18,00	,00
Control ejecutivo	16,36	9,90	40,00	,00
Atención	9,43	4,33	20,00	1,00
Ejecución	34,59	17,83	72,00	4,00
Conducta social	10,78	7,64	25,00	,00
Control emocional	12,26	6,42	27,00	1,00

Fuente: IBM SPSS STATISTICS

Elaborado por: Sara Pozo Vintimilla (2017)

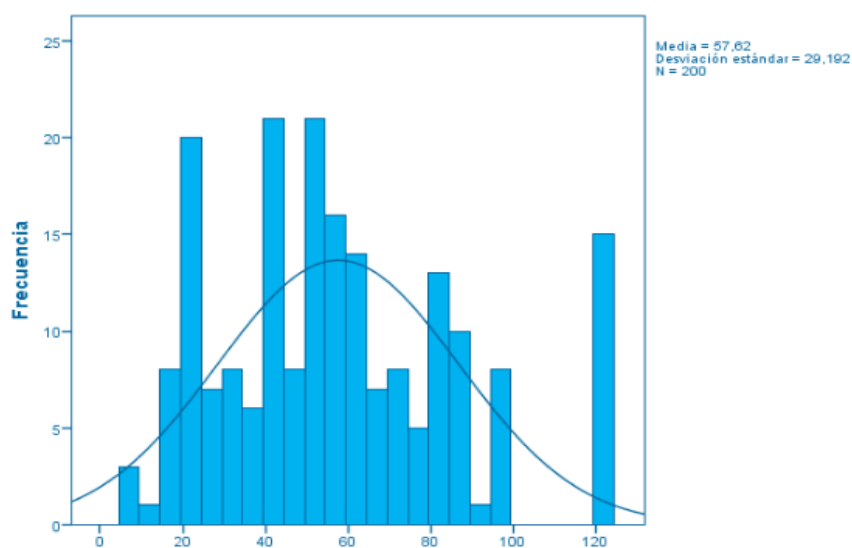


Figura 2: Histograma de los valores obtenidos en el ISP-46

Fuente: IBM SPSS STATISTICS

Elaborado por: Sara Pozo Vintimilla (2017)

En la figura 2 se puede observar la distribución de la muestra en relación a los puntajes obtenidos en el Inventario de síntomas prefrontales ISP-46. Se observa que se distribuyen de forma asimétrica con respecto a la media (Asimetría [As]= 0,638; Curtosis [K]=-0,079). Si bien

es cierto, dentro de los objetivos no está estipulado realizar una comparación entre sexos, se ha considerado pertinente incluir una tabla comparativa entre sexos en donde se detalla la media, desviación estándar, valor mínimo y máximo del puntaje total de cada test y cada una de sus dimensiones.

Tabla 8: Tabla comparativa entre sexos.

	Sexo							
	Masculino				Femenino			
	Media	DT	Máx.	Mín.	Media	DT	Máx.	Mín.
SEA-27	80,43	19,42	108,00	43,00	83,56	18,06	108,00	30,00
FACTOR A	33,37	11,23	44,00	12,00	35,99	10,02	44,00	6,00
FACTOR B	14,75	2,22	16,00	4,00	14,19	2,76	16,00	2,00
FACTOR C	24,42	6,45	32,00	11,00	25,25	6,53	32,00	,00
FACTOR D	7,78	5,09	16,00	,00	8,13	4,83	16,00	,00
ISP	62,25	31,77	124,00	17,00	54,59	27,09	124,00	7,00
Motivación	9,76	4,69	18,00	1,00	8,17	4,45	18,00	,00
Control ejecutivo	17,70	11,01	40,00	,00	15,49	9,05	40,00	2,00
Atención	10,05	4,46	17,00	1,00	9,02	4,22	20,00	1,00
Ejecución	37,51	19,20	72,00	7,00	32,68	16,68	72,00	4,00
Conducta social	12,13	8,08	25,00	,00	9,89	7,23	25,00	,00
Control emocional	12,62	6,87	27,00	2,00	12,02	6,12	27,00	1,00

Fuente: IBM SPSS STATISTICS

Elaborado por: Sara Pozo Vintimilla (2017)

En relación al sexo, se contrastaron las medias usando la t-Student y se encontraron los siguientes resultados: no se evidencian diferencias significativas entre sexos, ni para los puntajes totales, ni para los factores de cada una de las pruebas.

En cuanto al Inventario de Sintomatología prefrontal, no se hallan diferencias significativas en la prueba total, pero sí en dos de sus dimensiones. En la dimensión de **motivación**, entendida como la capacidad autorregulación, elaboración de planes, estimación temporal y flexibilidad

para generar nuevos planes cuando los anteriores no funcionan, los varones puntúan más alto ($\bar{x}= 9,76$) que las mujeres ($\bar{x}=8,16$) ($t=2,411$; $gl= 198$; $p=0, 017$).

En relación a la **conducta social**, entendida como la tendencia a actuar rápido, de manera irreflexiva, y sin precisión en situaciones en las que es probable que haya consecuencias negativas para el individuo, también se observan diferencias; aquí los hombres puntúan mucho más alto ($\bar{x}= 12,13$) que las mujeres y ($\bar{x}=9,89$) ($t=2,139$; $gl= 198$; $p= 0,043$).

3.2. Análisis Correlacional

Luego del análisis descriptivo de las variables, se procedió a evaluar la relación entre los puntajes obtenidos en la prueba que evalúa sintomatología prefrontal ISP-46 y la que evalúa autoeficacia percibida para prevención de conductas sexuales de riesgo SEA-27. Para dicho análisis se utilizó la correlación producto-momento de Pearson, encontrándose una correlación negativa, moderada y significativa, en donde ($r= -0,416$; $p<0.001$).

Además, para un análisis más pormenorizado, se revisa a continuación las correlaciones entre las dimensiones de las dos pruebas. En la *Tabla 9* que se muestra a continuación, se observa la correlación entre los valores de las dimensiones del SEA-27 y del ISP-46. Encontrándose una correlación negativa, moderada y estadísticamente significativa entre los valores de ambos test. Se observa además, que todas las dimensiones presentan correlaciones negativas que van desde $r= -0,168$ hasta $r=-0,422$ y son estadísticamente significativas, a excepción del FACTOR B, que hace referencia al uso de condón, y que no correlaciona significativamente con ninguna de las demás dimensiones.

En resumen, los hallazgos obtenidos en la presente investigación son consistentes con lo esperado, es decir, que a mayor nivel de sintomatología prefrontal, menor autoeficacia para la prevención de conductas sexuales de riesgo ($r= -0,416$; $p <0,001$).

Tabla 9: Correlación entre dimensiones

		Motivación	Control ejecutivo	Atención	Ejecución	Conducta social	Control emocional
FACTOR A	Correlación de Pearson	-0,304**	-0,382**	-0,252**	-0,352**	-0,263**	-0,422**
FACTOR B	Correlación de Pearson	0,014	0,028	-0,045	0,008	-0,009	-0,054
FACTOR C	Correlación de Pearson	-0,314**	-0,330**	-0,262**	-0,328**	-0,219**	-0,413**
FACTOR D	Correlación de Pearson	-0,168*	-0,276**	-0,247**	-0,257**	-0,250**	-0,331**

** La correlación es significativa en el nivel 0,001 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: IBM SPSS STATISTICS

Elaborado por: Sara Pozo Vintimilla (2017)

3.3. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre la sintomatología prefrontal y la autoeficacia percibida para evitar conductas sexuales de riesgo en los estudiantes de la UTPL.

De este modo, en relación a la primera variable, la autoeficacia para prevenir conductas sexuales de riesgo, los hallazgos son que los varones y mujeres de la muestra presentan un nivel promedio bajo de autoeficacia percibida para la prevención de conductas sexuales de riesgo. Estos resultados concuerdan con la investigación realizada por Saturno (2012), en un estudio realizado en Venezuela con una muestra de 850 adolescentes en donde el nivel de autoeficacia percibida para evitar conductas sexuales de riesgo fue nivel promedio bajo. La percepción de autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo es una variable que se vincula con aspectos cognitivos referentes a la percepción de la persona sobre sí misma en cuanto al cuidado en sus relaciones sexuales, al presentarse un nivel promedio bajo, se abren las posibilidades a una serie de conductas sexuales riesgosas y por ende, a una cadena de contagios de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados.

En relación con la segunda variable, se encontró un nivel elevado de sintomatología prefrontal, este promedio es consistente con investigaciones como la de Ruiz-Sánchez y otros (2012), quienes sugieren que la sintomatología prefrontal es superior en jóvenes con edades comprendidas entre 20 y 35 años, y también es similar a los hallazgos de Carrión, Chamba, Vattuone y López (2017), en donde se encuentran puntajes elevados de sintomatología prefrontal en estudiantes de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Otro de los hallazgos importantes de este estudio es que las variables se correlacionan negativamente y de forma significativa tanto en sus puntajes totales, como en sus dimensiones; a excepción del factor B que está relacionado al uso de preservativo.

Lo antes mencionado, resalta que existe una relación entre el lóbulo prefrontal y ciertos rasgos referidos a la desinhibición, toma de decisiones y control de impulsos; por tanto, los resultados recién expuestos, podrían servir para la planificación y ejecución de programas que disminuyan la cantidad de embarazos precoces y enfermedades de transmisión sexual.

CONCLUSIONES

Como respuesta al objetivo general de la presente investigación, se encontró que existe una correlación negativa, moderada y estadísticamente significativa entre la sintomatología prefrontal y la autoeficacia para prevenir conductas sexuales de riesgo. Quiere decir, que mientras mayores son los niveles de sintomatología prefrontal, los niveles de autoeficacia percibida por los jóvenes para evitar conductas sexuales de riesgo disminuyen.

La evaluación de sintomatología prefrontal nos permite conocer que un 35% de los jóvenes presenta niveles altos de sintomatología prefrontal, esto tiene que ver con un déficit del funcionamiento ejecutivo y se relaciona con la búsqueda de sensaciones novedosas e intensas como la práctica de deportes extremos o el consumo de drogas.

Por otra parte, en la evaluación de la autoeficacia para la prevención de conductas sexuales de riesgo, los resultados refieren que tanto en los hombres como en las mujeres, el nivel de protección es **promedio-bajo**. Siendo el factor B la única dimensión que no correlaciona con las dimensiones del Inventario de Síntomas Prefrontales; este hallazgo es consistente con la importante tasa de embarazos adolescentes e índice de infectados con VIH en la provincia de Loja.

Un análisis más pormenorizado demostró que las dimensiones del ISP-46: problemas en la ejecución, problemas en la conducta social, y problemas de control emocional, correlacionaron negativamente con las dimensiones de la SEA- 27: factor A: autoeficacia para rechazar relaciones sexuales en diversas situaciones; factor C: autoeficacia para preguntar a la pareja sobre conductas de riesgo; factor D: autoeficacia para mantenerse virgen hasta el matrimonio, ser fiel a la pareja y hablar de sexo con los padres ($r = -0,168$; $r = -0,422$); excepto con el factor B de la escala SEA-27, que hace referencia a la autoeficacia para usar preservativos, que no correlacionó significativamente con ninguna de las dimensiones del ISP-46. Estos hallazgos podrían servir para elaborar programas de prevención de conductas sexuales de riesgo.

RECOMENDACIONES

Tras el análisis de los datos obtenidos en la presente investigación, nace la necesidad de emplear estrategias que fortalezcan la autoeficacia de los jóvenes para la prevención de conductas de riesgo en general y sexuales en particular, ya que las consecuencias de las mismas son de carácter irreversible.

La importancia de este trabajo radica en que se halló una relación entre sintomatología prefrontal y autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo, abriéndose un nuevo campo de investigación que genere la propuesta de nuevos abordajes integrales para la prevención y tratamiento de la sintomatología prefrontal que claramente repercuten en conductas de riesgo como la sexual.

La realización de más investigaciones que involucren ambas variables, va a permitir a los profesionales de la psicología identificar características comportamentales que asocien algunos rasgos de malestar prefrontal, y de esta manera se pueda incluir en el abordar terapéutico técnicas que prevengan la adopción de conductas sexuales de riesgo.

Finalmente, valdría la pena la ejecución de estudios en donde se revise la diferencia entre sexos con la relación entre sintomatología prefrontal y la autoeficacia para prevenir conductas sexuales de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Arias, N y Ostrosky, F. (2008). Neuropsicología de la violencia y sus clasificaciones. *Revista de neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 8, 95-114.
- Bandura, A. (1977). Self- efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 81, 191-215.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. *Prentice Hall*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R. y. DiClemente, *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral intervention* (págs. 25-59). Nueva York: Plenum Press.
- Bausela, E. y Santos, E (2006). Disfunción ejecutiva: sintomatología que acompaña la lesión y/o disfunción del lóbulo frontal. *Revista internacional online del Órgano oficial de expresión de la fundación OMIE*, 5, 1-7.
- Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia* (Séptima edición ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Bermúdez, M., Buela-Casal, G., y Uribe, A. (2005). *Adaptación al colombiano de la escala VIH-65*. Granada, España: Universidad de Granada.
- Carrion, G. C. (2017). *Sintomatología prefrontal como predictor de las quejas subjetivas de memoria en estudiantes universitarios*. Loja, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Carrión, G., Chamba, F., Vattuone, A y López, V. (2017). *Sintomatología prefrontal como predictor de las quejas subjetivas de memoria en estudiantes universitarios*. Loja, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Censos, I. N. (2016). *Reporte anual 2015-2016*. Ecuador.
- Censos, I. N. (2016). *Reporte anual 2015-2016*. Ecuador.
- Delgado, I y Etchepareborda, M. (2013). Trastornos de las funciones ejecutivas: diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 57, 95-103.
- Delgado, I y Etchepareborda, M. (2013)95-103). Trastornos de las funciones ejecutivas: diagnóstico y tratamiento. *Revista de neurología*, 57.
- Escobar, E y García, A. (2014). *Rasgos de la personalidad y sintomatología prefrontal en jóvenes antisociales privados de libertad*. Venezuela: Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado.
- Espada, J., Quiles, M. y Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe*, 85, 1-12.

- Flores, J y Ostrosky, F. (2008). Neuropsicología de los lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. *Revista de neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 8, 47-58.
- García, A. (2008). Aproximación histórica a las alteraciones comportamentales por lesiones del córtex prefrontal: de Phineas Gage a Luria. *Revista de neurología*, 46, 175-181.
- García, E., Menendez, E., Fernández, G. y Cuesta, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International journal of psychological research*, 5, 79-87.
- García, E., Menéndez, E., Fernández, P. y Cuesta, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International journal of psychological research*, 5, 79-87.
- García, E., Menéndez, E., García, P. y Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*, 22, 606-612.
- George, O y Koob, G. (2010). Individual differences in prefrontalcortex function and the transition from drug use to drug dependence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 232-247.
- Giménez, C., Ballester, R., Gil, M., Cárdenas, G y Durán, X. (2013). Culture as an influence on the perceived risk of GIV infection: a differential analysis comparing young people from México and Spain. *Community Health Journal*, 38, 434-442.
- Gonzalez, S., Castellá, J y Carlotto, S. (2007). Predictores de conductas de riesgo entre adolescentes. *Revista interamericana de psicología*, 41, 161-166.
- Grimberg, M. (2001). *Sexualidad, cuidado sexual y VIH- sida: problemáticas de prevención en jóvenes de sectores populares*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc-Graw-Hill Interamericana.
- INEC. (2016). *Reporte anual 2015-2016*. Ecuador.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International journal of psychological research*, 4, 70-79.
- Kasen, S., Roger, D., Vaughan, M., Heather, J. y Walter, M. (1992). Self-efficacy for AIDS preventive behaviours among tenth grade students. *Health education and behaviours sage journals*, 19, 187-202.
- Kolb, B y Wishaw, I (2003). *Neuropsicología humana*. Madrid, España: Editorial médica panamericana.
- Llobet, V. (2005). Tensiones y desafíos en la promoción de la salud sexual y los derechos reproductivos en la adolescencia. *Sexualidad, salud y derechos*.
- Lopera, F. (2008). Funciones ejecutivas: aspectos clínicos. *Revista de neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 8, 59-76.

- López, F y Moral, J. (2009). *Manual de aplicación de la Escala de auto-eficacia para evitar conductas sexuales de riesgo para el contagio de VIH- SIDA en adolescentes (SEA-27)*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- López, F., Carcedo, R., Fernández, N., Blázquez, M y Kilani, A. (2011). Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *Anales de psicología*, 27, 791-799.
- Marino, D y Julián, C. (2010). Actualización de test neuropsicológicos de funciones ejecutivas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2, 34-45.
- Montse, B. (31 de marzo de 2016). *Psicología Fluye*. Obtenido de Diferenciación sexual del cerebro: dimorfismo sexual: <http://www.fluyepsicologia.es/diferenciacion-sexual-cerebro-dimorfismo-sexual/>
- Mujica, A. (2011). El llamado síndrome del lóbulo frontal actualmente llamado síndrome disejecutivo. *Alcmeon*, 17, 42-47.
- Navarro, E., Reig, A., Barberà, E. y Ferrer, R. (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencia de género. *International journal of clinical and health psychology*, 6, 79-96.
- Noboa, P y Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista latinoamericana de psicología*, 38, 21-43.
- OMS. (2011). *Salud sexual*. Obtenido de <http://formacion-integral.com.ar/website/?p=16>
- OMS. (2017). *Organización mundial de la salud*. Obtenido de Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S
- ONUSIDA. (1999). *Infección por VIH y SIDA en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo*. Bogotá: ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Obtenido de <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/>
- ONUSIDA. (2016). *Acción acelerada para acabar con el SIDA*. Obtenido de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf
- Palacios, J., Bravo, I y Andrade, P. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology international journal*, 18, 1-13.
- Pedrero, E. R. (2012). Caracterización neuropsicológica de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias: implicaciones clínicas. *Revista Adicciones*, 24, 51-58.
- Pedrero, E. R. (2013). Sintomatología prefrontal y trastornos de la personalidad en adictos a sustancias. *Revista de neurobiología*, 56, 205-213.

- Pedrero, E. R.-S. (2015). Sintomatología prefrontal en la vida diaria: evaluación de cribado mediante el inventario de síntomas prefrontales abreviado (ISP-20). *Revista de Neurología*, 60, 385-393.
- Pedrero, E., Ruiz- Sánchez, J., Llanero, M., Rojo, G., Olivar, A y Puerta, C. (2009). Sintomatología frontal en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española de la escala de comportamiento frontal. *Revista de neurología*, 48, 624- 631.
- Pedrero, E., Ruiz, J., Lozoya, P., Rojo, G., Llanero, M y Puerta, C. (2013). Sintomatología prefrontal y trastornos de la personalidad en adictos a sustancias. *Revista de neurobiología*, 56, 205-213.
- Pedrero, E., Ruiz, J., Olivar,A., Rojo, G., Llanera, M y Puerta, C. (2011). Diferencias de personalidad entre adictor al alcohol y controles emparejados: relación con sintomatología frontal y subtipos de adictos. *Psicothema*, 23, 100-106.
- Pedrero, E., Ruiz, J., Rojo, G., Llanero, M y Puerta, C. (2012). Caracterización neuropsicológica de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 24, 51-58.
- Pedrero, E., Ruiz. Sánchez, J., Morales, S., Pedrero, J y Fernández, L. (2015). Sintomatología prefrontal en la vida diaria: evaluación de cribado mediante el inventario de síntomas prefrontales abreviado (ISP-20). *Revista de neurología*, 60, 385-393.
- Piña, J. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH-SIDA. *Anales de psicología*, 20, 23-32.
- Rojo, J., Pedrero, E., Llanero, M., Lozoya., Rojo, G y Puerta, C. (2012). Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Revista de neurología*, 54, 649-663.
- Ruiz- Sánchez, J., Llanero, M., Lozoya, P., Fernández, M y Pedrero, E. (2010). Estudio neuropsicológico de adultos jóvenes con quejas subjetivas de memoria: implicación de las funciones ejecutivas y otra sintomatología prefrontal asociada. *Revista de neurología*, 51, 650-660.
- Ruiz, J., Pedrero, E., Olivar, A., Llanero,M., Rojo, G., Puerta, C. (2010). Personalidad y sintomatología frontal en adictos y población no clínica: hacia una neuropsicología de la personalidad. *Adicciones*, 22, 233-244.
- Sadock, J y Sadock, V. (2008). *Concise textbook of clinical psychiatry*. Estados Unidos: Lippincott Williams y Wilkins.
- Saturno, L. (2012). *Sexo y edad en las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 18 años de edad*. Baresquimeto- Venezuela: Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado.
- Shaffer, D y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Distrito Federal, México: Thomson.

- Silber, T., Munist, M., Maddaleno, S y Suárez, E. (1995). *Manual de medicina en la adolescencia*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la salud.
- Tascón, L., Claros, Dy Peñaranda, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista Chilena de obsetricia y ginecología*, 81.
- Teva, I., Bermúdez, M y Buela-Casal, G. (2011). Búsqueda de sensaciones sexuales, estilos de afrontamiento, estrés social y su relación con la conducta sexual adolescente. *Anales de psicología*, 27, 35-46.
- Torres, P., Walker, D., Gutierrez, J y Bertozzi, S. (2006). *Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ETS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos*. México: Salud pública de México.
- Vilella, P. (2010). *Venezuela, el país con mayor tasa de embarazo adolescente de Sudamérica*. Venezuela: El Mundo. Obtenido de Venezuela, el país con maayor tasa de embarazo adolescente de Sudamérica.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Gaviria, A y Soto, A. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infeccion por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. *Terapia psicológica*, 25, 39-50.

ANEXOS

ANEXO 1

INVENTARIO DE SÍNTOMAS PREFRONTALES (ISP-46)

INSTRUCCIONES

A continuación se le plantearán 46 afirmaciones sobre cuestiones de la vida cotidiana que usted puede experimentar o no. Marque en la opción que mejor le represente. Señale con una X sobre la casilla NUNCA O CASI NUNCA si cree que esa afirmación no es correcta sobre usted; POCAS VECES si es algo que le ha pasado, pero en contadas ocasiones; A VECES SÍ Y A VECES NO, si le sucede o no le sucede con la misma frecuencia; MUCHAS VECES si es algo que le pasa a menudo; y SIEMPRE O CASI SIEMPRE si la afirmación define su modo habitual de pensar o actuar.

POR FAVOR, RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS.

		NUNCA O CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES SÍ Y A VECES NO	MUCHAS VECES	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
1	Tengo problemas para empezar una actividad. Me falta iniciativa					
2	Me resulta difícil concentrarme en algo					
3	No puedo hacer dos cosas al mismo tiempo (por ejemplo, preparar la comida y hablar)					
4	Río o lloro con demasiada facilidad					
5	Me enfado mucho por cosas insignificantes. Me irrito con facilidad					
6	Tengo poca capacidad para resolver problemas					
7	Mezclo algunos episodios de mi vida con otros. Me confundo al intentar ponerlos por orden					
8	Llego tarde a mis citas					
9	Me cuesta adaptarme a los cambios de mis rutinas					
10	Hablo con desconocidos como si les conociera					
11	Me distraigo con facilidad					
12	Tengo problemas para cambiar de tema en las conversaciones					

13	Ciertas cosas me cabrean demasiado y en esos momentos me paso de la raya					
14	Estoy como aletargado, como adormecido					
15	Tengo dificultades para tomar decisiones					
16	Hablo fuera de turno interrumpiendo a los demás en las conversaciones					
17	Me olvido de que tengo que hacer cosas pero me acuerdo cuando me lo recuerdan					
18	Se me echa la hora encima con mucha facilidad					
19	No hago las cosas sin que alguien me diga que las tengo que hacer					
20	Tengo dificultades para seguir el argumento de una película o un libro					
21	Tengo dificultad para pensar cosas con antelación o para planificar el futuro.					
22	Puedo pasar de la risa al llanto con facilidad					
23	Descuido mi higiene personal					
24	No me entusiasmo con las cosas. No me interesa ninguna actividad					
25	Corro riesgos sólo por el placer de hacerlo aunque me meta en líos por ello					
26	Me cuesta cambiar de planes cuando las cosas están saliendo mal					
27	Cuento chistes inapropiados en situaciones inapropiadas					
28	Actúo como si las demás personas no existieran					
29	Me cuesta ponerme en marcha. Me falta energía					
30	Repito los mismos errores. No aprendo de la experiencia					
31	Cuando hay ruido en la calle tengo problemas para pensar con claridad					
32	Me cuesta planificar las cosas con antelación					
33	Toco o abrazo a la gente aunque no los conozca demasiado					
34	Doy portazos, golpeo muebles o lanzo cosas por el aire cuando me cabreo					
35	Me cuesta encontrar la solución a los problemas					

36	Hago las cosas impulsivamente					
37	Hago comentarios sobre temas muy personales delante de los demás					
38	Tengo ganas de hacer algunas cosas, pero luego no las hago					
39	Hago o digo cosas embarazosas					
40	Me confundo cuando estoy haciendo cosas en un orden					
41	Tengo explosiones emocionales sin una razón importante					
42	Tengo problemas para entender lo que otros quieren decir					
43	Me manifiesto ante los demás de una manera sensual. Coqueteo demasiado					
44	Hago o digo cosas que no debo cuando estoy con otras personas.					
45	Hago comentarios sexuales inapropiados					
46	Todo me resulta indiferente. Me dan igual las cosas					

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HAYA CUMPLIMENTADO TODAS LAS PREGUNTAS Y QUE SÓLO APARECE UNA RESPUESTA "X" EN CADA UNA DE ELLAS.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2

SEA- 27

ESCALA DE AUTOEFICIACIA PARA PREVENCIÓN DE SIDA

EDAD: _____	SEXO: MASC _____	FEM _____
ESTADO CIVIL _____		
TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN TU CASA (INCLUYÉNDOTE) _____		
ULTIMO GRADO DE EDUCACIÓN CULMINADO _____		
TRABAJAS EN LA ACTUALIDAD SI ____ NO ____		

A CONTINUACIÓN, SE PRESENTAN UNA SERIE DE PREGUNTAS EN LAS CUALES VAS A ENCERRAR EL GRADO D SEGURIDAD QUE CREAS TENER:

		NADA SEGU RO	ALGO SEGU RO	MEDIO SEGU RO	MUY SEGU RO	TOTAL SEGU RO
	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir NO cuando te propone tener relaciones sexuales....?					
	1 Alguien conocido en 30 días o menos					
	2 Alguien cuya historia sexual sea desconocida para ti					
	3 Alguien cuya historia de drogas sea desconocida para ti					
	4 Alguien a quien hayas tratado con anterioridad					
	5 Alguien a quien deseas tratar de nuevo					
	6 Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales					
	7 Alguien a quien necesitas que se enamore de ti					
	8 Alguien que te presiona para tener relaciones sexuales					
	9 Alguien con quien has estado bebiendo alcohol					
	10 Alguien con quien has estado utilizando drogas					
	11 Alguien y tu nivel de excitación es muy alto					
C	¿Qué tan seguro estás de ser capaz de:					
	1 Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga					
	2 Discutir sobre la prevención de ETS con tu novio/a					
	3 Preguntar a tu pareja sobre las relaciones sexuales ocurridas en su pasado					
	4 Preguntar a tu pareja si ha tenido alguna experiencia homosexual					

B		¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...?					
	1	Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales					
	2	Usar correctamente el condón					
	3	Usar el condón durante el acto sexual después de haber estado bebiendo alcohol					
	4	Usar el condón durante el acto sexual después de haber consumido alguna droga					
	5	Insistir en el uso de condón, incluso si tu pareja prefiere no usarlo.					
	6	Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta el uso del condón					
	7	Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones					
	8	Acudir a la tienda a comprar condones					
	9	No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio					
	10	Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida					
	11	Platicar con tu padre sobre temas sexuales					
12	Platicar con tu madre sobre temas sexuales						
D		Expresa el grado de acuerdo que tengas					
	1	La mujer es la que debe solicitar el uso de condón					
	2	El hombre es el que debe comprar los condones					
	3	El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual					
	4	La mujer debe llevar los condones					
	5	Las relaciones sexuales deben ser espontáneas					
	6	El uso de condón es bueno para mi salud					
	7	El uso del condón disminuye la satisfacción sexual					
	8	Mi situación económica me permite comprar condones					
	9	Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo					
	10	Las relaciones sexuales sólo deben mantenerse con una persona de por vida					
	11	Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad, a no tener relaciones sexuales					
	12	El SIDA es algo muy difícil que me suceda, aunque no me proteja					
13	La información que tengo sobre sexualidad es suficiente						

ANEXO 3

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Sara Pozo Vintimilla, de la Universidad Técnica Particular de Loja. La meta de este estudio es evaluar la relación entre sintomatología prefrontal y la autoeficacia para evitar adoptar conductas sexuales de riesgo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en dos test estandarizados para el estudio. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Sara Pozo Vintimilla. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es evaluar la relación entre sintomatología prefrontal y la autoeficacia para evitar adoptar conductas sexuales de riesgo

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Sara Pozo Vintimilla al teléfono 079719849

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Sara Pozo Vintimilla al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha