



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

PAPEL DEL CONTEXTO FAMILIAR EN LA CONDUCTA SEXUAL PROTEGIDA
DE JÓVENES UNIVERSITARIOS: UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE

TUTOR PRINCIPAL: DRA. SILVIA SUSANA ROBLES MONTIJO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

TUTOR ADJUNTO: DRA. CYNTHIA ZAIRA VEGA VALERO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

TUTOR EXTERNO: DR. ROLANDO DÍAZ LOVING.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

JURADO A: DRA. MARÍA EMILY REIKO ITO SUGIYAMA.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

JURADO B: DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MÉXICO, D. F. SEPTIEMBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

*Al aprendiz, al curioso, al tenaz, al terco, al intrépido, al niño, al agudo...al necio!!!
Yo vivo de preguntar, saber no puede ser lujo (S.R.)*

A mi familia

Blanca Delia Arias Garcia

Por enseñarme que el verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que sea quien es, por contagiarme con tu espíritu aventurero, por mostrarme que nada sucede como deseábamos, como suponíamos, ni como teníamos previsto, pero que por algo sucede cómo sucede, por motivarme a enfrentar mis obstáculos con determinación y enseñarme como abrazar la vida y vivir con pasión, por mostrarme que hay que perder con clase y vencer con osadía y humildad; mi infinito agradecimiento por todo esto y por mantenerte aquí, como mi compañera de vida y mi mejor amiga. Te dedico este pedacito de mi carrera por que sin ti no hubiera sido posible, gracias por la incondicionalidad, el amor y la paciencia que me has tenido durante tanto y tanto tiempo, te amo.

A mis hijos: Alexssa y Axel Ariel

Porque inundaron de luz mi vida con solo mirarlos a los ojos segundos después de nacer; porque gracias a ustedes conocí el amor incondicional y son mi motor para seguir adelante siempre dando lo mejor de mi, los amo. Por favor, nunca dejen que nadie les diga que no pueden hacer algo –ni si quiera yo, ¿sale?-. Si tienen un sueño vayan por el, trabajen duro para alcanzarlo y protéjalo. Las personas que no son capaces de hacer algo les dirán que tampoco ustedes pueden. Si quieren algo, vayan por ello dando siempre la mejor versión de sí mismos, estoy seguro que así lo harán y yo estaré ahí para acompañarlos en cuerpo y/o alma.

A mis padres: María Antonieta y David

Gracias por haberme dado la vida, por tomar las decisiones que tomaron respecto a mí y por educarme como lo hicieron, estoy orgulloso de ser quién soy y eso se los debo a ustedes. Gracias por predicar con el ejemplo, por enseñarme con amor, por demostrarme que se puede alcanzar lo que uno desea, por darme entendimiento, comprensión y respetar mis decisiones y evitar los reproches, por darme la oportunidad de equivocarme y por brindarme este acompañamiento de tantos años, gracias por estar en mi vida, los amo.

A mis hermanas: Elisa y Daniela

Gracias por su apoyo incondicional durante todo este tiempo y por el acompañamiento que me han dado a partir del momento que llegaron a mi vida, ustedes son una parte de mi infancia y de mi vida, que no puedo ni deseo perder, las amo.

Familia Arias García

Mi eterno agradecimiento a la Sra. Agapita, a Pedro y a Gabriel por hacerme sentir parte de esta maravillosa familia y por las diversas formas en las cuales me han expresado su apoyo y su afecto, es invaluable el acompañamiento que he recibido de ustedes a lo largo de tantos años, gracias.

A los miembros de mi Comité Tutorial

Agradezco a la **Dra. Susana Robles Montijo** por haberme sembrado la inquietud y la curiosidad por el apasionante camino de la investigación. Gracias por el aliento, la dedicación y la paciencia que me ha brindado no solamente durante mis estudios de Doctorado, sino en estos 12 años que llevamos de conocernos. Agradezco su invaluable apoyo y la confianza que depositó en mí para concretar este proyecto académico y mi reconocimiento en torno a respetar los estilos y formas de cada uno de sus alumnos.

Agradezco a la **Dra. Cynthia Zaira Vega Valero** por la actitud positiva y propositiva que mostró durante todo el proceso, por mantenerse receptiva ante cada idea expuesta en este trabajo y por brindarme un acompañamiento cercano durante mis estudios de Doctorado. Sin duda, su apoyo fue fundamental para la concreción de esta investigación. Gracias por el acompañamiento tan puntual y cercano que me brindó durante todo este tiempo, lo cual me permitió no solamente aprender, sino también conocer a una persona con una gran calidad humana.

Agradezco al **Dr. Rolando Díaz Loving** por las observaciones puntuales y atinadas en torno a mi proyecto; por su orientación y apoyo para darle forma y estructura a la investigación. Sus comentarios y sugerencias fueron invaluable para darle mayor consistencia teórica a la interpretación del modelo y de los resultados.

Agradezco a la **Dra. María Emily Reiko Ito Sugiyama** por tomarse el tiempo necesario para leer mi investigación. Gracias por sus observaciones, notas y comentarios, las cuales me llevarán a tomar una postura crítica y reflexiva en torno a mi trabajo. Gracias por sus sugerencias, sin duda la investigación se nutrió de tan valiosas aportaciones.

Agradezco a la **Dra. Gabina Villagrán Vázquez** por sus observaciones y cuestionamientos en torno a la metodología y la interpretación de los resultados, lo cual me llevó a buscar argumentos para defender mi trabajo y a reestructurar diversos puntos para darle mayor solidez y congruencia.

A mis amigos y acompañantes de ruta

A todos y cada uno de ustedes quienes me han acompañado en esta larga y sinuosa ruta, agradezco su amistad, su acompañamiento, su apoyo incondicional y el papel que juegan en mi vida. **Blanca Delia Arias García** mi compañera de vida y mi mejor amiga, gracias por este acompañamiento hombro a hombro y por sostenerme cuando sentía desfallecer, eres mi luz cuando todo se torna oscuro.

Mis hermanos académicos, **Susana Bárcena, Guadalupe Rendón** y **Ricardo Sánchez**, gracias por la contención y por los momentos en los cuales pudimos compartir y apoyarnos para salir adelante. Especialmente, gracias Ricardo por tantos años de amistad y por el apoyo incondicional que siempre he recibido de tu parte, por fin un peldaño más con tu grata compañía. A mis colegas y amigos del SUAyED **Esperanza Guarneros, Cesar Pérez, Ricardo Sánchez, Rubi Rosales, Enrique Berra, Sandra Muñoz y Daniel Mendoza**, gracias por su apoyo moral y por tantos buenos momentos académicos y personales, en definitiva logran hacer exótico lo domestico.

También quiero agradecer al **Dr. Arturo Silva Rodríguez** por su apoyo incondicional y por motivarme siempre a seguir adelante y a construir una vida académica plena dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México; gracias por confiar en la gente joven y brindarme su confianza y amistad; sin duda mi ejemplo a seguir. Asimismo, quiero darle las gracias al **Dr. Carlos Nava Quiroz** por todo su apoyo, por involucrarse y darme valiosas opiniones y sugerencias sobre el tratamiento de los datos y la metodología de mi estudio; por compartir conmigo su amplia experiencia, pero sobre todo por su amistad.

Por último, pero no menos importantes, quiero agradecer a **Abraham López Torres** por su amistad incondicional de tantos años y por sacarme del mundo de la abstracción y de las frenéticas preocupaciones del Doctorado, agradezco los espacios para charlar, salir y olvidar las presiones académicas, sin duda, un acompañante de ruta muy importante en mi vida. Finalmente gracias a todos mis alumnos quienes me

acompañaron madrugada tras madrugada en este proceso, pero además hicieron un excelente trabajo de acompañamiento, gracias.

A los estudiantes y responsables de las instituciones educativas quienes contribuyeron en la realización del proyecto

Agradezco infinitivamente a todos los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Aragón, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y del Instituto Politécnico Nacional Unidad Ticoman y Zacatenco por su invaluable participación en el estudio. Gracias por su tiempo y por su cooperación, sin ellos esta investigación no hubiera sido posible.

Asimismo quiero agradecer y reconocer a quienes me abrieron las puertas de las diferentes instituciones educativas en donde se llevó a cabo el proyecto, además de reconocer el interés, compromiso y apoyo incondicional que recibí de cada uno de ellos.

Gracias al **M. en C. Oscar Cano Aguila** responsable de la Subdirección de Servicios Educativos e Integración Social de la Escuela Superior de Ingeniería y Arquitectura (ESIA) Unidad Ticomán del Instituto Politécnico Nacional, por su interés y por el apoyo brindado al poner a mi disposición las condiciones necesarias para poder llevar a cabo la investigación.

A la **Ing. Dora María Martínez** en calidad de Dictora y al **Ing. Maurilio Andrade** como Subdirector Académico de la Escuela Superior de Ingeniería Textil (ESIQIE) del Instituto Politécnico Nacional, a quienes agradezco infinitamente la rapidez con la cual se atendió mi petición y los espacios prestados para hacer la evaluación.

También quiero agradecer a la **Ing. Ma. de Lourdes Campos Valladares**, quien fue designada por el área de Servicios Escolares de la Escuela Superior de Ingeniería Textil (ESIT) del Instituto Politécnico Nacional, para apoyarme en la evaluación de diversos grupos en esta institución educativa, gracias por el tiempo y la colaboración.

Sin duda, quiero hacer una mención especial y agradecer todo el apoyo brindado por la **Lic. Berenice Cano Santos**, Coordinadora de Servicios a la Comunidad de la Facultad de Estudios Superiores Aragón (FESA), quien fue una pieza clave para poder concretar la segunda parte de la investigación. Gracias por el invaluable apoyo brindado para la realización de esta investigación, por mantenerse siempre al pendiente de que las condiciones fueran las propicias para el levantamiento de datos y por resolver los contratiempos administrativos y de logística que se fueron presentando dentro de la institución educativa, por todo esto, mi infinito agradecimiento.

Finalmente quiero agradecer a todos los profesores de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, quienes aceptaron colaborar con el proyecto, a través de ceder una hora de clase para poder realizar la evaluación en algunos de sus grupos, sin su ayuda no hubiera sido posible construir la escala de relaciones fraternas para la presente investigación.

CONTENIDO

ABSTRACT.....	<i>i</i>
RESUMEN.....	<i>ii</i>
INTRODUCCIÓN.....	<i>iii</i>

PARTE I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: PANORAMA ACTUAL EN MÉXICO Y EL MUNDO.....	1
1.1 PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL A NIVEL MUNDIAL.....	2
1.2 PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL EN MÉXICO.....	9
CAPÍTULO 2. EL PAPEL DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL ESTUDIO DE LA CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO.....	13
CAPÍTULO 3. INFLUENCIA PARENTAL EN LA CONDUCTA SEXUAL ADOLESCENTE.....	27
CAPÍTULO 4. INFLUENCIA FRATERNA EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO.....	49
CAPÍTULO 5. VARIABLES PSICOSOCIALES, CONDUCTUALES Y CONTEXTUALES ASOCIADAS AL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO.....	61
CAPÍTULO 6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	73

PARTE II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

OBJETIVO GENERAL.....	83
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	83
HIPÓTESIS CONCEPTUAL.....	85
HIPÓTESIS.....	85
CAPÍTULO 7. ESTUDIO I VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	89
7.1 MÉTODO.....	89
7.1.1 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN UNIVERSO.....	89
7.1.2 PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	89
7.1.3 PARTICIPANTES.....	90
7.1.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA.....	90
7.1.5 ESCENARIO.....	91
7.1.6 TIPO DE ESTUDIO.....	91
7.1.7 VARIABLES E INSTRUMENTOS.....	91
7.1.7.1 SOCIODEMOGRÁFICAS.....	91
7.1.7.1.1 INDIVIDUALES.....	91
7.1.7.1.2 FAMILIARES.....	93
7.1.7.2 VARIABLES DEL MODELO FAMILIAR ESTRUCTURAL.....	96
7.1.7.2.1 SISTEMA INDIVIDUAL.....	96
7.1.7.2.2 SISTEMA FRATERNAL.....	99
7.1.7.2.3 SISTEMA PARENTAL.....	100
7.1.7.2.4 SISTEMA CULTURAL.....	101

7.1.8	PROCEDIMIENTO.....	102
7.1.9	MEDIDAS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	103
7.2	RESULTADOS.....	106
7.3	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	126
CAPÍTULO 8. ESTUDIO II EVALUACIÓN DEL MODELO FAMILIAR ESTRUCTURAL.....		139
8.1	MÉTODO.....	139
8.1.1	DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN UNIVERSO.....	139
8.1.2	PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	139
8.1.3	PARTICIPANTES.....	140
8.1.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA.....	140
8.1.5	ESCENARIO.....	141
8.1.6	TIPO DE ESTUDIO.....	141
8.1.7	VARIABLES E INSTRUMENTOS.....	141
8.1.7.1	SOCIODEMOGRÁFICAS.....	141
8.1.7.2	VARIABLES DE COMPARACIÓN.....	142
8.1.7.3	PATRÓN DE COMPORTAMIENTO SEXUAL.....	143
8.1.7.4	VARIABLES DEL MODELO FAMILIAR ESTRUCTURAL.....	147
8.1.7.4.1	SISTEMA INDIVIDUAL.....	148
8.1.7.4.2	SISTEMA FRATERO.....	149
8.1.7.4.3	SISTEMA PARENTAL.....	149
8.1.7.4.4	SISTEMA CULTURAL.....	150
8.1.8	PROCEDIMIENTO.....	151
8.1.9	MEDIDAS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	151
8.2	RESULTADOS.....	154
8.2.1	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA.....	154
8.2.2	ANÁLISIS COMPARATIVO.....	162
8.2.3	ANÁLISIS DE PREDICCIÓN.....	171
8.2.3.1	REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE STEPWISE PARA TODA LA MUESTRA.....	171
8.2.3.2	REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE STEPWISE PARA VARONES	179
8.2.3.3	REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE STEPWISE PARA MUJERES	186
8.3	DISCUSIÓN.....	193
8.3.1	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	251
8.3.1.1	METODOLÓGICAS.....	251
8.3.1.2	ESTADÍSTICAS.....	254
8.4	CONCLUSIONES GENERALES.....	258
REFERENCIAS.....		273
APÉNDICES.....		305
A.	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS INDIVIDUALES.....	307
B.	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS FAMILIARES.....	311
C.	PRUEBAS Y ESCALAS PARA EVALUAR LAS VARIABLES DEL SISTEMA INDIVIDUAL.....	317
D.	ESCALAS PARA EVALUAR LAS VARIABLES DEL SISTEMA FRATERO.....	323
E.	CUESTIONARIOS Y ESCALAS PARA EVALUAR LAS VARIABLES DEL SISTEMA PARENTAL.....	327
F.	INVENTARIO PARA EVALUAR LAS VARIABLES DEL SISTEMA CULTURAL.....	333

G. TABLAS Y FIGURAS: ANÁLISIS DISCRIMINANTE, ÍNDICE DE DIFICULTAD Y ANÁLISIS FACTORIAL.....	337
G1 ÍNDICE DE DIFICULTAD PRUEBA DE CONOCIMIENTOS VIH/SIDA/ITS.....	339
G2 PODER DE DISCRIMINACIÓN PRUEBA DE CONOCIMIENTOS ACERCA DEL VIH/SIDA E ITS.....	339
G3 MEDIA Y MT PRUEBA DE CONOCIMIENTOS VIH/SIDA E ITS.....	340
G4 RESPUESTAS CORRECTAS PRUEBA DE CONOCIMIENTOS VIH/SIDA/ITS/USO CORRECTO DEL CONDÓN.....	340
G5 ÍNDICE DE DIFICULTAD PRUEBA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO CORRECTO DEL CONDÓN.....	341
G6 PODER DE DISCRIMINACIÓN PRUEBA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO CORRECTO DEL CONDÓN.....	342
G7 PODER DISCRIMINATIVO ESCALA DE COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA.....	342
G8 VALIDEZ Y CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA DE COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA.....	343
G9 MEDIA Y MT DE LA ESCALA DE COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA.....	343
G10 PODER DISCRIMINATIVO DE LA ESCALA DE ESTILOS DE NEGOCIACIÓN DEL USO DEL CONDÓN.....	344
G11 VALIDEZ Y CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA DE ESTILOS DE NEGOCIACIÓN DEL USO DEL CONDÓN.....	344
G12 MEDIA Y MT ESCALA DE ESTILOS DE NEGOCIACIÓN DEL USO DEL CONDÓN.....	345
G13 PODER DISCRIMINATIVO ESCALA DE RELACIONES FRATERNAS CON EL HERMANO MAYOR.....	345
G14 VALIDEZ Y CONSISTENCIA INTERNA ESCALA RELACIONES FRATERNAS CON EL HERMANO MAYOR.....	346
G15 PODER DISCRIMINATIVO ESCALA DE RELACIONES FRATERNAS CON EL HERMANO MENOR.....	346
G16 VALIDEZ Y CONSISTENCIA INTERNA ESCALA DE RELACIONES FRATERNAS CON EL HERMANO MENOR.....	347
G17 PODER DISCRIMINATIVO CUESTIONARIO DE PATRONES DE AUTORIDAD PARENTAL/PADRE.....	348
G18 VALIDEZ Y CONSISTENCIA INTERNA CUESTIONARIO DE PATRONES DE AUTORIDAD PARENTAL/PADRE.....	349
G19 MEDIA Y MT CUESTIONARIO DE PATRONES DE AUTORIDAD PARENTAL/PADRE.....	350
G20 PODER DISCRIMINATIVO CUESTIONARIO DE PATRONES DE AUTORIDAD PARENTAL/MADRE.....	350
G21 VALIDEZ Y CONSISTENCIA INTERNA CUESTIONARIO DE PATRONES DE AUTORIDAD PARENTAL/ MADRE.....	351
G22 MEDIA Y MT CUESTIONARIO DE PATRONES DE AUTORIDAD PARENTAL/ MADRE.....	352
G23 PODER DISCRIMINATIVO ESCALA DE COMUNICACIÓN SEXUAL CON EL PADRE.....	352
G24 VALIDEZ Y CONSISTENCIA INTERNA ESCALA DE COMUNICACIÓN SEXUAL CON EL PADRE.....	353
G25 PODER DISCRIMINATIVO ESCALA DE COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA MADRE.....	353
G26 VALIDEZ Y CONSISTENCIA INTERNA ESCALA DE COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA MADRE.....	354
G27 PODER DISCRIMINATIVO INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA IDEOLOGÍA DE GÉNERO.....	354
G28 VALIDEZ Y CONSISTENCIA INTERNA INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA IDEOLOGÍA DE GÉNERO.....	355
G29 MEDIA Y MT INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA IDEOLOGÍA DE GÉNERO.....	355
H. CUESTIONARIO PATRÓN DE COMPORTAMIENTO SEXUAL.....	357
I. VERSIONES CORTAS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS EN EL ESTUDIO II.....	363
J. MATRIZ DE CORRELACIÓN DE LAS VARIABLES DEL MFE EN TODA LA MUESTRA.....	377
K. HISTOGRAMAS, GRÁFICOS P-P Y DIAGRAMAS DE DISPERSIÓN DE RESIDUOS/TODA LA MUESTRA.....	381
K1 HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN.....	383
K2 GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN.....	383
K3 DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN.....	384
K4 HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/INTENCIÓN DE UTILIZAR EL PRESERVATIVO.....	384
K5 GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/INTENCIÓN DE UTILIZAR EL PRESERVATIVO.....	385
K6 DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/INTENCIÓN DE UTILIZAR EL PRESERVATIVO.....	385
K7 HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/ESTILO DE NEGOCIACIÓN EQUIDAD-COLABORACIÓN.....	386
K8 GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/ESTILO DE NEGOCIACIÓN EQUIDAD-COLABORACIÓN.....	386
K9 DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/ESTILO DE NEGOCIACIÓN EQUIDAD-COLABORACIÓN.....	387
K10 HISTOGRAMA DE RESIDUOS TIPIFICADOS/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS CONSECUENCIAS DE TENER RELACIONES SEXUALES.....	387

K11	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL C/PAREJA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS CONSECUENCIAS DE TENER RELACIONES SEXUALES.....	388
K12	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS CONSECUENCIAS DE TENER RELACIONES SEXUALES.....	388
K13	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA Y CONDÓN MASCULINO.....	389
K14	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA Y CONDÓN MASCULINO.....	389
K15	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA Y CONDÓN MASCULINO.....	390
K16	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA MADRE.....	390
K17	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA MADRE.....	391
K18	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA MADRE.....	391
K19	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO CORRECTO DEL CONDÓN.....	392
K20	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO CORRECTO DEL CONDÓN...	392
K21	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/CONOCIMIENTOS USO CORRECTO DEL CONDÓN.....	393
K22	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/COMUNICACIÓN SEXUAL CON EL PADRE.....	393
K23	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON EL PADRE.....	394
K24	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON EL PADRE.....	394
K25	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/ESTILO PARENTAL PATERNO DEMOCRÁTICO.....	395
K26	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/ESTILO PARENTAL PATERNO DEMOCRÁTICO.....	395
K27	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/ESTILO PARENTAL PATERNO DEMOCRÁTICO.....	396
L.	MATRIZ DE CORRELACIÓN DE LAS VARIABLES DEL MFE EN VARONES.....	397
M.	HISTOGRAMAS, GRÁFICOS P-P Y DIAGRAMAS DE DISPERSIÓN DE RESIDUOS/VARONES.....	401
M1	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN.....	403
M2	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN.....	403
M3	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN.....	404
M4	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/INTENCIÓN DE UTILIZAR EL PRESERVATIVO.....	404
M5	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/INTENCIÓN DE UTILIZAR EL PRESERVATIVO.....	405
M6	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/INTENCIÓN DE UTILIZAR EL PRESERVATIVO	405
M7	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/ESTILO DE NEGOCIACIÓN EQUIDAD-COLABORACIÓN.....	406
M8	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/ESTILO DE NEGOCIACIÓN EQUIDAD-COLABORACIÓN.....	406
M9	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/ESTILO DE NEGOCIACIÓN EQUIDAD-COLABORACIÓN.....	407
M10	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS CONSECUENCIAS DE TENER RELACIONES SEXUALES.....	407
M11	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS CONSECUENCIAS DE TENER RELACIONES SEXUALES.....	408
M12	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS CONSECUENCIAS DE TENER RELACIONES SEXUALES.....	408
M13	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA Y CONDÓN MASCULINO.....	409
M14	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA Y CONDÓN MASCULINO.....	409
M15	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA Y CONDÓN MASCULINO.....	410
M16	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA MADRE.....	410
M17	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA MADRE.....	411
M18	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA MADRE.....	411

M19	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/ESTILO PARENTAL PATERNO NEGLIGENTE.....	412
M20	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/ESTILO PARENTAL PATERNO NEGLIGENTE.....	412
M21	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/ESTILO PARENTAL PATERNO NEGLIGENTE.....	413
M22	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/COMUNICACIÓN SEXUAL CON EL PADRE.....	413
M23	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON EL PADRE.....	414
M24	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON EL PADRE.....	414
N. MATRIZ DE CORRELACIÓN DE LAS VARIABLES DEL MFE EN MUJERES		415
Ñ. HISTOGRAMAS, GRÁFICOS P-P Y DIAGRAMAS DE DISPERSIÓN DE RESIDUOS/MUJERES.....		419
Ñ1	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN.....	421
Ñ2	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN.....	421
Ñ3	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN.....	422
Ñ4	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/INTENCIÓN DE UTILIZAR EL PRESERVATIVO.....	422
Ñ5	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/INTENCIÓN DE UTILIZAR EL PRESERVATIVO.....	423
Ñ6	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/INTENCIÓN DE UTILIZAR EL PRESERVATIVO.....	423
Ñ7	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/ESTILO DE NEGOCIACIÓN EQUIDAD-COLABORACIÓN.....	424
Ñ8	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/ESTILO DE NEGOCIACIÓN EQUIDAD-COLABORACIÓN.....	424
Ñ9	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/ESTILO DE NEGOCIACIÓN EQUIDAD-COLABORACIÓN.....	425
Ñ10	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS CONSECUENCIAS DE TENER RELACIONES SEXUALES.....	425
Ñ11	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS CONSECUENCIAS DE TENER RELACIONES SEXUALES.....	426
Ñ12	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS CONSECUENCIAS DE TENER RELACIONES SEXUALES.....	426
Ñ13	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA Y CONDÓN MASCULINO.....	427
Ñ14	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA Y CONDÓN MASCULINO.....	427
Ñ15	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA SOBRE PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA Y CONDÓN MASCULINO.....	428
Ñ16	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA MADRE.....	428
Ñ17	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA MADRE.....	429
Ñ18	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA MADRE.....	429
Ñ19	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/CONOCIMIENTOS SOBRE USO CORRECTO DEL CONDÓN.....	430
Ñ20	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/CONOCIMIENTOS SOBRE USO CORRECTO DEL CONDÓN.....	430
Ñ21	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/CONOCIMIENTOS SOBRE USO CORRECTO DEL CONDÓN.....	431
Ñ22	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/COMUNICACIÓN SEXUAL CON EL PADRE.....	431
Ñ23	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON EL PADRE.....	432
Ñ24	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/COMUNICACIÓN SEXUAL CON EL PADRE.....	432
Ñ25	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/ESTILO PARENTAL MATERNO DEMOCRÁTICO.....	433
Ñ26	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/ESTILO PARENTAL MATERNO DEMOCRÁTICO.....	433
Ñ27	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/ESTILO PARENTAL MATERNO DEMOCRÁTICO.....	434
Ñ28	HISTOGRAMA DE LOS RESIDUOS TIPIFICADOS/ESTILO PARENTAL PATERNO DEMOCRÁTICO.....	434
Ñ29	GRÁFICO P-P NORMAL DE LA REGRESIÓN RESIDUAL/ESTILO PARENTAL PATERNO DEMOCRÁTICO.....	435
Ñ30	DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DEL ANÁLISIS RESIDUAL/ESTILO PARENTAL PATERNO DEMOCRÁTICO.....	435

ABSTRACT

The research developed on the terrain of sexual health has been headed – mainly – towards the identification of individual variables to predict healthy sexual behaviors, leaving aside influences such as family (Kotchick, Shaffer, Miller & Forehand, 2001). The Structural Family Model (SFM) of Minuchin (1974) is a proposal to understand the familiar organization and functioning from the disposition of several interrelated systems in a cultural context (Jennings & Wartella, 2004); however, this model has not been used to explain and predict the safer sexual behavior. Therefore, the objective of the study was to describe the relation between cultural, parental, fraternal and individual variables and determine what kind of relations exists between them to predict the conduct of the consistent condom use in college students. In order to cover the general objective of the research, two studies were developed. Study I It was oriented to validate and determine the internal consistency of the measurement instruments used to evaluate the variables that conform the SFM. As an intentional sampling, 340 higher education students were chosen and the evaluating scales validated: genre stereotypes (cultural system), sexual communication with both parents, maternal and paternal parental styles (parental system), sibling closeness (fraternal system), STIs/HIV/AIDS knowledge and correct condom use, sexual communication and styles of condom use negotiations with a sexual partner (individual system). The most part of the instruments got proper psychometric indicator results allowing them to be used within the following study. So as to reduce the time costs, short versions of these instruments were created. Study II It was directed towards covering the general objective of the investigation. The sampling was broadened intentionally to obtain a total of 590 sexually active college students. The instruments validated on Study I – in their short versions – were used, but additionally the sexual behavior pattern was evaluated and the intention to use condom. The results show the relevance of sex (man-woman) to understand the variations on the sexual behavior pattern. It is important to prevail the intention as the direct predictor of the consistency in the use of the condom but not the SFM variables. However, the family context mediates the variables of the individual system and impacts mainly on the sexual communication with the partner. For women, the family relationships based on affection and the correct use of condom knowledge become important as conditions to probabilize the consistent use of the condom. In the case of men, the frequency of their maternal sexual communication and the perception of a father who is committed, affectionate and attentive of their needs is more important. The importance of family context to mediate the variables of individual order associated to the safer sexual behavior is concluded. The relevance that the mother has in the family environment and the implications of the affective involvement of the father when raising the offspring is discussed, mainly on the questioning of genre stereotypes and styles of condom use negotiation with a sexual partner. The role of fraternal relations in correlation with sex and how they impact on the parental sexual communication is described. Finally, the implications of these findings in the context of HIV/AIDS/STIs and unwanted pregnancies prevention programs in the university population is analyzed.

Key words: **condom, HIV, family, siblings, parents.**

RESUMEN

La investigación desarrollada en el terreno de la salud sexual se ha encaminado – principalmente- hacia la identificación de variables individuales para predecir conductas sexuales saludables, dejando de lado influencias como la familia (Kotchick, Shaffer, Miller, & Forehand, 2001). El Modelo Familiar Estructural (MFE) de Minuchin (1974) es una propuesta para entender la organización y el funcionamiento familiar a partir de la disposición de diversos sistemas interrelacionados en un contexto cultural (Jennings & Wartella, 2004); sin embargo, este modelo no se ha utilizado para explicar y predecir el comportamiento sexual protegido. Por tanto, el objetivo del estudio fue describir la relación entre variables culturales, parentales, fraternas e individuales y determinar qué tipo de relaciones entre ellas predicen la conducta del uso consistente del condón en estudiantes universitarios. Para cubrir el objetivo general de la investigación, se desarrollaron dos estudios. El **Estudio I** estuvo orientado a validar y determinar la consistencia interna de los instrumentos de medición utilizados para evaluar las variables que conforman el MFE. Con un muestreo intencionado se eligieron 340 estudiantes de nivel superior y se validaron las escalas para evaluar: estereotipos de género (sistema cultural), comunicación sexual con ambos padres, estilos parentales materno y paterno (sistema parental), cercanía con los hermanos (sistema fraterno), conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA y uso correcto del condón, comunicación sexual y estilos de negociación del preservativo con la pareja (sistema individual). La mayor parte de los instrumentos obtuvieron indicadores psicométricos adecuados, lo cual permitió utilizarlos para el siguiente estudio. Para reducir los costos de tiempo, se crearon versiones cortas de estos instrumentos. El **Estudio II** estuvo dirigido a cubrir el objetivo general de la investigación. Se amplió la muestra de forma intencionada para obtener un total de 590 universitarios sexualmente activos. Se utilizaron las escalas -en sus versiones cortas- validadas en el Estudio I pero adicionalmente se evaluó el patrón de comportamiento sexual y la intención de usar preservativo. Los resultados muestran la relevancia del sexo (hombre-mujer) para comprender las variaciones en el patrón de comportamiento sexual. Se destaca la intención como el predictor directo de la consistencia del uso del condón y no las variables del MFE; sin embargo, el contexto familiar media las variables del sistema individual y principalmente impacta en la comunicación sexual con la pareja. Para las mujeres se tornan importantes las relaciones familiares basadas en el afecto y los conocimientos sobre uso correcto del condón como condiciones para probabilizar el uso consistente del preservativo. En el caso de los hombres, es más importante la frecuencia de la comunicación sexual materna y percibir un padre comprometido, afectuoso y atento a sus necesidades. Se concluye lo importante que es el contexto familiar para mediar variables de orden individual asociadas al comportamiento sexual protegido. Se discute la relevancia que tiene la madre en el entorno familiar y las implicaciones del involucramiento afectivo del padre y en la crianza de los hijos, principalmente en el cuestionamiento de estereotipos de género y en el estilo de negociar el preservativo con la pareja. Se describe el papel de las relaciones fraternas en función del sexo y cómo éstas impactan en la comunicación sexual parental. Finalmente, se analizan las implicaciones de estos hallazgos en el contexto de los programas de prevención del VIH/SIDA/ITS y embarazos no deseados en la población universitaria.

Palabras clave: **condón, VIH, familia, hermanos, padres.**

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la revisión realizada por Enríquez y Sánchez (2004), las prácticas sexuales de riesgo están asociadas a un alto número de parejas sexuales, a una alta frecuencia de cambio de compañeros sexuales y a la falta de uso o uso incorrecto de métodos de protección. Estas prácticas aumentan las probabilidades de contraer alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) y en consecuencia, tener graves consecuencias para la salud (Esquivel, Casanova, & Uc, 2001).

La mayoría de estas ITS son curables (Saúl, 2001); no obstante, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) no tiene cura y es mortal. A nivel mundial existen 34 millones de personas infectadas por el VIH, de las cuales 1.4 millones viven en América Latina (ONUSIDA, 2012). En México, de acuerdo con los registros de CENSIDA (2011), existen 151 614 casos acumulados de SIDA; de los cuales, el 94% se originaron por contacto sexual desprotegido (CENSIDA, 2012a). Las muertes asociadas a este virus en territorio nacional, ascienden casi a 5 000 (CENSIDA, 2010).

Los adolescentes entre 10 y 24 años se convierten en una población clave en la prevención de este virus, debido a que conforman el 50% de las nuevas infecciones (CENSIDA, 2010) -en parte- por llevar a cabo comportamientos de riesgo al momento de relacionarse sexualmente con una pareja. Una de las formas efectivas de combatir esta pandemia y prevenir el contagio de este virus –y de otras ITS- es a través del uso del condón, siempre y cuando se utilice correcta y consistentemente (CENSIDA, 2005); sin embargo, a pesar de los distintos esfuerzos sociales para promover su uso (*cf.* CENSIDA, 2012b), los jóvenes no lo utilizan (Santos et al., 2003; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012). Así, la investigación en comportamientos sexuales preventivos es la única vía para desarrollar teorías y modelos que permitan explicar y predecir el comportamiento sexual protegido, particularmente la consistencia en el uso del preservativo.

Dentro de los anales de la investigación psicológica, una gran cantidad de estudios se han encaminado hacia la identificación de los factores que hacen más

probable que las personas se comporten de forma preventiva, por ejemplo, llevar a cabo la abstinencia sexual, el sexo seguro (besos y caricias) o el sexo protegido (uso del condón) (Bárcena, Rendón, & Robles, 2011).

Muchos modelos teóricos y múltiples investigaciones analizan variables cognitivas (creencias, intenciones, actitudes, autoeficacia, etcétera) y su influencia sobre el comportamiento sexual protegido (Noar, 2007). Sin embargo, otros modelos optan por incluir en el análisis del comportamiento sexual, una diversidad de habilidades, como por ejemplo, la comunicación sexual con la pareja (Noar, Carlyle & Cole, 2006), hablar sobre el uso del condón (Sheeran, Abraham & Orbell, 1999) o la asertividad para solicitar preservativo (Zamboni, Crawford & Williams, 2000). Las propuestas anteriores suponen que las variables cognitivas son necesarias pero no suficientes, por tanto, es necesario entrenar habilidades particulares para ejecutar correcta y adecuadamente comportamientos específicos en el momento de relacionarse sexualmente con un compañero, con el objetivo de prevenir el riesgo de contagio de alguna ITS o del VIH/SIDA.

Actualmente se ha avanzado mucho en la descripción de los factores asociados y que predicen muchos de los comportamientos sexuales de prevención; sin embargo, se han dejado de lado variables de orden contextual. Después de haber analizado más de quinientos artículos especializados sobre este tema, Kotchick, Shaffer, Miller y Forehand (2001) concluyen que en el análisis del comportamiento sexual protegido existe una tendencia a priorizar las variables de carácter individual para explicar el fenómeno, prestando una menor atención a los factores del contexto familiar y social.

La familia brinda una gran riqueza para la comprensión de los fenómenos sociales y culturales, debido a que en ésta se reproducen distintas normas y comportamientos sociales, se observan las pautas de comportamiento/interacción, los lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos entre generaciones y géneros (Moctezuma & Desatnik, 2001).

Existen estudios donde se describe el impacto de la familia en el comportamiento sexual del adolescente. Por ejemplo, hay investigaciones que muestran como las normas familiares retrasan el inicio de la vida sexual de los

hijos (Shah & Zelnik, 1981); como el mal funcionamiento familiar favorece conductas sexuales precoces (Schwartz, Mason, Pantin, & Szapocznik, 2008); como la dinámica familiar influye en la educación sexual (Turnbull, van Wersch, & van Schaik, 2008); o como la calidad de la relación con la madre, se relaciona con el número de parejas sexuales del adolescente (Cleveland & Gilson, 2004).

Si bien la mayor parte de la literatura se ha dirigido a evaluar la influencia de los padres sobre el comportamiento sexual de los hijos (*cf.* Kincaid, Jones, Sterrett, & McKee, 2012), los hermanos también tienen un papel secundario en la socialización sexual y de acuerdo con Widmer (1997) sería un error excluirlos del análisis de la conducta sexual de riesgo.

La importancia de analizar las relaciones fraternas radica en el hecho de que los hermanos mayores fungen como modelos de los menores (Haurin & Mott, 1990; Kowal & Blinn-Pike, 2004), en ocasiones pasan más tiempo con ellos que con los padres (Cicirelli, 1994; Diop-Sidibe, 2005) además, gracias a la convivencia cotidiana, los hermanos favorecen experiencias, las cuales impactan en el ajuste psicosocial, en la relación con los amigos, con la pareja, así como en los comportamientos saludables y de riesgo (Feinberg et al., 2013).

En este sentido, existe evidencia, la cual muestra cómo los hermanos pueden jugar un papel importante en la edad del debut sexual (Diop-Sidibe, 2005; East, 1996; Haurin & Mott, 1990, Widmer, 1997), en la intención de tener actividad sexual en el futuro (East, Felice, & Morgan, 1993) y en las actitudes permisivas hacia el sexo (East & Kiernan, 2001).

De esta forma, analizar el comportamiento sexual protegido en relación al contexto familiar, constituye un medio para describir y conocer las condiciones en las cuales los jóvenes se desenvuelven, se relacionan y aprenden de sus padres y hermanos, lo cual permite entender las condiciones en las cuales las variables psicosociales y conductuales asociadas al uso consistente del condón, surgen y se mantienen.

Así, el trabajo de investigación que constituye esta tesis doctoral, parte de la necesidad de realizar estudios para describir el contexto familiar y su relación con variables psicosociales y conductuales asociadas al comportamiento sexual

protegido. Por tanto, el trabajo que aquí se presenta se organiza en seis ejes temáticos, los cuales se van entrelazando a lo largo de cada uno de los capítulos teóricos desarrollados.

El primer eje está centrado en describir la relevancia del problema de salud sobre el cual versa este trabajo. Con el primer capítulo se brinda un panorama detallado sobre los problemas de salud sexual y reproductiva a nivel mundial y nacional; destacando la emergente necesidad de incidir y prevenir el contagio por VIH/SIDA sin restar importancia a otras ITS y al embarazo no planeado en población adolescente.

Una vez comprendida la magnitud de la problemática y sus consecuencias, en el segundo eje temático se describe cómo los factores socioculturales impactan en el comportamiento sexual de riesgo. La cultura describe y prescribe lo que se espera de hombres y mujeres en el terreno sexual, y estas expectativas son transmitidas por diferentes agentes de socialización, sin embargo, la familia se constituye como una fuente primaria en este proceso de aprendizaje.

Principalmente los padres son quienes socializan sexualmente a sus hijos, es decir, transmiten valores, creencias, actitudes y normas sexuales para favorecer la adaptación al contexto sociocultural en el cual viven. Por tanto, el tercer eje temático describe como los estilos y las prácticas parentales fungen como estrategias de socialización hacia los hijos, y cómo éstas tienen influencia sobre el comportamiento sexual de riesgo o preventivo.

Asimismo, los hermanos se constituyen como agentes de socialización sexual secundarios. Generalmente se prioriza la influencia de los padres sobre la de los hermanos; sin embargo, las relaciones fraternas tienen ciertas características y cualidades, las cuales los ponen en una excelente posición para establecer relaciones basadas en el apoyo y el afecto. Por tanto, el cuarto eje temático describe la influencia fraterna y el papel de los hermanos en torno al comportamiento sexual de riesgo.

Una vez expuesto cómo los factores socioculturales y familiares tienen influencia sobre el comportamiento sexual protegido; el quinto eje temático describe cómo diferentes tipos de variables –psicosociales, conductuales

y contextuales- tienen un papel central en la explicación del comportamiento sexual protegido. Asimismo, se lleva a cabo una revisión sobre los diversos modelos teóricos utilizados para explicar, predecir y modificar comportamientos sexuales de riesgo.

Posteriormente, el sexto eje temático, analiza la pertinencia de utilizar el Modelo Familiar Estructural (MFE) de Salvador Minuchin (2004) en la explicación de la consistencia del uso del condón. En este capítulo se describen algunas bondades de este modelo, pero principalmente se destaca su utilidad en términos de la articulación y organización de variables, tanto de orden individual – psicosociales y conductuales- como las de carácter familiar, lo cual permite interpretar los hallazgos y vincular las diferentes variables de forma lógica y congruente. Este aspecto es central ya que según la revisión realizada por Miller et al. (1999) y Kotchick et al. (2001) en múltiples estudios se carece de un modelo teórico que guíe la articulación de los resultados.

De esta forma, en la primera parte de este trabajo, se presenta el marco teórico conformado por seis capítulos correspondientes a cada uno de los ejes temáticos expuestos, los cuales constituyen en conjunto, el fundamento de la investigación empírica, la cual se presenta en la segunda parte de este escrito.

Cabe destacar que la investigación empírica está conformada por dos estudios. El primer estudio (Capítulo VII) estuvo dirigido a construir, adaptar y validar instrumentos de medición confiables para obtener datos relativos a las variables que conforman el MFE. El segundo estudio (Capítulo VIII) estuvo dirigido a describir la relación entre variables culturales, parentales, fraternas e individuales y determinar qué tipo de relaciones entre ellas predicen la conducta del uso consistente del condón en estudiantes universitarios, tomando en consideración el sexo, el tipo de familia (monoparental/biparental) y el tipo de hermanos con el cual se convive (presencia/ausencia de hermano mayor/menor).

Por último, se discuten los resultados obtenidos en términos de las implicaciones que tienen estos hallazgos en el contexto de los programas de prevención del VIH/SIDA/ITS y embarazos no deseados en la población universitaria. Para finalizar la discusión, se analizan las limitaciones –tanto

metodológicas como estadísticas- de la presente investigación; las cuales si se leen con una actitud crítica y propositiva, se convierten en sugerencias para solventar los obstáculos encontrados y sugerir alternativas para desarrollar en el futuro, estudios de esta misma naturaleza con mayor rigurosidad.

PARTE I

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: PANORAMA ACTUAL EN MÉXICO Y EL MUNDO

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994 en El Cairo, la salud reproductiva fue definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de afecciones o enfermedades en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y con sus funciones y procesos. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. Esta condición conlleva al derecho de: a) estar informados y tener acceso a los métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables, b) acceder a los servicios sanitarios adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo de forma segura, y c) incrementar las posibilidades de las parejas para que éstas tengan hijos sanos (de Franciso, Dixon-Mueller, & d'Arcangues, 2007, p. 8-9).

La salud reproductiva también incluye la salud sexual. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad, o de ambos. Para que la salud sexual se logre, es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

Estos derechos sexuales son: 1) derecho al goce del grado máximo alcanzable de salud, 2) igualdad, equidad y respeto independientemente del género, 3) estar libre de estigma, discriminación, abuso, coerción y violencia sexual, 4) acceso a la información completa y a la educación integral de la sexualidad, 5) acceso a los servicios de salud sexual durante todo el ciclo de vida,



6) acceso universal a la prevención eficaz, la orientación y las pruebas voluntarias, a la atención y el tratamiento integrales de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), 7) reconocer, prevenir y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales, y 8) derecho al placer sexual (OPS, 2009).

Si bien existen avances para garantizar la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en el mundo¹, aún se presentan vacíos importantes, especialmente en los países de transición rezagada. La falta de información y de acceso a los servicios de SSR, al igual que la existencia de barreras sociales y culturales, limitan el ejercicio pleno de la vida sexual reproductiva de las mujeres en los países de fecundidad alta y grupos menos favorecidos (Flores & Soto, 2008).

1.1 Problemas de salud sexual a nivel mundial

La OMS (2006) propuso una serie de indicadores para evaluar las metas y objetivos de las políticas, programas y servicios relacionados con la SSR. Estos indicadores permiten medir el progreso internacional respecto a la situación actual de la SSR para así detectar problemas y tomar acciones para su solución. Asimismo, estos indicadores también sirven para reflejar particularidades de la SSR en una población específica. A continuación se describe brevemente cada uno de estos indicadores propuestos por la OMS (2006) y algunas estadísticas para reflejar su estado actual:

Tasa total de fecundidad: la tasa de fertilidad total representa la cantidad de hijos que tendría una mujer si viviera hasta el final de sus años de fertilidad y tuviera hijos (Banco Mundial, 2013a). Este indicador muestra el potencial de los cambios demográficos. Promedios por encima de dos hijos por mujer indican poblaciones en aumento. Tasas más elevadas también puede indicar dificultades para las familias, por ejemplo, para alimentar, educar a sus hijos y obstáculos para las mujeres que desean entrar o permanecer en la fuerza de trabajo. Promedios por debajo de dos hijos por mujer indican una disminución del tamaño

¹ Sobre todo en países de fecundidad baja y en los grupos de mayor nivel social.



de la población (Central Intelligence Agency [CIA], 2012). Las estadísticas presentadas por el Banco Mundial (2013a) muestran una tendencia de descenso en la tasa de fecundidad a nivel mundial. Actualmente la CIA (2012) reporta una tasa total de fecundidad de 2.47 en todo el mundo.

Prevalencia de métodos de planificación familiar: la tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es el porcentaje de mujeres que utilizan cualquier método anticonceptivo o cuyas parejas sexuales utilizan cualquier método anticonceptivo. Suele medirse solo para las mujeres casadas de entre 15 y 49 años de edad (Banco Mundial, 2013b). El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina (AL), pero sigue siendo bajo en al África Subsahariana. A escala mundial, el uso ha aumentado de un 54% en 1990 a un 63% en 2007. A escala regional, la proporción de mujeres casadas de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha incrementado mínimamente entre 1990 y 2007, de 17% a 28% en África, de 57% a 67% en Asia, y de 62% a 72% en AL y el Caribe; en cada región es notable la variación entre países (OMS, 2011a).

Tasa de mortalidad materna: la tasa de mortalidad materna es la cantidad de mujeres que mueren durante el embarazo y el parto por cada 100 000 nacidos vivos (Banco Mundial, 2013c). La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2010) señala un avance lento en la disminución de este problema; todavía, mil mujeres mueren diariamente por causas relacionadas con el embarazo y el parto.

Cobertura de atención prenatal, atención al parto por personal calificado y disponibilidad de cuidado obstétrico: para el 2010, en AL se registró un total de 96% de mujeres que recibieron atención médica prenatal al menos una vez durante el embarazo. Esta atención la recibieron por personal de salud capacitado y por motivos relacionados con el embarazo (Banco Mundial, 2013d). Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2008), a nivel mundial, cuatro de cada 10 nacimientos, no cuentan con la asistencia de personal sanitario calificado, sin embargo, la ONU (2011) señala que cada vez más mujeres en todas las regiones tienen acceso, por lo menos, a cobertura básica de atención prenatal.



Tasa de mortalidad perinatal: se producen 3 millones de muertes fetales por año, 98% de las cuales ocurrieron en los países en desarrollo. De 1995 a 2009 hubo una reducción de estas muertes en un 14.5% a nivel mundial, mientras que en AL y el Caribe, la reducción fue casi de un 29%. En general, ocurre una muerte fetal cada 43 nacimientos (Murcio, 2011).

Prevalencia de nacimientos con bajo peso al nacer: en 2004 la prevalencia era del 19% a nivel mundial (Velázquez, Yunes, & Ávila, 2004). Cada año nacen 20 millones de niños con bajo peso (BP). El porcentaje de bebés con BP por año en países en vías de desarrollo es de 17%; en los países industrializados es de siete por ciento (PFC4, 2006, en UNICEF, s/f, a).

Seroprevalencia de sífilis positiva en mujeres embarazadas: cada año un millón de embarazadas se contagian de sífilis. Debido a esta condición, 460 000 ven agravada su situación con aborto o muerte perinatal. De esta cifra, 270 000 mujeres tuvieron partos prematuros o bebés con BP y todos los recién nacidos fueron contagiados con sífilis congénita (SC). En 2002, la tasa de SC fue de 11.2 por cien mil nacimientos. AL y el Caribe tienen la mayor concentración de casos de sífilis a nivel mundial; la OMS estima, de los 12 millones de nuevas infecciones mundiales por año, tres millones ocurren en esta región (UNICEF, 2012).

Prevalencia de anemia en las mujeres: la anemia afecta en todo el mundo a 1 620 millones de personas, lo que corresponde al 24,8% de la población mundial. La población que cuenta con el máximo número de personas afectadas es el de las mujeres no embarazadas con un total de 468.4 millones (OMS, 2008).

Porcentaje de admisiones obstétricas y ginecológicas para abortos: en la actualidad se estima que 211 millones de embarazos ocurren cada año y cerca de 46 millones de estos terminan en abortos inducidos, de los cuales aproximadamente sólo el 60 % se realizan bajo condiciones seguras. El 40% restante se lleva a cabo de manera clandestina y en condiciones que atentan contra la vida de las mujeres. De los 19 millones de abortos practicados de forma no segura, muchos terminan en defunciones debido a sangrado constante y sepsis (Vázquez & Caba, 2009), lo cual indica un porcentaje bajo en admisiones dentro de instituciones de salud para practicar abortos.



Prevalencia reportada de mujeres con mutilación genital femenina (MGF): 140 millones de mujeres y niñas sufren en la actualidad las consecuencias de la MGF. Se calcula que en África hay 92 millones de mujeres y niñas de más de 10 años que han sufrido esta mutilación (OMS, 2012).

Prevalencia de infertilidad en las mujeres: en 2010, se evaluaron datos de 190 países respecto a los casos de infertilidad reportada entre 1990 y 2010. Los resultados muestran que el 1.9% de las mujeres entre 20 y 44 años que querían tener hijos, no lograron concretar su primer nacimiento vivo (infertilidad primaria). Por otro lado, el 10.5% de las mujeres, las cuales ya tenían un hijo, no pudieron tener otro (infertilidad secundaria). La prevalencia de la infertilidad primaria fue mayor entre las mujeres con edades entre los 20-24 años. La mayor proporción de casos de infertilidad se ubicó en el Norte de África y Oriente Medio (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel, & Stevens, 2012). Gran parte de los casos de infertilidad –principalmente en África– son debidos a las secuelas que dejan las ITS o del VIH (de Franciso et al., 2007).

Incidencia reportada de uretritis en hombres: a nivel mundial existen unos 62.2 millones de casos registrados. Su incidencia varía mucho por zona geográfica, aunque en Suecia, Dinamarca y España la uretritis ha sido erradicada. Los casos registrados en estos países provienen de personas infectadas que vienen del extranjero. La mayor concentración de casos se encuentra ubicada en África y Asia (Orellana, 2010).

Prevalencia de la infección del VIH en mujeres embarazadas: en el año 2009, diariamente, cerca de 1 000 bebés se infectaron con el VIH durante el embarazo, el parto o la lactancia. Para ese entonces existían aproximadamente 1.4 millones de mujeres embarazadas con el VIH (UNICEF, s/f, b).

Conocimiento de prácticas preventivas relacionadas con VIH: UNICEF, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y OMS (2002) llevaron a cabo un análisis de diversos estudios para describir el nivel de conocimientos relativos al VIH/SIDA en diferentes regiones del mundo. La conclusión general de la revisión fue que una gran cantidad de jóvenes no tienen idea de cómo se propaga este virus ni de cómo protegerse.



Por ejemplo, en Camerún, la República Centroafricana, Guinea Ecuatorial, Lesotho y Sierra Leona, más del 80% de las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años conocen poco sobre el VIH. En Somalia, sólo el 26% de las muchachas ha oído hablar del SIDA y apenas uno por ciento sabe cómo evitar la infección. En Ucrania, aunque el 99% de las muchachas ha oído hablar del SIDA, sólo el nueve por ciento puede mencionar las tres principales maneras de evitar la infección. En Botswana, dos terceras partes de los jóvenes quienes cursaban los últimos años de educación primaria creían que podían saber si una persona estaba infectada por el VIH simplemente mirándola. La misma situación se presentó en estudiantes de secundaria. Esta información errónea es particularmente peligrosa en un país donde una de cada tres posibles parejas sexuales está infectada por el VIH.

Los conceptos erróneos sobre el VIH/SIDA están muy generalizados entre los jóvenes. Varían de una cultura a otra, y en algunas poblaciones se diseminan determinados rumores, tanto sobre las formas de contagiarse por el VIH (por ejemplo, por la picadura de un mosquito o por brujería) como sobre la manera en la cual puede evitarse (por ejemplo, teniendo relaciones sexuales con una virgen). Las encuestas efectuadas en 40 países indican que más del 50% de los jóvenes entre 15 y 24 años de edad, tienen concepciones erróneas acerca de la forma en la cual se transmite el VIH/SIDA.

Respecto a AL y el Caribe, la UNICEF (2005) señala que cuatro de cada 10 adolescentes y jóvenes creen estar bien informados sobre el VIH/SIDA (UNICEF, 2005), aunque esto no garantiza que los conocimientos que poseen sean correctos.

Los datos anteriores son evidencia de que paulatinamente se avanza hacia cubrir y garantizar la SSR a nivel mundial, aunque todavía existen problemas serios por resolver (Flores & Soto, 2008). La OPS (2008) considera importante continuar trabajando en materia de SSR sobre todo en países como Brasil, México, Argentina y Colombia, los cuales constituyen el 67% de la población de AL y el Caribe. También países como Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua se tornan prioritarios por la alta prevalencia en problemas de SSR.



Por ejemplo, la mortalidad materna ha disminuido en gran parte de AL; sin embargo, en Brasil sigue siendo un reto, sobre todo en mujeres entre 15 y 20 años. Países como Honduras, Nicaragua y Guatemala a pesar de que han mermado sus indicadores, aun representan un foco de atención sobre todo en mujeres entre 15 y 19 años. Respecto a la tasa global de fecundidad², se han logrado disminuir los indicadores, lo cual es evidencia de los avances en materia de SSR en AL (OPS, 2008).

Sin embargo, siguen existiendo en AL severos problemas respecto a la transmisión de diversas ITS, el VIH/SIDA y los embarazos no deseados y sus consecuencias. Por este motivo en la declaración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) diversos gobiernos se comprometieron a abordar aspectos relativos a la SSR poniendo especial énfasis en estos problemas específicos (OPS, 2010a).

Estos problemas son serios y tienen una alta prevalencia. Por ejemplo, según estimaciones del Instituto Guttmacher, en 2012 ocurrieron a nivel mundial 80 millones de embarazos no deseados, de los cuales 40 millones terminaron en abortos. En AL y el Caribe, casi 4.2 millones de abortos se realizan cada año de forma insegura y en condiciones no propicias. Anualmente se registran más del mil defunciones y 500 000 hospitalizaciones de mujeres por abortos inseguros en AL y el Caribe (Cruz, 2013).

Las ITS también son un tema prioritario. Según estimaciones hechas por la OMS en 2005, cada año se producen en el mundo 448 millones de nuevos casos de ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) en adultos de 15 a 49 años -en esta cifra no se incluyen las infecciones por el VIH-. En los países en desarrollo, las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco primeras categorías de enfermedades que llevan a los adultos a buscar asistencia sanitaria (OMS, 2011b).

Específicamente, la sífilis se torna un reto de salud dentro de la región de AL y el Caribe. En esta zona del mundo se concentra la mayor incidencia de esta ITS a nivel mundial. La OMS estima que, de los 12 millones de nuevas infecciones

² A excepción de Brasil.



de sífilis que ocurren cada año a nivel mundial, tres millones ocurren solo en esta región del mundo (OPS, 2010b). En el Caribe, se estima que uno de cada 20 jóvenes está infectado con alguna ITS (OPS, 2008).

La presencia de ITS no tratadas (tanto las que causan úlceras o aquellas que no lo hacen) aumentan el riesgo tanto de adquisición como de transmisión de VIH. Así, el tratamiento oportuno de estas infecciones -principalmente en las personas con comportamientos de alto riesgo sexual- se torna importante para reducir el riesgo de infección por el VIH (OMS, 2011b).

A nivel mundial existen 34 millones de personas infectadas por el VIH, de las cuales 1.4 millones viven en América Latina (ONUSIDA, 2012). En el Caribe, las defunciones a consecuencia del SIDA se encuentran entre las cinco principales causas de muerte en la región (OPS, 2008). Los casos registrados de VIH se concentran principalmente en la población adolescente entre 15 y 24 años (ONUSIDA, 2012).

A pesar de que el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2012) reportó un decremento del 10% en los casos registrados por infección de VIH en AL, la infección por este virus sigue siendo un problema serio de salud en esa región del mundo. Por tanto, se requieren diversas medidas preventivas para continuar disminuyendo las tasas de casos registrados.

Así, ONUSIDA (2012) señala que para reducir a cero la tasa de infección por VIH se requiere una prevención eficaz combinando estrategias biomédicas, estructurales y de cambio conductual en poblaciones específicas. ONUSIDA especifica cinco elementos críticos a considerar en la prevención de la transmisión del VIH, los cuales son: 1) cambio de comportamiento, 2) disponibilidad de condones, 3) circuncisión masculina, 4) programas centrados en los trabajadores sexuales y en los hombres que tienen sexo con hombres y 5) acceso a la terapia anti retroviral.

En esta misma línea de pensamiento, para el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2005), el uso del condón es una de las formas más efectivas para prevenir el VIH/SIDA y otras ITS, siempre y cuando se utilice correcta y consistentemente. Así, la acción de usar o no un preservativo



para prevenir problemas de SSR se torna clave, por este motivo, Sánchez-Sosa (2007) considera que el estudio de la conducta es central en el problema del VIH/SIDA.

Este último punto cobra relevancia al saber que en América Latina y el Caribe, el 86% de las prácticas sexuales de riesgo se llevan a cabo sin preservativo (ONUSIDA, 2010). Así, los datos expuestos anteriormente estimulan a investigar las condiciones y factores que predicen la conducta sexual protegida como elemento clave en la prevención de los problemas de SSR.

1.2 Problemas de salud sexual en México

El sexo sin protección implica un riesgo potencial para la salud debido a la posibilidad de tener un embarazo no deseado y/o una ITS (Secretaría de Salud, 2002).

De acuerdo con Cruz (2012), en México, el debut sexual es cada vez a edades más tempranas -en promedio a los 15 años de edad- y seis de cada 10 jóvenes no utilizan métodos anticonceptivos en la primera relación para prevenir un embarazo no deseado. De 1997 a 2009, la proporción de mujeres de 15 a 19 años de edad que no deseaban embarazarse, pero no tenían acceso a algún método de control natal, sólo se redujo 2.1%, al pasar de 26.7% a 24.6%.

Así, el estancamiento en el acceso de métodos anticonceptivos es uno de los factores que han influido para que 6.6% de las mexicanas menores de 17 años se embaracen, proporción que aumenta a 19.2% entre las adolescentes de 18 y 19 años. Además, el 33% de las jóvenes que se embarazan sin desearlo son madres solteras, lo cual favorece que en el 80% de los casos, las jóvenes abandonen sus estudios e interrumpan su proyecto de vida (Tinoco, 2009).

También, los embarazos no deseados están asociados al aborto como una alternativa para solucionar el problema (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2008). Tinoco (2009) señala que del total de embarazos no deseados en adolescentes, el 50% termina en abortos.

En 2006 se registraron en México un total de 874 747 abortos inducidos, en su mayoría de adolescentes solteras entre los 15 y 24 años de edad. A nivel



nacional, ocurren aproximadamente 44 abortos por cada 100 nacidos vivos. Esta práctica conllevó en 2006 a un estimado de 149 700 mujeres hospitalizadas por complicaciones post aborto, es decir, un incremento del 40% en comparación con las cifras reportadas para 1990 (Institute Guttmacher, 2008).

Otra consecuencia asociada al sexo sin protección son las ITS. Tinoco (2009) señala que los jóvenes mexicanos que llevan a cabo prácticas sexuales de riesgo presentan en gran proporción ITS como la clamidia y el Virus del Papiloma Humano (VPH).

La OMS (2011b) especifica que las ITS son infecciones que se propagan principalmente de persona a persona a través de contactos sexuales. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes transmisibles por vía sexual³. A continuación se mencionan algunos de los microorganismos más frecuentes y, entre paréntesis, las enfermedades que causan:

Bacterias

- *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea o infección gonocócica).
- *Chlamydia trachomatis* (clamidiasis).
- *Treponema pallidum* (sífilis).
- *Haemophilus ducreyi* (chancroide).
- *Klebsiella granulomatis* (antes llamada *Calymmatobacterium granulomatis*, *granuloma inguinal* o *donovanosis*).

Virus

- Virus de la Inmunodeficiencia Humana (SIDA).
- Virus del herpes simple tipo 2 (herpes genital).
- Papiloma virus humanos (verrugas genitales y, en el caso de algunos tipos de estos virus, cáncer del cuello del útero en la mujer).
- Virus de la hepatitis B (hepatitis, que en los casos crónicos puede ocasionar cáncer de hígado).

³ Algunos, en particular el VIH y los treponemas causantes de la sífilis, también se pueden transmitir de la madre al hijo durante el embarazo y el parto, así como a través de las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos.



- Citomegalovirus (inflamación de diferentes órganos, como el cerebro, los ojos y los intestinos).

Parásitos

- *Trichomonas vaginalis* (tricomoniasis vaginal).
- *Candida albicans* (vulvovaginitis en la mujer y balanopostitis [inflamación del glande y el prepucio] en el hombre).

Algunas ITS son asintomáticas, por tanto, la detección y el tratamiento son un desafío (Malhotra, 2008). Así, un 70% de las mujeres y una importante proporción de hombres con infecciones gonocócicas o clamidiales no presentan ningún síntoma. Tanto las infecciones sintomáticas como las asintomáticas pueden producir complicaciones graves en la salud reproductiva de las mujeres, por ejemplo, infertilidad, muerte fetal y neonatal, abortos espontáneos y nacimientos prematuros. También conllevan a severas consecuencias neonatales, enfermedad inflamatoria pélvica, daño de las trompas de Falopio, así como embarazos ectópicos y algunos tipos de VPH asociados a cánceres genitales (OMS, 2011b).

En México, durante el período de 1986 a 2004 se presentaron dos vertientes: la disminución de las ITS clásicas (sífilis adquirida de 6.3 a 1.4%, sífilis congénita de 0.2 a 0.1%; linfogranuloma venéreo de 0.5 a 0.2%; chancro blando de 1.2 a 0.6% y Gonorrea de 19.1 a 12%), tricomoniasis urogenital de 31.6 a 95.3% y un incremento de las nuevas ITS, herpes genital de 1.1 a 2.7%, exceptuando la infección por hepatitis B que disminuyó de 0.6 a 0.5% tasa por 100 000 habitantes (CENSIDA, 2004).

Sin embargo, para el 2010, las ITS más comunes para los adolescentes entre 19 y 24 años fueron la candidiasis urogenital, seguida del VPH y en tercer lugar la sífilis junto con el herpes genital (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010). Estas ITS adquieren una nueva dimensión de riesgo sexual cuando no se tratan (tanto las que causan úlceras como las que no) debido a que pueden llegar a multiplicar por 10 el riesgo de adquisición y transmisión del VIH. Por consiguiente, el control de las ITS es importante para la prevención de la



infección por el VIH, sobre todo en personas con comportamientos sexuales de alto riesgo (OMS, 2011b).

El VIH a diferencia de otras ITS, no tiene cura y es mortal. En México existen 151 614 casos acumulados de SIDA (CENSIDA, 2011) de los cuales 94% se originaron por contacto sexual desprotegido (CENSIDA, 2012). Se estima que en la República Mexicana casi 10 000 personas adquirieron VIH en 2010, las cuales se adicionan a las 220 000 que vivían con el virus a finales del 2009 y se deducen casi 5 000 muertes a causa de este virus. Los adolescentes entre 10 y 24 años se convierten en una población clave debido a que conforman el 50% de las nuevas infecciones (CENSIDA, 2010).

Ante este panorama, el uso correcto y consistente del condón se torna clave para prevenir los problemas de salud sexual anteriormente mencionados (Secretaría de Salud, 2002), por lo cual es imperante incidir en el comportamiento sexual de la población para probabilizar su uso en cada acto sexual.

La investigación desempeña un papel fundamental en la identificación y resolución de problemas de salud. Por tanto, es prioritario desarrollar estudios pragmáticos, los cuales permitan mejorar de manera importante la SSR de las poblaciones identificadas como claves, con el objetivo de prevenir diversos problemas de salud sexual y así evitar las desproporcionadas tasas de muertes, discapacidades y enfermedades relacionadas con la SSR (de Franciso et al., 2007).

Analizar la conducta sexual de riesgo a partir de los factores individuales, familiares y culturales podría representar un medio para generar investigación, lo cual favorecería según Piña y Robles (2005), dar cuenta de cómo, por qué y bajo qué circunstancias los individuos optan por comportarse de forma preventiva o riesgosa. Por tanto, en los siguientes capítulos se describe y analizan los factores socioculturales, familiares, individuales y contextuales asociados a la conducta sexual protegida.

CAPÍTULO 2

EL PAPEL DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL ESTUDIO DE LA CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO

La revisión realizada por Wilson y Miller (2003) muestra lo difícil y ambiguo que es definir la cultura. Existe un profundo debate sobre su conceptualización y los límites del constructo; sin embargo, estos autores consideran de menor importancia la definición y de mayor relevancia llegar a acuerdos sobre las cualidades esenciales que la constituyen. Wilson y Miller consideran cuatro características inherentes al constructo de cultura: 1) es una idea abstracta creada por las personas, 2) es aprendida en las interacciones sociales, las cuales sirven como marco para el comportamiento y para su influencia, 3) es en general, una forma tradicional de expresión de valores, creencias, actitudes, normas y un patrón que emerge en un grupo, el cual favorece la adaptación al ambiente, y 4) se transmite de generación en generación.

El estudio de la cultura se torna fundamental porque permite interpretar la realidad como un proceso continuo, dando significado a los actos humanos y a los sucesos experimentados por los individuos. Así, las prácticas sexuales son expresadas dentro de la cultura, en consecuencia, se convierten en objeto de interpretación y valoración (Wolffers, 1997) y los problemas de salud sexual como el VIH/SIDA pueden analizarse desde este marco (Marin, 1989).

Desde la década de 1980, la antropología fue pionera en estudiar la importancia de los sistemas culturales en la prevención y transmisión del VIH/SIDA. Para la década de 1990 creció el interés sobre el estudio de aquellos factores culturales, estructurales y de vulnerabilidad hacia la infección por este virus (Parker, 2001). De esta forma, la cultura se comenzó a considerar como un elemento esencial para comprender la propagación de la pandemia del VIH debido a que los factores culturales tienen una estrecha relación con las creencias, las actitudes y los conocimientos que las personas poseen para comportarse de manera sexualmente riesgosa o preventiva (Marin, 1989; Oshi, Nakalema, & Oshi, 2005; Parker, 2001; Wilson & Miller, 2003).



Además, la cultura también tiene una fuerte influencia en la construcción y promoción de ciertos estereotipos raciales, de grupos o de género, los cuales están profundamente ligados a severas consecuencias sociales y a diversos comportamientos sexuales de riesgo. Por tanto, en este apartado se describe la importancia de considerar los estereotipos de género en el análisis del comportamiento sexual.

Para comprender cómo influyen los estereotipos en el comportamiento, es necesario conocer la relación existente entre percepción, enjuiciamiento e inferencia. Los individuos al percibir forman opiniones o sentimientos acerca de otras personas, de grupos o instituciones sociales. Asimismo, en este proceso se produce necesariamente una situación de enjuiciamiento. De esta forma, la percepción y los juicios inmediatos sobre individuos, con base en información limitada, favorecen algunas impresiones y el desarrollo de cierto número de procesos inferenciales. Estos procesos de inferencia simplifican lo complejo y coadyuvan para que el juicio se haga económico y requiera el menor esfuerzo posible. El enjuiciamiento y las inferencias realizadas de la otra persona o grupo, se convertirán en un determinante importante de la conducta y de las interacciones que sostendrán los individuos en esa situación (Mann, 1977).

Así, un estereotipo sería un proceso de simplificación de ciertas características y cualidades de una persona, de un grupo o una institución social. De acuerdo con Zárate (2002), en este proceso se generan expectativas o suposiciones sobre un individuo basadas en su pertenencia a un grupo o a una categoría. Gracias a estas expectativas y suposiciones, el estereotipo se vuelve descriptivo y prescriptivo de lo que se espera de una persona o grupo a nivel social y cultural (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005; Wolffers, 1997).

Un grupo sumamente estereotipado es el homosexual. La atención académica y de los medios de comunicación en estos grupos comenzó a finales de 1970 gracias a los movimientos de *gays* y *lesbianas* de la época. El estereotipo de los homosexuales se encuentra estrechamente ligado al SIDA porque los medios de comunicación, como la prensa, difundían la información sobre los primeros casos de la enfermedad en personas homosexuales. Así, el estereotipo



del “homosexual” estaba asociado con la promiscuidad (cf. Kowalewski, 1988). Posteriormente se generaron estereotipos a partir de la raza, el género y la clase social, coadyuvando a la construcción de una representación social del SIDA como una enfermedad de homosexuales blancos o una afección de los consumidores de drogas heterosexuales de color (Gamson, 2002).

Lo anterior facilitó la estigmatización de la homosexualidad pero también de la bisexualidad, sobre todo en varones (Gamson, 2002). A los bisexuales se les acusa de llevar el SIDA e ITS a esposas e hijos. Además, la bisexualidad se asocia con las prácticas *swingers* y con las relaciones sexuales múltiples y/o grupales (Esterberg, 2002). Por estos motivos –principalmente-, tanto el grupo de homosexuales como de bisexuales se encuentran actualmente muy estigmatizados (Brooks, Etzel, Hinojos, Henry, & Pérez, 2005).

La estigmatización por preferencia sexual genera vergüenza y atenta contra la identidad sexual de las personas (Miceli, 2002), así las consecuencias son de orden social y psicológico. Por ejemplo, van Dam (2004) informó como madres lesbianas divorciadas con hijos, tenían menor apoyo social e informaron estar agobiadas por las preocupaciones sobre el impacto del estigma en sus hijos. Asimismo, Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema y Dovidio (2009) después de evaluar a grupos de *gays*, lesbianas y bisexuales, describieron como la percepción del estigma estaba relacionada con altos niveles de estrés, aislamiento y escaso apoyo social para quienes conformaban estos grupos.

En esta misma línea de análisis, en el estudio de Varas-Díaz, Serrano-García y Toro-Alfonso (2005) se investigaron las consecuencias del estigma en personas infectadas con VIH/SIDA. Los resultados coinciden con los expuestos por van Dam (2004) y Hatzenbuehler et al. (2009) respecto a la relación entre el estigma y falta de apoyo social, pero además, la estigmatización había influido negativamente en sus relaciones sociales con la familia, amigos, con sus parejas sexuales y compañeros de trabajo; igualmente se favoreció una persecución social, aislamiento, la pérdida de empleo y problemas para acceder a los servicios de salud.



También, el estigma y la discriminación están estrechamente ligados a la prevalencia de la homofobia, la cual es fomentada por las normas, actitudes y valores aprendidos en la familia y en la comunidad. La homosexualidad en las comunidades afroamericanas y latinas se considera un tabú, el cual choca con las expectativas del rol de género, las definiciones de masculinidad y las normas comunitarias relativas a la sexualidad. En estas comunidades, la homosexualidad es percibida como algo pecaminoso, antinatural, como signo de debilidad y como algo vergonzoso para la persona y para su familia. Estas consecuencias llevan a hombres con orientación homosexual o bisexual a decir que son heterosexuales mientras en secreto mantienen relaciones sexuales con otros varones (Brooks et al., 2005).

Estas condiciones generan barreras en la prevención del VIH/SIDA e ITS. Por ejemplo, las personas no participan en los programas de prevención, no se realizan pruebas de detección del VIH y no adoptan conductas sexuales preventivas, como el uso del condón, o evitan revelar su estado de salud a sus parejas sexuales por las consecuencias sociales negativas del estigma y la discriminación. Dado que los hombres varones homosexuales o bisexuales no discuten abiertamente su preferencia sexual, ni revelan a sus parejas el tipo de prácticas sexuales de riesgo, las cuales llevan a cabo con personas del mismo sexo, entonces se establece un puente para la transmisión del VIH entre los hombres homosexuales/bisexuales con sus parejas, quienes son mujeres heterosexuales (Brooks et al., 2005).

Otro fuente, la cual nutre la estigmatización, son los sistemas religiosos, los cuales también proveen obstáculos para llevar a cabo conductas sexuales preventivas (Brooks et al., 2005). Por ejemplo, la iglesia católica tiende a condenar los anticonceptivos, el aborto y la homosexualidad (Replogle, 2005), en consecuencia, no apoya la distribución de condones porque las creencias religiosas fomentan la castidad y la monogamia en heterosexuales (Ida & Zena, 2000). Desde el punto de vista de Williams, Ramamurthi, Manago y Harawa (2009) estos mensajes contradicen algunas medidas del cambio conductual para la prevención del VIH.



Por tanto, la propuesta de Brooks et al. (2005) es incidir en el estigma, la discriminación y la homofobia para abordar de manera efectiva la prevención del VIH. En este sentido, Torres-López y Serrano-García (2007) proponen incluir a las instituciones religiosas protestantes, como un recurso de prevención y promoción de la salud, puesto que la religión impacta en los valores y en las prácticas de prevención. Además, estas instituciones religiosas tienen acceso a diversas poblaciones y favorecen la construcción de visiones y modelos de vida, las cuales pueden favorecer una vida sexual saludable.

Por otro lado, los estereotipos y la estigmatización social en estos grupos minoritarios también se relacionan con el racismo. Marín (1989) llevó a cabo un análisis de diversos estudios, la conclusión obtenida fue que el racismo es un obstáculo dentro de la prevención del VIH. Infante, Aggleton y Pridmore (2009) documentaron como en la frontera entre México y Guatemala existe una estigmatización de migrantes debido a las ideas preconcebidas sobre su estado serológico; los resultados mostraron cómo la estigmatización de los migrantes como personas portadoras de VIH se encontraba asociada al género, la clase social y la raza/etnicidad. También Guarnero (2007) describió en una muestra de varones latinos *gays*, como la discriminación favorece el abuso físico y verbal como consecuencia de su origen étnico y de su preferencia sexual. Estos efectos negativos contribuyeron a la marginación de estos hombres y los hizo vulnerables a la depresión y al suicidio.

Si bien en la década de 1990 los estudios sobre racismo y exclusión social y su relación con la prevención del VIH tomaron fuerza, también surgió una tendencia e interés por estudiar el papel del poder en la construcción social del género y la opresión sexual en la prevención del SIDA (Parker, 2001).

Para comprender cómo estos elementos están relacionados con el comportamiento sexual de riesgo, es necesario entender cómo los individuos actúan a partir de los estereotipos de género. A continuación, se describe cómo estos estereotipos fueron construidos de forma social, histórica y cultural. Asimismo se señala como influyen en el comportamiento sexual de hombres y mujeres.



Para comenzar, es importante entender que ser hombre o mujer depende de si un individuo se asume como perteneciente a un género, en función de lo que cada cultura establece. Es decir, a través de un proceso de socialización permanente, cada persona incorpora el contenido de las normas, reglas, expectativas y cosmovisiones que existen alrededor de su sexo. En este sentido, cada cultura define, establece, da forma y sentido a un conjunto de ideas, creencias y valoraciones sobre el significado que tiene el ser hombre y el ser mujer, delimitando los comportamientos, las características e incluso los pensamientos y emociones que son adecuados para cada ser humano, con base a esta red de estereotipos o ideas consensuadas (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).

Los estereotipos de género tienen un carácter prescriptivo porque determinan lo “que debería ser” la conducta de mujeres y hombres (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005). Estas prescripciones pueden poner en riesgo de contraer alguna ITS o el VIH/SIDA a hombres y mujeres por lo que se espera de su comportamiento sexual a nivel social (Duffy, 2005) y por las diferencias de género establecidas a nivel cultural (Agadjanian, 2005; Cianelli, Ferrer & McElmurry, 2008; Duffy, 2005; Ortiz-Torres, Serrano-García & Torres-Burgos, 2000; White, 2008; Wilson & Miller, 2003; Wyatt, 2009).

Estas diferencias de género ponen a la mujer en una situación de desventaja respecto al hombre, favoreciendo el abuso de poder por parte de los varones (Ortiz-Torres et al., 2000). Para Duffy (2005), el poder de los hombres y el control hacia las mujeres es el reflejo de una inequidad de género sumamente marcada.

Esta inequidad favorece la violencia hacia la mujer, lo cual se convierte en una condición para el contagio potencial del VIH y otras ITS (Cianelli et al., 2008; White, 2008). La amenaza de violencia física, sexual y psicológica hacia la mujer disminuye las oportunidades de que las mujeres planteen a sus parejas la posibilidad de usar condón en sus relaciones sexuales, especialmente en un contexto donde los recursos económicos son bajos y donde la mujer e hijos dependen del hombre (Herbst et al., 2007).



Así, los hombres utilizan la violencia como un medio de control hacia las mujeres y a través de ésta las obligan a iniciarse sexualmente y/o a no usar condón en los encuentros sexuales. El silencio de las mujeres aparece como una estrategia para tener una vida feliz, porque mientras se mantengan calladas, están seguras de no sufrir algún abuso por parte de un varón, incluyendo el silencio para no solicitar el uso del preservativo (Duffy, 2005).

El miedo a desencadenar un acto violento de la pareja fomenta que muchas mujeres eviten pedir dinero a sus maridos, esto con el objetivo de acceder a los servicios de detección del SIDA. Asimismo, evitan divulgar su estado de salud una vez que descubren que son personas infectadas con el VIH. En consecuencia, la violencia conlleva a un uso poco óptimo de las pruebas de detección del VIH, de asesoramiento y de tratamiento de este virus (White, 2008).

Otras formas de violencia hacia la mujer, las cuales las exponen al riesgo de contagiarse de alguna ITS o del VIH/SIDA, son el tráfico de mujeres y niñas, la violencia contra las sexoservidoras y la violación. En este último caso, el sexo coercitivo presenta un riesgo directo debido al posible traumatismo vaginal y laceraciones (White, 2008).

Uno de los factores subyacentes de la violencia contra la mujer es la desbalanceada relación de poder entre los géneros. El hombre ejerce poder contra la mujer porque existen ciertas creencias masculinas respecto a la superioridad del hombre y al uso de la fuerza física. Por tanto, los varones creen tener el derecho de controlar a la mujer porque el sexo femenino es percibido como inferior y sumiso, en consecuencia, las mujeres “tendrían que” ajustarse a las demandas y necesidades de los hombres (Ortiz-Torres et al., 2000).

El ejercicio del poder de hombres hacia mujeres existe y fue construido a lo largo de la historia. Diversas sociedades crearon relaciones jerárquicas de poder a partir de las diferencias de género y éstas permitieron justificar una organización en la cual el varón conservara una posición de control frente al otro género (List, 2005). Así, se construyó una sociedad patriarcal, la cual, en opinión de Lucero-Liu & Christensen (2009), favoreció el origen del machismo.



En este tipo de sociedades patriarcales, las mujeres son consideradas minorías y viven sometidas por los deseos de los padres, hermanos, esposos y más tarde por sus hijos. Así, el someterse a otras personas conlleva a un aprendizaje temprano, el cual dificulta que las mujeres jóvenes rechacen propuestas sexuales de hombres maduros y mayores, lo cual las expone a un riesgo potencial de contagio de alguna ITS o del VIH/SIDA (Duffy, 2005).

También, en las sociedades patriarcales existe una permisividad cultural para los hombres. Esta permisividad permite a los varones tener múltiples parejas sexuales, pero a la mujer se le estereotipa como una santa, como responsable de la familia y por tanto se le carga culpa, sufrimiento y estigma si llega a relacionarse sexualmente con otro hombre diferente a su esposo (Duffy, 2005).

Acorde con estas condiciones sociales y culturales, el machismo y marianismo juegan un papel trascendental en el comportamiento sexual de hombres y mujeres porque aparte de fomentar prácticas de riesgo, las refuerzan (Ortiz-Torres et al., 2000).

Macho es un término para especificar el sexo biológico de un animal; *un animal macho*. El término fue traducido por los Europeo-Americanos para describir un concepto y un grupo de comportamientos referentes a los hombres latinos (Gallardo & Curry, 2008). Según Lucero-Liu y Christensen (2009) existe una dicotomía –bueno/malo– para el machismo. Aunque hay representaciones del machista valoradas social y culturalmente como buenas, son más frecuentes las representaciones de los hombres machistas malos. Las representaciones positivas hacen referencia principalmente al rol instrumental de proveedor de la familia dentro de una sociedad patriarcal, donde lleva a cabo su rol de jefe de familia con orgullo, dignidad y respeto. Es un líder de la comunidad, el cual merece respeto por parte de aquellos a los que sirve y protege.

Pero el lado malo de la dicotomía, la representan los machos que exigen respeto y sumisión de los demás, incluyendo a los miembros de su familia (Lucero-Liu & Christensen, 2009). Estos hombres se caracterizan por tener un comportamiento social con una actitud masculina autoritaria hacia cualquier persona, percibiendo a otros individuos en una posición inferior a la suya y



exigiendo sumisión. Esta actitud es particularmente marcada cuando se generan interacciones entre hombres y mujeres (Wood & Price, 1997).

Asimismo, el macho no deja de buscar refrendar su libertad sexual frente a las mujeres y requiere agresividad sexual para demostrárselo llevando a cabo múltiples conquistas amorosas. El deber del hombre latino es proteger y defender su virilidad masculina mediante las relaciones extramatrimoniales. La mujer con la cual mantiene relaciones extramatrimoniales se encuentra en un hogar secundario, conocido como la "casa chica"; sin embargo, puede tener más de una pareja fuera del matrimonio. A través de estas relaciones, el macho puede llevar a cabo la expresión de su sexualidad. Las mujeres con las cuales se relaciona, satisfacen las necesidades sexuales del varón; sin embargo, ellas también se benefician porque en ocasiones reciben apoyo económico, refugio y/o alimento (Wood & Price, 1997).

La prostitución es también un medio utilizado por el macho para demostrar su virilidad y conseguir satisfacción sexual, al mismo tiempo, este tipo de experiencias lo dotan de variedad, excitación y oportunidad de aprender en el terreno sexual (Marín, 1989; Wood & Price, 1997). Generalmente, los hombres con esta ideología debutan sexualmente a edades tempranas con el objetivo de tener el mayor número de parejas sexuales posibles antes y después del matrimonio (Cianelli et al., 2008).

Estas pautas culturales son aceptadas por hombres y mujeres tal como lo demuestra el estudio de Manji, Peña y Dubrow (2007). Estos investigadores evaluaron una muestra de 246 jóvenes, de los cuales el 56% informó estar de acuerdo en que una mujer sólo puede tener relaciones sexuales si está casada o si tiene una pareja estable. El 66% consideró que un hombre no pierde nada si tiene relaciones sexuales a pesar de no estar casado o si tiene pareja estable. El 85% desaprobó las relaciones sexuales entre hombres y el 76% manifestó estar de acuerdo en que la decisión de usar condón en la relación sexual corresponde exclusivamente a los hombres. Estos resultados muestran cómo la ideología machista tiene impacto en las actitudes y creencias sobre el uso del preservativo, dando mayor permisividad sexual a los varones y otorgando el poder de decisión



de usar preservativo al hombre, incrementando el riesgo de contagio para las mujeres al ajustarse a la decisión masculina de no usar condón.

De esta manera, las mujeres también se ven implicadas en un riesgo potencial de contagio gracias a la ideología machista. Cianelli et al. (2008) describieron como las mujeres son infectadas con el VIH por sus esposos porque éstos tienen relaciones sexuales con otras parejas, se contagian y posteriormente transmiten el virus a sus esposas. Los autores evaluaron una muestra de mujeres casadas, el 40% informó considerarse en riesgo de contagiarse del VIH por las siguientes razones: 1) su pareja no deseaba utilizar condón en las relaciones sexuales, 2) existían múltiples episodios de infidelidad, y 3) sus esposos eran consumidores de drogas inyectables.

Las mujeres de este estudio informaron que la mayoría de los hombres en su comunidad no se sentían en riesgo de contagiarse del VIH porque los varones tenían la siguiente creencia “eso no me sucederá a mí”. Tanto hombres como mujeres aceptan la infidelidad masculina; sin embargo, ellas la justifican y la toleran. Como ser infiel es parte de la cultura del machismo, las mujeres suelen perdonar a sus maridos después de haber tenido una aventura sexual, lo cual coadyuva la repetición del acto y en ocasiones, ellas se culpan a sí mismas por la infidelidad.

Los estudios citados anteriormente concuerdan y muestran cómo la ideología machista tiene un fuerte impacto en el comportamiento sexual de riesgo de hombres y mujeres. Herbst et al. (2007) llevaron a cabo un meta análisis para analizar la eficacia de las intervenciones para reducir el riesgo de contagio por el VIH o alguna ITS. Los resultados de este estudio mostraron que aquellas intervenciones, las cuales incidían en las creencias del machismo, resultaron ser exitosas para la reducción de comportamientos sexuales de riesgo, entre las personas que no eran consumidoras de drogas.

Por otro lado, el marianismo también juega un papel importante dentro de la ideología de hombres y mujeres. Para Gallardo y Curry (2008), el machismo se complementa con la idea tradicional latina de la feminidad llamada *marianismo*, una construcción definida por la virtud femenina de la Virgen María. El marianismo



describe a las mujeres como espiritualmente superiores a los varones y con una gran capacidad de soportar sufrimiento.

También el marianismo se convierte en un modelo de pureza y virtud representada en la madre ideal, entregada a sus hijos y que se humilla. Otras características del marianismo incluyen el amor por el hogar, aspectos de crianza, sacrificio por la familia, además de fomentar cualidades como la pasividad y la sumisión de la mujer hacia sus maridos (Lucero-Liu & Christensen, 2009).

Según Wood y Price (1997), el ideal cultural de la mujer era ser puro y asexual. El reino de la sexualidad era reservado para las mujeres que habían perdido el control y este acto era mal visto por la sociedad hispana. Por lo tanto, existía una tendencia hacia ser una "buena mujer hispana", en consecuencia había que rechazar las proposiciones sexuales y pertenecer exclusivamente al cónyuge. El goce de los placeres sexuales no era para una madre sumisa y una buena esposa, porque el sexo era para la mujer "mala" o prostituta. Sin embargo, a los hombres se les alienta a tener relaciones sexuales con estas mujeres que *han perdido el control*.

En una sociedad donde se fomenta el marianismo, las niñas desde pequeñas aprenden a ser buenas esposas y madres, así como dependientes de los hombres. Los valores más importantes para las mujeres son la castidad, la maternidad, sumisión, abnegación y el cuidado de la familia. En el ámbito psicológico, el marianismo se refleja en las ideas limitadas sobre el género. En lo físico, se puede observar en el hecho de que el cuerpo de la mujer es considerado como un objeto para el placer de los hombres; por tanto, la mujer debe de subordinar su placer a las decisiones y sentimientos de los varones. Esta estructura jerárquica apoya la discriminación, el acoso sexual y la manipulación hacia la mujer (Cianelli et al., 2008; Ehlers, 1991).

Sin embargo, también el marianismo puede fomentar comportamientos sexuales preventivos. Marín y Marín (1992) identifican dentro del marianismo factores protectores contra el VIH y otras ITS. Por ejemplo, mientras al hombre se le fomenta tener múltiples parejas sexuales, en el caso de las mujeres se les exhorta a tener menor número de compañeros íntimos. También Wood y Price



(1997) destacan como la virginidad en la mujer se convierte en un elemento de respeto, por tanto, cuidar esta condición se convierte en un factor para retardar el debut sexual.

Otro ejemplo es el estudio realizado por Nyamathi, Bennett, Leake, Lewis y Flaskerud (1993) quienes evaluaron mujeres latinas y afroamericanas quienes vivían en Estados Unidos. Las adolescentes con un alto nivel de aculturación tenían mayor posibilidad de haber participado en comportamientos de riesgo tales como el uso de drogas intravenosas y relaciones sexuales con múltiples parejas. Por otro lado, las chicas con un menor nivel de aculturación tenían relaciones sexuales con menor frecuencia y se abstenían del uso de drogas ilegales. Así, los valores culturales –como el marianismo en las mujeres latinas- puede convertirse en un factor protector, a mayor nivel de aculturación, el marianismo se desdibuja al comenzar el proceso de asimilación a la nueva cultura, la cual puede fomentar conductas sexuales de riesgo.

Si bien el marianismo puede influir en la conducta sexual preventiva, también puede favorecer conductas sexuales de riesgo, porque entorpece la negociación del uso del condón y limita la toma de decisión con respecto a sus cuerpos (Cianelli et al., 2008; Duffy, 2005) ajustándose a las acciones y decisiones del varón.

En conclusión, los estereotipos de género prescriben lo esperado de hombres y mujeres a nivel sociocultural, generando expectativas y creencias en torno a las conductas de hombres machos y mujeres sumisas y abnegadas. Estos estereotipos determinan -en parte- el comportamiento de los individuos poniendo en riesgo tanto a hombres como a mujeres. Por este motivo, Herbst et al. (2007) y Williams et al. (2009) consideran que los estereotipos de género son un punto nodal en la prevención e intervención para reducir los comportamientos sexuales de riesgo y en consecuencia incidir en los índices de contagio por VIH.

Cabe destacar que los estereotipos de género se encuentran mediados por la edad y el nivel educativo. Este último elemento es fundamental, porque la educación permite revalorarse desde una postura diferente, en donde la valía



como individuos no es depositada en el sexo (hombre o mujer), sino en el valor de ser seres humanos (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).

También es fundamental destacar el papel de los padres en la transmisión de estereotipos hacia sus hijos. Por medio de la socialización, los padres enseñan normas, habilidades, motivaciones, actitudes y comportamientos apropiados para una determinada sociedad y cultura (Parke, Leidy, Schofield, Miller, & Morris, 2008). En este proceso, los padres focalizan su esfuerzo, su tiempo y sus recursos en sus hijos, convirtiéndose en los primeros agentes de socialización de la infancia (Lees & Tinsley, 1998; Mann, 1977).

Así, los padres juegan un papel central en la transmisión de aspectos culturales –como los estereotipos– vinculados al comportamiento sexual, de esta forma, se convierten en una pieza clave dentro de la prevención de los problemas de salud sexual. Por tanto, el siguiente capítulo describe cómo a través de la socialización sexual, los padres influyen en los comportamientos sexuales de sus hijos.

CAPÍTULO 3

INFLUENCIA PARENTAL EN LA CONDUCTA SEXUAL ADOLESCENTE

Todas las familias, independientemente de la cultura, pasan por diversas etapas evolutivas, las cuales en conjunto se denominan “ciclo vital familiar” (Estrada, 1997; Haley, 2003; Minuchin, 1974). En cada una de estas etapas, la familia cambia en su forma y función (Falicov, 1983) permitiendo reestructurarse continuamente para adaptarse a las circunstancias, con el objetivo de mantener su continuidad y evitar el estrés familiar (Minuchin, 1974).

El *estrés familiar* según Olson (1983), puede entenderse como las tensiones y situaciones de estrés específicas que experimenta cada integrante de la familia en cada etapa del ciclo familiar. Asimismo, el estrés familiar también puede tener una fuente circunstancial o derivada de presiones externas originadas en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas, las cuales influyen en los miembros de la familia (Minuchin, 1974).

Este estrés mueve al sistema familiar para generar los ajustes necesarios para adaptarse a las circunstancias específicas que cada etapa del ciclo vital demanda (Minuchin, 1974), generándose cambios en los patrones de interacción, la organización interna, el funcionamiento familiar (Palomar, 1998) así como en los roles y el *estatus* de quienes integran este grupo (Haley, 2003). De esta forma, los cambios producidos en el sistema familiar llevan a un proceso constante de ajuste y equilibrio para llegar a la adaptación en cada etapa (Minuchin & Fhisman, 2004).

Este proceso de ajuste-equilibrio-adaptación inicia cuando dos personas se unen y enfrentan la tarea fundamental de adaptarse a un nuevo sistema de vida con hábitos, demandas y satisfacciones como pareja (Estrada, 1997). Cuando dos adultos se unen con la intención de constituir una familia (Minuchin, 1974) e inician su vida íntima como cónyuges, nace la familia con el establecimiento del subsistema conyugal (Mosmann & Wagner, 2008). En este subsistema se juega el rol de esposo(a) o concubino(a), el cual tiene la función de generar un espacio



psicosocial propio y constituirse como un sostén emocional para ambos miembros de la pareja (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 2004).

Según Mosmann y Wagner (2008), el subsistema conyugal tiene dos características fundamentales y definitorias, la adaptabilidad y la cohesión. De acuerdo con Olson (1983), la cohesión hace referencia al grado de separación o conexión de un individuo con otro; por otro lado, la adaptabilidad se vincula con el grado de flexibilidad y aptitud para cambiar la estructura de poder, las relaciones de los roles y las reglas de interacción en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

Gran parte del estrés generado en el subsistema conyugal se debe principalmente a los conflictos maritales, los cuales podrían afectar el sistema familiar en etapas subsecuentes del ciclo vital familiar; por ejemplo, en el estadio donde la pareja juega el rol de padres con hijos en edad de lactancia e hijos adolescentes (Cowan & Cowan, 2002; Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 2004). Erel y Burman (1995) realizaron un meta análisis para determinar si el conflicto conyugal impacta en las relaciones con los hijos y reportaron un efecto moderado. Este fenómeno es explicado por la Teoría del Desbordamiento (*Spillover Theory*), la cual plantea cómo los estados negativos de ánimo, la ira, la agresión conyugal (Crockenberg, Leerkes & Lekka, 2007) o problemas de la pareja no resueltos (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 2004) son desbordados y trasladados a la relación con los hijos, afectándolos en su autoestima (Amato, 1986), en su humor, en sus relaciones sociales (Buehler & Gerard, 2002), en sus emociones y en su conducta (Jenkins & Smith, 1991).

Por el contrario, cuando existe en la pareja satisfacción conyugal, los niveles de conflicto marital son bajos y esta condición favorece el funcionamiento del subsistema conformado por los esposos y en un segundo plano, impacta de forma positiva en la relación con los hijos; lo cual es confirmado por el estudio realizado por Cabrera-García, Guevara-Marín y Barrera-Currea (2006).

Por estos motivos, para Mosmann y Wagner (2008), es importante entender el funcionamiento de la pareja considerando la adaptación, la cohesión, el conflicto marital, la satisfacción conyugal y el desbordamiento de conflictos



maritales hacia la relación de padres e hijos, debido a que el subsistema conyugal está estrechamente relacionado con el ejercicio de la parentalidad.

Así, en la siguiente etapa del ciclo vital familiar, adquiere sentido la parentalidad con el nacimiento del primer hijo y el surgimiento del subsistema parental. Este subsistema lo conforman los padres junto con los hijos y el rol de la pareja se transforma para cumplir tareas relativas a la alimentación, guía, orientación, supervisión y control de los menores (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 2004). En esta etapa, una tarea medular de los padres radica en la socialización de los hijos (Bisin & Verdier, 2011; Mann, 1977; Minuchin, 1974).

La socialización es el proceso mediante el cual los hijos aprenden normas, habilidades, motivaciones, actitudes y comportamientos apropiados para una determinada sociedad y cultura (Parke et al., 2008). En este proceso, los padres focalizan su esfuerzo, su tiempo y sus recursos en sus menores, convirtiéndose en los primeros agentes de socialización de la infancia (Lees & Tinsley, 1998; Mann, 1977), ocupando un papel fundamental en el aprendizaje de los infantes e influyendo en las preferencias y decisiones futuras de los hijos (Bisin & Verdier, 2011), incluso cuando éstos llegan a ser adultos, tal como lo describe la revisión realizada por Lees y Tinsley (1998).

En la actualidad, la teoría de sistemas es fundamental para comprender este proceso de socialización. Si bien los padres en un inicio son la fuente principal en el proceso, hay muchos otros agentes socializadores como por ejemplo, la familia, los compañeros, medios de comunicación, el vecindario, la escuela e instituciones religiosas. Desde la postura sistémica y ecológica se puede entender este proceso por medio de la relación de subsistemas, por tanto, la familia como sistema estará conformada por el subsistema de los cónyuges, de los padres y los hermanos, los cuales se encargaran de llevar a cabo la socialización intrafamiliar.

Por otro lado, la familia se encuentra vinculada a una serie de sistemas externos, por ejemplo los amigos, la pareja, la escuela, los maestros, etcétera, los cuales favorecen una socialización extrafamiliar. Aún así, es importante considerar factores individuales como: las características del niño, diferencias genéticas, los



recursos de los padres, factores contextuales y la etnia, los cuales en conjunto afectan la socialización de los hijos (Parke et al., 2008).

Este proceso tan complejo, el cual inicia en la infancia, con sus múltiples factores y agentes de socialización, termina impactando en el comportamiento, en las creencias y actitudes de los hijos adultos (Lees & Tinsley, 1998) en diferentes áreas de su vida, inclusive en lo relativo al comportamiento sexual (Hovell et al., 1994; Shah & Zelnik, 1981). Por ejemplo, Greer-Litton (1980) analizó cómo las madres se convierten en modelos para sus hijas, así es como las niñas aprenden a relacionarse como mujeres al interior de la familia y como pareja, aprehendiendo valores, actitudes y comportamientos propios del rol sexual. Según Davis (1974), esta transmisión de aspectos normativos sexuales de padres a hijos se denomina socialización sexual.

La socialización sexual es el proceso mediante el cual los conocimientos, actitudes y valores sobre la sexualidad se adquieren. Se trata de un proceso complejo y multidimensional, el cual ocurre gradualmente a lo largo de muchos años e implica la vinculación de mensajes provenientes de diversas fuentes de información. Los mensajes recibidos cubren un amplio rango de temas, los cuales van desde los aspectos biológicos de la reproducción hasta tópicos referidos a valores y actitudes sobre las citas, el sexo, el amor y las relaciones románticas. Los mensajes también tienen múltiples formas, pueden ser de manera directa y verbal al entablar una conversación sobre sexo con alguna persona, pero también la transmisión de información puede ser de forma indirecta y no verbal; en ocasiones, pueden llegar a ser mensajes sutiles, ambiguos o inconsistentes. Si bien los padres son una fuente de socialización sexual, también los amigos del mismo sexo, los maestros de escuelas y los medios de comunicación juegan un papel importante en este proceso (Ward, 2003).

Un ejemplo de cómo los padres ejercen la socialización sexual es el estudio realizado por Jaccard, Dittus y Gordon (1996), quienes describieron como la desaprobación materna ante las relaciones sexuales prematrimoniales y la satisfacción de la relación madre-hija se correlacionaban con la abstinencia sexual, con una baja frecuencia del coito y con el uso frecuente de métodos



anticonceptivos entre las jóvenes sexualmente activas. La conclusión del estudio refiere que cuando hay una relación positiva, cercana y satisfactoria entre madre-hija, las adolescentes ponen mayor atención a los mensajes y acciones de sus madres. Por otro lado, el rechazo o desaprobación materna de ciertos aspectos de la sexualidad, funciona como un motivador importante para evitar llevar a cabo ciertas acciones en el terreno sexual. Así, los padres influyen y median el comportamiento sexual de sus hijos.

La investigación de Shah y Zelnik (1981) revela otras fuentes importantes de socialización sexual paralela a la parental. Estos autores determinaron la influencia de los padres y del grupo de amigos respecto a la opinión que tenían una muestra de mujeres adolescentes sobre las relaciones sexuales prematrimoniales y el uso de métodos anticonceptivos. Las adolescentes quienes compartían puntos de vista similares a los padres, tenían una postura más cerrada y restrictiva, a diferencia de quienes se dejaron llevar por las opiniones de amigos. Las chicas con opiniones similares a los padres tenían menor probabilidad de haber iniciado su vida sexual. Las mujeres quienes informaron tener actividad sexual tenían mayor influencia del grupo de amigos para usar métodos anticonceptivos en comparación con el grupo de padres. Estas asociaciones fueron independientes de la edad, el estado civil de los padres, el nivel socioeconómico y la religión. En este estudio se describe la influencia de los padres en el comportamiento sexual de los hijos; sin embargo, conforme los adolescentes van creciendo, se enfrentan a otras fuentes de socialización sexual extrafamiliar, como por ejemplo, los amigos, quienes impactaran de forma diferente a los padres y en áreas distintas del terreno sexual.

Por otro lado, no se debe descartar la influencia de los medios de comunicación en la socialización sexual (Ward, 2003). Sánchez y Enríquez (2011) utilizaron redes semánticas naturales modificadas para describir los significados asociados al estímulo “sexo en los medios de comunicación”. Estudiantes varones universitarios utilizaron las siguientes palabras definidoras: accesible, bueno, censura, computadora, constante, diversión, explícito, mala, morboso y pornografía; en el caso de las mujeres las palabras fueron: accesible, condones,



educación, erotismo, erróneo, fácil, gráfico, grotesco, morbosidad, peligroso y pornografía. No se encontraron diferencias significativas por sexo pero las palabras definidoras de hombres y mujeres correlacionaron positivamente con los siguientes medios de comunicación: televisión e internet.

Los resultados de este estudio muestran cómo para el grupo de universitarios, el sexo que se transmite principalmente en televisión e internet es accesible, constante, fácil, gráfico, morboso y se asocia con la pornografía. Se encontraron definidoras relativas a la diversión y a la valoración positiva en varones, y palabras referentes al preservativo, educación, erotismo y peligroso en el caso de las mujeres, siendo evidente una diferencia cualitativa en la concepción del sexo en los medios de comunicación, donde puede haber una mayor permisividad, por ende, diversión por parte de los varones; pero mayor cautela y cuidado en el caso de las mujeres. Lo anterior implica un aprendizaje por socialización sexual a partir de lo esperado de un hombre o una mujer en el terreno sexual.

Así, conforme los hijos crecen van ganando contacto con otras fuerzas socializantes extra familiares (amigos, pareja, medios de comunicación, etcétera), por tal motivo, los padres buscan adaptarse a estas nuevos agentes de socialización incrementando el control y la orientación hacia sus hijos; por eso, los padres requieren del uso de la autoridad, porque no pueden ejercer sus funciones ejecutivas a menos que dispongan del poder necesario para hacerlo (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 2004).

Estas cualidades parentales de control, orientación y autoridad cobran sentido e importancia debido a: 1) los cambios psicosociales por los cuales atraviesan los hijos adolescentes, y 2) la exposición a factores de riesgo propios de la adolescencia. A continuación se describen brevemente cada una de estas dos condiciones:

a) *Cambios psicosociales de la adolescencia*: la revisión realizada por Antona, Madrid y Aláez (2003) resume estos cambios de la adolescencia media (15 a 17 años). En esta etapa, se llega al punto máximo de conflicto con los padres porque hay un cambio en la relación padre-hijo por adulto-adulto



(desarrollo de independencia). Nace una aceptación general a nivel corporal, aunque existen preocupaciones por hacer el cuerpo más atractivo (importancia en el aspecto corporal). También se generan vínculos y una integración estrecha con los amigos, con los cuales se establece una conformidad respecto a los valores del grupo (desarrollo en las relaciones interpersonales). Asimismo, se consolida la identidad personal, la conducta moral y surgen los sentimientos de omnipotencia (desarrollo de la identidad). Asimismo, en esta etapa, los adolescentes tienen altas probabilidades de iniciar su vida sexual, tener múltiples parejas sexuales y fantasías románticas, así como poner a prueba su feminidad y masculinidad (desarrollo de la sexualidad).

Años más tarde inicia una segunda transición, la cual es llamada adolescencia tardía (18-21 años). En esta etapa se generan una serie de ajustes psicosociales diferentes a los de la adolescencia media, por ejemplo, existe una reaceptación de los consejos y valores paternos (desarrollo de independencia). Existe aceptación e identificación con la nueva imagen corporal (importancia en el aspecto corporal). El grupo de amigos cobra menor importancia y se vuelve relevante tener una pareja (desarrollo en las relaciones interpersonales). El adolescente tiene objetivos más realistas, delimita sus valores morales, religiosos y sexuales, tiene mayor capacidad para comprometerse y establecer límites (desarrollo de la identidad). También es común la conformación de relaciones de pareja estables con mayor capacidad de reciprocidad afectiva y una alta frecuencia de la actividad sexual (desarrollo de la sexualidad).

b) *Exposición a factores de riesgo propios de la adolescencia*: los cambios psicosociales del adolescente favorecen el establecimiento de relaciones extra familiares en diversos contextos (Minuchin, 1974), los cuales favorecen ciertos riesgos ambientales por las situaciones en las cuales se encuentran y por las personas con las cuales se relacionan (amigos, pareja, etcétera). Según Bárcena, Rendón y Robles (2011) el adolescente se expone a ciertos factores de riesgo, los cuales pueden dañar la salud; por ejemplo, consumo excesivo de alimentos, alcohol, drogas, tabaco y sexo sin protección.



Así, los cambios psicosociales de la adolescencia favorecen el desarrollo de la independencia con los padres, al mismo tiempo que deja al individuo expuesto a ciertos factores de riesgo, los cuales son propios de esta etapa del desarrollo. Una forma de influir, educar y orientar a los hijos para su integración social y así evitar algunos riesgos en la adolescencia (drogas, alcohol, sexo desprotegido, etcétera) son las tácticas de socialización como las prácticas y estilos parentales (Ramírez, 2005), las cuales cambian conforme los hijos van creciendo; por ejemplo, se transforman y ajustan las técnicas disciplinarias, el control, la obediencia, la supervisión, la autonomía, el apoyo, la comunicación, etcétera (Palacios, 2009). Estas prácticas parentales inician desde la infancia y continúan impactando en la adolescencia e inclusive en la edad adulta de los hijos (Lees & Tinsley, 1998).

Según Vallejo y López (2004), las prácticas de crianza o parentales se refieren a cómo los padres actúan ante un determinado tópico de la formación de los hijos, sea el entrenamiento para ir al baño, los hábitos alimenticios o el establecimiento de reglas disciplinarias, por mencionar solo algunos. Por otro lado, Darling y Steinberg (1993) definen los estilos parentales como una constelación de actitudes hacia el niño, las cuales le son comunicadas para favorecer un clima emocional en el cual las conductas parentales son expresadas.

En resumen, las prácticas parentales son comportamientos dirigidos a *metas específicas*, en donde los padres llevan a cabo acciones para cumplir sus obligaciones y deberes parentales. Los estilos parentales son comportamientos dirigidos a *metas no específicas*, es decir, son conductas tales como gestos, expresiones faciales, cambios en el tono de voz o expresiones espontáneas de emoción.

En este entretendido de prácticas y estilos parentales se promueve el aprendizaje de los hijos, el cual puede explicarse y entenderse a partir de la Teoría del Aprendizaje Social (*Social Learning Theory*) de Albert Bandura. Según la revisión realizada por Hale (2008), los niños aprenden de sus padres a partir de la observación, la imitación y del modelaje en un contexto social particular. A partir de la observación de las acciones de los padres, los pequeños obtienen información sobre cómo deben de actuar en sus relaciones interpersonales,



tornándose fundamental desde la infancia lo que los hijos observan, imitan y aprenden de los modelos parentales. Evidencia de lo anterior es el estudio de Resnik, Berman y Blum (1997 en Hale, 2008) quienes documentaron cómo los niños que son tratados con indiferencia por los padres, tienden a tratar a otras personas de la misma manera.

Por otra parte, las acciones de los padres, no solamente se relacionan con la forma en la cual sus hijos establecerán relaciones interpersonales a futuro, sino también, estas acciones parentales tienen un estrecho nexo con el aprendizaje de comportamientos del adolescente. Newman, Harrison, Dashiff y Davies (2008) y Palacios (2009) llevaron a cabo una revisión de diversos estudios y evidencian cómo los modelos parentales en ocasiones favorecen condiciones propicias para el aprendizaje de conductas de riesgo.

Por medio de la observación y el modelamiento parental de actitudes permisivas, se favorece por ejemplo, el debut sexual adolescente a edades tempranas (Climent, 2009); actitudes sobre el sexo (Shah & Zelnik, 1981) o la desaprobación hacia las relaciones sexuales (Jaccard et al., 1996). En otras palabras, los comportamientos de los padres, los cuales son observados por los hijos, favorecen comportamientos y actitudes asociados a la conducta sexual de riesgo o preventiva.

Así, el comportamiento y el clima parental cobran sentido e importancia porque operan como matrices de aprendizaje e influyen en los comportamientos y vínculos que sus hijos establecerán en el futuro (Climent, 2009). En consecuencia, se torna fundamental entender como las prácticas y estilos parentales influyen en la conducta del adolescente.

Diana Baumrind en la Universidad de California, Berkeley, fue una de las pioneras en investigar los estilos parentales. En la década de los años sesenta se interesó en el estudio de los estilos de liderazgo en adultos, documentó que las características más importantes de los líderes exitosos eran la democracia y la autoridad. Posteriormente, comenzó a investigar el impacto de estas características en las relaciones entre padres e hijos (Hale, 2008).



El producto de las investigaciones de Baumrind (1966) fueron tres modelos de control parental: el permisivo, el autoritario y el democrático⁴. Según la revisión realizada por Hoeve, Dubas, Gerris, van der Laan y Smeenk (2011), esta propuesta tiene un marco de análisis en donde se priorizan dos dimensiones claves para evaluar los estilos parentales: 1) el control y 2) el apoyo. La *dimensión del control* (también llamada “exigencia”) hace referencia a la identificación de las demandas de los hijos y a las acciones de control parental. La *dimensión del apoyo* (también llamada “calidez”, “sensibilidad” o “repuestas de aceptación-rechazo”) se refiere a aquellas conductas de los padres, las cuales favorecen que el niño se sienta cómodo, aceptado y aprobado por los padres.

En la Tabla 1 se describen los cuatro perfiles parentales a partir de las dimensiones ortogonales de control y apoyo. A pesar de que Baumrind (1966) solamente propuso tres estilos parentales (permisivo, autoritario y democrático), existe un cuarto perfil sugerido por Maccoby y Martin (1983), quienes después de realizar una revisión sobre el trabajo de Diana Baumrind deducen un último estilo parental denominado negligente.

Así, se consolidó una tipología de cuatro estilos parentales con las siguientes características: estilo parental democrático (altos niveles en apoyo y control), estilo parental permisivo (alto nivel en apoyo y bajo nivel en control), estilo parental autoritario (bajo nivel de apoyo y alto nivel de control) y estilo negligente (bajos niveles en apoyo y control). La Figura 1 muestra las posibles combinaciones entre las dimensiones ortogonales de apoyo y control en cada uno de los cuatro estilos parentales.

Cada una de las combinaciones entre los extremos (nivel alto y bajo) de ambas dimensiones (apoyo y control) generan perfiles diferentes de control e involucramiento parental. Cada uno de estos estilos parentales impacta de forma diferente en la conducta y en el ajuste psicosocial de los hijos (Ramírez, 2005).

⁴ En inglés, este concepto es nombrado como *authoritative*, sin embargo en español se traduce como autorizativo, autoritativo o democrático.



Tabla 1

Descripción de los estilos parentales a partir de las dimensiones ortogonales de control-apoyo

Estilo	Dimensiones ortogonales	
	Control	Apoyo
Permisivo	<p>Estos padres tienen un comportamiento no punitivo, en consecuencia, utilizan poco el castigo para disciplinar. Demandan poco a los hijos respecto a las labores domésticas y a su conducta ordenada. Son poco exigentes, no fomentan la aceptación de responsabilidades derivadas de las acciones de sus propios hijos. También se caracterizan por ser padres que alientan la individualidad e independencia, debido a que permiten a los hijos regular sus propias actividades tanto como les sea posible, inclusive evitando el control hacia ellos (Baumrind, 1966). Estos padres se caracterizan por “el dejar hacer” (Ramírez, 2005).</p>	<p>Está basado en la aceptación y afirmación de los impulsos, deseos y acciones de los hijos. Consultan con sus hijos las decisiones y reglas familiares aunque alientan a los menores a no obedecer reglas impuestas. Utilizan la razón y la manipulación como estrategias para conseguir sus fines (Baumrind, 1966). También tiene un nivel alto de comunicación y afecto (Ramírez, 2005).</p>
Autoritario	<p>Basado en el control y evaluación de los comportamientos y actitudes de los niños respecto a una normal social absoluta de conducta. La obediencia es una virtud y los padres están dispuestos a utilizar medidas punitivas y contundentes para obtenerla. No alientan la independencia e individualidad porque frenan las acciones de los niños cuando éstas chocan con la idea de los padres respecto de lo que es correcto para el menor. Fomentan el orden y el tradicionalismo (Baumrind, 1966). Concluyendo, Ramírez (2004) considera que este estilo está caracterizado por un elevado nivel de control y exigencia; lo predominante es la existencia de abundantes normas y la exigencia de una obediencia bastante estricta.</p>	<p>Los adultos con un estilo autoritario no favorecen el diálogo porque consideran que los hijos deben de aceptar la palabra del padre como lo mejor para ellos (Baumrind, 1966). Tienen un bajo nivel de comunicación y afecto explícito (Ramírez, 2005).</p>
Democrático	<p>Basado en dirigir las actividades del niño de manera racional y sobre problemas concretos. La autonomía y la disciplina se fomentan y son firmes para controlar las discrepancias surgidas en la relación padre-hijo; en estos casos los adultos imponen su punto de vista como padres, pero reconocen los intereses individuales de los hijos. Usan principalmente la razón, el poder y el reforzamiento para que sus hijos logren sus objetivos. No basan sus decisiones en el consenso grupal o en los deseos de los niños (Baumrind, 1966). Son padres con altos niveles de control y exigencia de madurez (Ramírez, 2005).</p>	<p>Se fomenta la comunicación, en consecuencia se les explica a los hijos el razonamiento para tomar ciertas decisiones como padres, pero cuando alguno de los hijos no está conforme se expresan los motivos. Afirman cualidades de los niños y establecen normas para la conducta futura de los menores (Baumrind, 1966). Son padres con altos niveles de comunicación y afecto (Ramírez, 2005).</p>
Negligente	<p>Son padres negligentes y difícilmente exigentes. Tienen bajo nivel de control y exigen poco a sus hijos respecto a su madurez. No establecen muchas normas para cumplir y parecen actuar bajo el principio de no tener problemas o de minimizar los que se presentan (Vallejo & López, 2004).</p>	<p>Estos padres tienen una actitud fría y distante, son poco receptivos, tienen bajos niveles de afecto y comunicación (Ramírez, 2005). Según Maccoby & Martin (1983) este estilo está basado en el rechazo, el abandono y/o la indiferencia hacia los hijos.</p>

Fuente: Información obtenida de Baumrind (1966), Maccoby y Martin (1983) y Ramírez (2005).

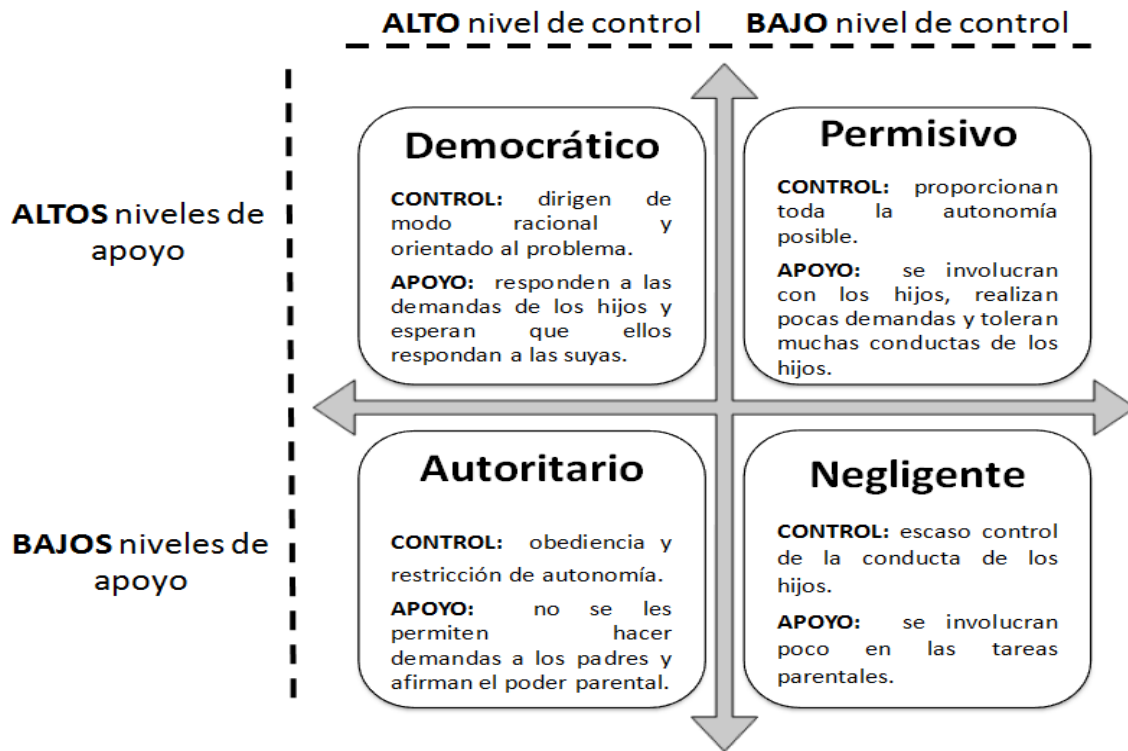


Figura 1. Vinculación ortogonal entre las dimensiones de apoyo y control para cada uno de los estilos parentales según Baumrind (1966) y Maccoby y Martin (1983).

Por ejemplo, diversos estudios han documentado como el **estilo parental negligente** se asocia con comportamientos de riesgo como: el consumo de tabaco (Newman et al., 2008), conducta delictiva (Hoeve et al., 2011), riesgo para los hijos de sufrir lesiones debido a la escasa supervisión y vigilancia parental (Newman et al., 2008); también Dwairy y Menshar (2006) señalaron como este estilo tiene repercusiones negativas en la adaptación psicosocial de los hijos debido a la correlación reportada con ciertos problemas de conducta e identidad.

De igual forma, el **estilo parental autoritario** está relacionado principalmente con trastornos psicológicos severos, por ejemplo, hay investigaciones, en las cuales se describe una correlación entre la percepción de tener un padre autoritario con altos niveles de neuroticismo (Patock-Peckham & Morgan-López, 2009), despersonalización⁵, ansiedad (Wolfradt, Hempel, & Miles, 2003), ideación suicida (Newman et al., 2008) o algún trastorno de la alimentación

⁵ Pérdida de familiaridad con el medio ambiente y el *self*.



(Enten & Golan, 2009; Haycraft, & Blissett, 2010), asimismo Lavasani, Borhanzadeh, Afzali y Hejazi, (2011) evidenciaron la relación entre el estilo parental autoritario y bajos niveles de bienestar psicológico.

Otro grupo de investigaciones señalan la correlación existente entre el **estilo parental permisivo** con un alto consumo de alcohol en diferentes contextos (Patock-Peckham & Morgan-López, 2009), con un bajo nivel de bienestar psicológico (Lavasani et al., 2011) y con trastornos de la alimentación (Haycraft & Blissett, 2010).

De acuerdo con Newman et al. (2008) y Ramírez (2005), la investigación realizada en el campo de las prácticas y estilos parentales es consistente respecto a que, un buen nivel de control y apoyo parental hacia los hijos, funge como factor preventivo. Por ejemplo, percibir al padre con un **estilo democrático** funge como factor protector contra el consumo de alcohol, tabaco (Newman et al., 2008; Piko & Balázs (2012) y ante trastornos de la alimentación (Haycraft & Blissett, 2010). También este estilo favorece conductas positivas de afrontamiento ante el estrés (Wolfradt et al., 2003) fomenta el incremento de la autonomía y la autoestima (Hesari & Hejazi, 2011; Zakeri & Karimpour, 2011) y merma la frecuencia de conductas violentas, tal como se describe en el meta análisis realizado por Kawabata, Alink, Tseng, van Ijzendoorn y Crick (2011), quienes encontraron una correlación negativa significativa entre este estilo parental ($r=-.06$ para las madres y $r=-.08$ para los padres) con la agresión hacia otros.

En resumen, estos estudios muestran cómo, cuando los padres fomentan la autonomía, tienen altos niveles de control -reflejados en la disciplina y la supervisión- hacia los hijos, pero además se involucran afectivamente con éstos, entonces los adolescentes tienen mayor probabilidad de tener un mejor ajuste psicosocial, menores posibilidades de tener un trastorno psicológico grave o incurrir en conductas de riesgo durante el periodo de la adolescencia y la adolescencia tardía.

El sexo sin protección es considerado una conducta de riesgo propia de la adolescencia (González-Garza, Rojas-Martínez, Hernández-Serrato, & Olaiz-Fernández, 2005) porque hace probable la ocurrencia de embarazos no deseados



y el contagio de alguna ITS o del VIH (ONUSIDA, 2010). La conducta sexual de riesgo también puede ser mediada por los estilos parentales tal como lo demuestra Climent (2009), quien informó cómo estos estilos se relacionan con la socialización de género y la conducta sexual. El autor reporta los resultados de 40 entrevistas abiertas a mujeres adolescentes embarazadas y a sus madres. La Tabla 2 muestra la comparación de cada uno de los estilos parentales y el efecto en el comportamiento sexual de las adolescentes.

Tabla 2

Descripción de las prácticas parentales en cada uno de los estilos parentales y su relación con el comportamiento sexual de mujeres adolescentes embarazadas.

Prácticas parentales			
Estilo democrático	Estilo permisivo	Estilo autoritario	Estilo negligente
Usan técnica inductivas de control como hablar con ellas, reflexionar sobre las consecuencias de sus actos o sobre los motivos de las restricciones.	Usan técnicas de control laxas, son poco estrictas y en ocasiones ponían castigos pero no son firmes para cumplirlos.	Usan técnicas de control coercitivas aunque se alternan con técnicas de control laxas e inductivas. Son restrictivas.	Usan castigos corporales, son muy estrictas y no ponen ninguna norma ni medida disciplinaria por sentirse impotentes para hacerlo.
Informaron a sus hijas sobre el condón y pastillas anticonceptivas pero no sugirieron su uso. No aconsejaron ir al ginecólogo.	Informaron a sus hijas sobre métodos anticonceptivos y aconsejaron consultar al médico cuando se enteraron sobre la vida sexual activa de sus adolescentes.	Estaban informadas sobre métodos anticonceptivos gracias a tías, hermanas mayores o la escuela. Algunas madres aconsejaron ir al ginecólogo. Llevaron a sus hijas a comprar pastillas anticonceptivas y condones.	El contacto con la madre era poco frecuente. Estas adolescentes se caracterizaron por tener múltiples conductas sexuales de riesgo.
Las madres no sabían que sus hijas eran sexualmente activas y no estaban de acuerdo en esto.	Les compraron pastillas anticonceptivas y condones cuando se enteraron de la vida sexual de sus hijas pero no insistieron en su uso. Muchas madres sabían que sus hijas tenían relaciones sexuales y estaban de acuerdo.	No estaban de acuerdo en que tuvieron relaciones sexuales por razones morales. La mayoría de las madres no sabían que sus hijas tenían relaciones sexuales.	La mayoría de las madres sabían que sus hijas tenían relaciones sexuales. Se enteraron porque muchas se iban de la casa para vivir con sus parejas. No le dieron importancia al hecho.
Las hijas debutaron sexualmente entre los 15 y 17 años.	Las hijas debutaron sexualmente entre los 14 y 15 años.	Las hijas debutaron sexualmente entre los 14 y 15 años.	Las hijas debutaron sexualmente entre los 13 y 15 años.

Fuente: Tabla derivada de los resultados del estudio de Climent (2009).



En el estudio de Climent (2009), se describe cómo estas formas de relación parental se vinculan con el comportamiento sexual. Sin embargo, Huebner y Howell (2003) al evaluar prácticas y estilos parentales conjuntamente, demostraron que las conductas específicas de los padres -prácticas parentales, como la comunicación y el monitoreo-, son predictores de la conducta sexual de riesgo. Así, los estilos parentales no se constituyeron como variables predictoras del comportamiento sexual.

Este resultado puede explicarse a partir de lo señalado por Darling y Steinberg (1993) quienes puntualizan que los estilos parentales no tienen una relación directa sobre la conducta porque estas formas de relación parental se dirigen hacia metas no específicas y se convierten en el contexto de expresión de conductas particulares y dirigidas hacia metas específicas de socialización (prácticas parentales). En consecuencia, los estilos parentales se vincularían estrechamente con las prácticas parentales, y éstas se correlacionarían directamente con la conducta del adolescente.

Por ejemplo, Musitu y Soledad-Lila (1993 en Ramírez, 2005) señalan cómo los estilos de crianza se relacionan con las prácticas parentales. Los padres con un estilo basado en la comprensión y el apoyo (p. ej. estilo democrático) tienen mayor comunicación con sus hijos (práctica parental); por el contrario, los estilos parentales con bajos niveles de comprensión y apoyo (p. ej. estilo negligente y autoritario) tienen bajos niveles de comunicación con sus hijos y tienden a utilizar la coerción y el castigo físico más a menudo. Así, el estilo parental precede a la práctica parental.

Diversos estudios coinciden en que las prácticas parentales asociadas al comportamiento sexual preventivo son el monitoreo/supervisión parental, el involucramiento afectivo con los hijos y la comunicación sexual. A continuación, se describen algunas investigaciones sobre el impacto de cada una de estas prácticas parentales en el comportamiento sexual.

El monitoreo/supervisión parental se definen como el conocimiento de los padres sobre el paradero de sus hijos, sus actividades y amigos (Jacobson & Crockett, 2000). El monitoreo y la supervisión parental son una medida indirecta



del control ejercido por los padres (Kincaid et al., 2012), altos niveles de supervisión y monitoreo se asocian con conductas sexuales preventivas (DiClemente, Salazar, & Crosby, 2007; Stulhofer, Graham, Bozicevic, Kuftrin, & Ajdukovic, 2009; Yang et al., 2007).

Por ejemplo, Palacios y Andrade (2008) llevaron a cabo una investigación para determinar los predictores de diferentes conductas de riesgo, entre ellas la conducta sexual desprotegida. El principal predictor fue la edad, seguido de la supervisión materna (a menor supervisión mayor conducta de riesgo) y de la imposición paterna (a mayor imposición mayor conducta de riesgo). Estos resultados son congruentes con los hallazgos de Palacios (2005) quien documentó cómo aquellos hijos que perciben mayor imposición de ambos padres y poco apoyo, autonomía, reconocimiento, supervisión y un nivel alto de control por parte de la madre, son adolescentes que presentan una vida sexual activa en comparación con los adolescentes que no son sexualmente activos.

Los resultados de los estudios citados anteriormente ponen de manifiesto la importancia de generar un adecuado control parental –evitando la imposición y la baja supervisión-; sin embargo, el involucramiento afectivo también tiene repercusiones en la conducta sexual.

Un claro ejemplo de la importancia del involucramiento afectivo parental es la investigación de Andrade, Betancourt y Palacios (2006) quienes describieron un efecto diferencial por sexo entre los adolescentes que habían tenido relaciones sexuales y quienes no habían iniciado su vida sexual. Las mujeres sin experiencia sexual tenían mayor apego y comunicación con ambos padres, a diferencia de las chicas que habían debutado sexualmente y quienes informaron percibir un nivel alto de rechazo por parte la madre. Los hombres sexualmente activos reportaron tener padres permisivos y una percepción de ser rechazados por la madre, en comparación con los adolescentes quienes no habían iniciado su vida sexual.

También Farahani, Cleland y Mehryar (2011) describieron en una muestra de universitarios cómo los estudiantes que mantenían relaciones estrechas y cercanas con sus padres, tenían menos probabilidad de haber debutado sexualmente. Este resultado es consistente con los resultados descritos por



Jaccard et al. (1996), donde se señala una correlación entre la calidad de la relación materna (afecto, soporte emocional, comunicación, resolución de conflictos, respeto y tiempo e intereses compartidos) con la abstinencia de la actividad sexual, la baja frecuencia de las relaciones sexuales y el uso consistente del condón.

También, la comunicación sobre diversos temas relacionados con el sexo, se constituye como una práctica parental que favorece la socialización en los hijos (Riesch, Jackson & Chanchong, 2003). La comunicación sexual con los padres se relaciona con el control parental porque en el momento en el cual el adolescente informa sobre sus actividades, los padres tienen la posibilidad de monitorear y controlar la conducta del hijo (Huebner & Howell, 2003); pero también se vincula con el nivel de afectividad, convirtiéndose en un indicador de la calidad de la relación establecida entre padres e hijos (Riesch et al., 2003). También, el nivel de involucramiento afectivo favorece la apertura de vías de comunicación eficaces con los hijos así como el establecimiento de límites (Meschke, Bartholomae & Zentall, 2002).

La evidencia empírica sugiere que cuando los padres hablan con sus hijos sobre diversos tópicos relativos al sexo, entonces se favorecen comportamientos sexuales preventivos en los adolescentes (DiClemente et al., 2007), como retardar el debut sexual (Dilorio, Kelly, & Hockenberry-Eaton, 1999; Fasula & Miller, 2006) o usar el preservativo (Hutchinson, 2002).

Cabe destacar que los resultados de estas prácticas parentales, las cuales funcionan como tácticas de socialización, varían en función del sexo de los hijos. Por ejemplo, el monitoreo parental es mayor para las mujeres en comparación con los varones (Donenberg, Wilson, Emerson, & Bryant, 2002; Jacobson & Crockett, 2000); también el control parental tiene mayor influencia en el comportamiento sexual de los varones a diferencia del apoyo/afecto, el cual impacta particularmente en la conducta sexual de las mujeres (Kincaid et al., 2012).

En el caso de la comunicación sexual, los adolescentes informan hablar con mayor frecuencia con la madre en comparación con el padre (Hutchinson, 2002; Zhang, Li, Shah, Baldwin, & Stanton, 2007), así, la madre se convierte en una



figura central cuando los hijos quieren hablar sobre tópicos relativos al sexo. Sin embargo, cuando se considera el sexo de los padres y de los hijos, se encuentran resultados diferenciados. Por ejemplo, los varones se comunican con mayor frecuencia con los padres (Dilorio et al., 1999) y las mujeres con las madres (Moreno, Robles, Frías, Rodríguez, & Barroso, 2010), además los temas sexuales a tratar con cada padre son diferentes (Kim, Beth, Shannon, Rex, & Anissa, 1998).

Los estudios citados anteriormente muestran la importancia de evaluar las prácticas parentales para obtener información detallada sobre lo que los padres hacen para criar y proteger a sus hijos. Así se pueden entender como ciertas acciones parentales se dirigen hacia metas específicas de la socialización.

Por otro lado, los estilos parentales brindan información diferente a las prácticas parentales. Si bien los datos referentes a los estilos parentales son generales, éstos pueden brindar información global sobre pautas de crianza, disciplinarias y de interacción, las cuales otorgan un marco para interpretar la influencia de los padres sobre los hijos en relación a la conducta sexual de riesgo (Climent, 2009). También, estos estilos ofrecen perfiles parentales basados en el control y el apoyo hacia los hijos, los cuales afectarán diferencialmente el ajuste psicosocial de los menores (Ramírez, 2005).

Ahora bien, es importante mencionar que tanto las prácticas como los estilos parentales dependen de diversos factores tales como la cultura, las experiencias y nivel educativo de los padres, las creencias parentales, la edad de los hijos (Darling & Steinberg, 1993; Farahani et al., 2011; Mowder, 2005; Mowder & Sanders, 2008; Mowder & Shamah, 2011), entre otros. Para entender estas variaciones en el comportamiento de los padres, puede utilizarse la Teoría del Desarrollo Parental (*Parent Development Theory*) propuesta por Barbara Mowder (2005) en la Universidad de Pace en Nueva York.

La Teoría del Desarrollo Parental (*PTD por sus siglas en inglés*) se fundamenta en dos teorías, la del Aprendizaje Social propuesta por Albert Bandura y la del Desarrollo Cognitivo de Jean Piaget. Básicamente, busca establecer una perspectiva teórica útil para comprender las percepciones individuales de los padres y sus comportamientos (Mowder, 2005). Mowder y Shamah (2011) señalan



cómo las percepciones sobre lo que implica ser un padre favorecen el comportamiento; así, la persona con el rol parental, percibe, reconoce y acepta esta función en relación a un hijo, con el cual establecerá una interacción diádica y lo convertirá en el destinatario de su conducta como padre.

Si bien existen variaciones en el ejercicio de la parentalidad, la PTD señala que las personas tienden a percibir seis características bien definidas del rol parental: 1) *vinculación afectiva*, es decir, brindar cuidados a los hijos así como demostración de afecto y amor, 2) *disciplina*, la cual se refiere a establecer, discutir y dar seguimiento a las reglas de comportamiento establecidas, 3) *educación* reflejada a través de la guía y enseñanza hacia los hijos, 4) *bienestar general y protección hacia los hijos*, 5) *receptividad*, es decir, interactuar y responder congruentemente a dicha interacción y 6) *sensibilidad*, en otras palabras comprender y responder a las necesidades de los niños (Mowder & Sanders, 2008). Aunque la mayoría de los individuos perciben estas características como componentes importantes en la crianza de los hijos, la ponderación en términos de importancia y frecuencia varían dependiendo de la etapa de desarrollo en la cual se encuentren los hijos (Mowder, 2005).

En consecuencia, los padres construyen y modifican sus puntos de vista y comportamientos a través del tiempo (Mowder, 2005) debido a las demandas de los hijos, las cuales cambian en función de la etapa del desarrollo por la cual atraviesan. Así, las cogniciones y prácticas parentales dirigidas hacia los lactantes son diferentes en comparación con la de los hijos adolescentes; es decir, los padres ajustan el ejercicio de su parentalidad (aspectos cognitivos y conductuales) a las necesidades de desarrollo de sus hijos (Mowder & Shamah, 2011). El espectro de respuestas parentales también puede variar en función de las características personales de los padres (edad, experiencia infantil en una relación padre-hijo, nivel educativo, personalidad), de la dinámica familiar, de las características del niño y del entorno sociocultural (Mowder & Sanders, 2008; Mowder & Shamah, 2011).

Así, la PTD es útil para entender cómo se ejerce el rol parental, para explorar las similitudes y diferencias de los padres -por ejemplo, culturales- y sus



resultados en el desarrollo de sus hijos (Mowder, 2005). Entonces, desde esta teoría, se puede entender por qué los padres generan un cambio en la relación con sus hijos cuando éstos entran a la adolescencia y enfrentan situaciones de riesgo como la posibilidad de iniciar su vida sexual e incurrir en conductas sexuales potencialmente dañinas para su salud. Por tal motivo, es imprescindible que los padres modulen y encaucen las conductas de los hijos (Minuchin, 1974; Ramírez, 2005) para evitar situaciones potencialmente riesgosas.

En consecuencia, el análisis de la influencia parental sobre el comportamiento sexual de los adolescentes es un punto medular en la prevención de problemas de salud sexual. También, el ejercicio de la parentalidad se torna importante porque a partir de la relación establecida entre padres e hijos se puede definir conceptualmente el constructo “familia”. Para Ackerman (1998) y Ambert (2001), la familia se define a partir de la relación de individuos en al menos dos generaciones diferentes –padres e hijos–.

Así, cuando se describe la influencia familiar en el comportamiento sexual del adolescente, generalmente se priorizan variables parentales. Por ejemplo, Uribe (2007) evalúa “comunicación y confianza con la familia” pero la medición de la variable se centra en los padres. Palacios (2009) refiere la variable “familia” en función de las prácticas parentales. Upchurch, Aneshensel, Sucoff y Levy-Storms (1999) evaluaron ambas dimensiones de los estilos parentales bajo la etiqueta de “interacción familiar” y Vélez-Pastrana, González-Rodríguez y Borges-Hernández (2005) con el nombre de “factores familiares”. En el estudio de Davis y Friel (2001), el “contexto familiar” está conceptualizado a partir de la calidad y satisfacción de la relación madre-adolescente, del nivel de interacción, de las actitudes maternas hacia la sexualidad y de la comunicación sexual establecida con los hijos. Para Miller, Forehand y Kotchick (1999), las variables del “proceso familiar” están constituidas por el monitoreo maternal, comunicación general y sexual madre-adolescente y actitudes maternas hacia el comportamiento sexual de los adolescentes. Finalmente, en el estudio de Hovell et al. (1994) las “variables familiares” hacen referencia al amor y afecto de los padres.



Si bien los padres juegan un papel importante dentro de las relaciones familiares, se deja de lado la influencia de los hermanos en la socialización sexual (Widmer, 1997). En este sentido Feinberg, Sakuma, Hostetler y McHale (2013) señalan cómo los científicos sociales dan escasa importancia a las relaciones fraternas, aun cuando éstas impactan en la prevención de conductas de riesgo. En consecuencia, se torna prioritaria una mayor atención en la investigación sobre esta área (Buist, Deković, & Prinzie, 2013).

La importancia de estudiar las relaciones entre hermanos radica en la bidireccionalidad entre los procesos fraternos y los parentales. Por ejemplo, Brody (1998) analizó diversos estudios sobre cómo la crianza hostil de los padres afecta negativamente la cercanía entre hermanos. Por el contrario, cuando los padres tienen un alto nivel de afecto, autonomía, comunicación y control con los hijos, entonces éstos tienden a brindar consejos y explicaciones para ayudar a resolver los conflictos entre hermanos y fomentar así la cercanía entre los mismos (Milevsky, Schlechter, & Machlev, 2011). Pero también, las relaciones fraternas influyen en la conducta de los padres; por ejemplo, Perlman y Ross (1997) describieron cómo cuando los hermanos pelean, los padres pueden comportarse rudos y autoritarios o incluso retirarse del conflicto fraterno.

Así, la influencia familiar en el comportamiento sexual de riesgo del adolescente se torna no unidimensional, sino multidimensional (DiClemente et al., 2001), por tanto es imprescindible analizar en el contexto familiar no solamente las relaciones entre padres e hijos, sino también las relaciones establecidas entre los hermanos, porque éstos fungen como una fuente secundaria en la socialización sexual (Widmer, 1997). En el siguiente capítulo se describe cómo los hermanos favorecen la socialización sexual y se convierten en una influencia para llevar a cabo comportamientos sexuales de riesgo o prevención.

CAPÍTULO 4

INFLUENCIA FRATERNA EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO

Las relaciones fraternas son centrales en la vida de una persona, debido a su larga duración y porque los hermanos comparten las mismas experiencias familiares y una herencia genética, social y cultural común (Goetting, 1986). A pesar de lo anterior, Buist et al. (2013) y Feinberg et al., (2013) señalan que las relaciones fraternas se encuentran sumamente descuidadas en la investigación psicológica y se les resta importancia al impacto de éstas sobre la conducta.

Existen múltiples razones para investigar al grupo fraterno. Por ejemplo, en México, siete de cada diez mujeres han tenido hijos (INEGI, 2012a). Para el año 2012 el INEGI (2012b) reportó en el país una tasa de fecundidad⁶ de dos nacimientos por mujer. Por tanto, en México es muy común encontrar familias con dos hijos, en consecuencia, las personas tienen y cohabitan al menos con un hermano.

El hecho de convivir con un hermano, condiciona establecer una de las relaciones más largas durante la vida. Esta relación surge desde el nacimiento del hermano y terminan con la muerte (Buist et al., 2013; Campione-Barr, 2011; Craft-Rosenberg, Montgomery, Hill, Kauder, & Eisbach, 2011; Lucey, 2010). Debido a la duración de este tipo de relaciones y a la cohabitación en el mismo espacio físico, la convivencia se vuelve cotidiana y pasan mucho tiempo juntos. De acuerdo con Cicirelli (1994) y Diop-Sidibe (2005), en ocasiones, los hermanos conviven más tiempo entre ellos que con los padres. Cuando uno o ambos padres trabajan para mantener a la familia, los hermanos mayores se involucran en el cuidado de los hermanos menores, así adquieren un papel central en la familia como cuidadores.

Según Goetting (1986), este tipo de situaciones favorece delegar responsabilidades de cuidado hacia los menores. De esta forma, en ocasiones los hermanos mayores terminan fungiendo como sustitutos de los padres; sobre todo en los casos en los cuales los papás tienen una participación y compromiso nulo o

⁶ La tasa de fecundidad se refiere al número promedio de hijos que tuvo una mujer al final de su vida reproductiva.



deficiente con los hijos. En consecuencia, estas condiciones coadyuvan el fortalecimiento del vínculo afectivo fraterno. También, gracias a la cotidiana interacción entre hermanos se favorecen experiencias, las cuales impactarán en el ajuste psicosocial, en la relación con los amigos, con la pareja, así como en los comportamientos saludables y de riesgo (Feinberg et al., 2013).

Además, considerando las aportaciones de la Terapia Familiar Sistémica, las relaciones fraternas afectan a los hermanos y a los padres (cf. Minuchin, 1974; Minuchin & Fhisman, 2004). Desde la Teoría de Sistemas Familiares la organización, la estructura y las cualidades dinámicas de la familia impactan conjuntamente en el individuo, en consecuencia, las relaciones y personas integrantes del sistema familiar, influirán en el comportamiento de la persona (Steinglass, 1987). Por este motivo, desde esta perspectiva se hace énfasis en todas las relaciones establecidas al interior de la familia, incluyendo la relación entre hermanos (Lucey, 2010).

Una última razón para justificar la importancia de investigar las relaciones fraternas, radica en que los hermanos constituyen el primer laboratorio social, en el cual los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el marco de este contexto, los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. En el mundo fraterno se aprende a negociar, cooperar y competir. También, aprenden a lograr amigos, aliados y reconocimiento por sus habilidades. Pueden asumir posiciones diferentes en sus relaciones mutuas, y estas posiciones, asumidas tempranamente en el grupo de hermanos, pueden ser significativas en el desarrollo posterior de sus vidas (Minuchin, 1974).

En síntesis, las relaciones fraternas influyen en el ajuste psicosocial y en el aprendizaje de ciertas habilidades y comportamientos. Esta influencia está mediada por el contexto bajo el cual se desarrollan las interacciones entre hermanos, en consecuencia, vale la pena conocer las particularidades de estas relaciones y como éstas van cambiando a lo largo de la vida en función de las situaciones.

Las características centrales de las relaciones fraternas son principalmente el amor y la cercanía, así como el conflicto y la rivalidad (Buist et al., 2013). Sin



embargo, estos atributos van cambiando a lo largo del tiempo; por tanto, las relaciones entre hermanos se transforman, es decir, pasan por diversas etapas evolutivas. En cada una de estas etapas, las relaciones fraternas cambian de forma y función (Goetting, 1986), lo cual favorece un ajuste y reestructuración para adaptarse a las circunstancias actuales (Falicov, 1983).

Según Goetting (1986), las etapas del ciclo vital de las relaciones fraternas pueden dividirse en: a) niñez y adolescencia, b) adultez temprana y media, y c) adultez tardía y vejez. A continuación, se describen brevemente las características, funciones y tareas desarrolladas en cada uno de estos estadios.

En la primera etapa, referida a *la niñez y adolescencia* de los hermanos, se destaca una relación íntima e intensa. Las funciones principales de esta etapa son el acompañamiento, el apoyo emocional, las tareas de cuidado hacia los hermanos menores, así como el ejercicio de ciertos servicios fraternos.

El apoyo emocional en esta etapa, se refleja en el compañerismo, la amistad, el consuelo y el afecto. Estas condiciones ayudan a los hermanos para convertirse en amigos fieles y confidentes de confianza. La lealtad fraterna estrecha los vínculos y favorece la exclusión de los padres (Goetting, 1986).

Estas características son similares a las descritas por Enríquez, Sánchez y Robles (2011c) quienes evaluaron una muestra de estudiantes entre los 15 y 26 años (n=165) por medio de la Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas (Reyes-Lagunes, 1993). El objetivo del estudio fue obtener el significado de los estímulos “confianza” y “cercanía entre hermanos”. Para ambos sexos -no se encontraron diferencias significativas- la confianza fraterna está asociada con el amor, el respeto, el apoyo, los secretos y la amistad. Para el caso de la cercanía entre hermanos, las palabras definidoras fueron confianza, amor, apoyo y cariño. Los resultados indicaron una estrecha relación entre confianza y cercanía fraterna, atributos característicos de esta etapa definida por Goetting (1986).

Según Goetting (1986), estas características permiten a los hermanos brindar soporte emocional en situaciones difíciles, por ejemplo, cuando existe la necesidad de hablar sobre temas difíciles; como el uso de drogas recreativas y/o



sexualidad. Evidencia de lo anterior es el estudio de Kowal y Blinn-Pike (2004), quienes describieron una correlación positiva entre el nivel de calidez en la relación fraterna y las discusiones sobre sexo entre hermanos.

Respecto a las tareas de cuidado y protección en la etapa de *la niñez y adolescencia*, son las hermanas mayores quienes principalmente desempeñan estas funciones y a quienes se les delega esta responsabilidad debido a los estereotipos de género. Incluso, en algunas culturas, la hermana mayor se convierte en sustituta de los padres (Goetting, 1986).

El estudio de Enríquez, Arias, Sánchez y Robles (2011) confirma esta visión estereotipada respecto a las tareas de cuidado. Estos autores evaluaron el significado de lo que implica ser un hermano menor en población estudiantil de nivel medio y superior. Para las mujeres, el estímulo “hermano menor” estuvo asociado con la palabra definidora “consentido” y para los varones con “requiere cuidados”. Así, las mujeres se apegan a su rol afectivo para consentir y cuidar a los hermanos menores. Por su parte, los varones esperan que los hermanos menores sean cuidados por las mujeres, esto gracias a la ideología estereotipada de género, la cual prescribe en el hombre un rol instrumental y no afectivo (*cf.* Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005). Es importante señalar que los hermanos tienen un estilo de cuidado diferente al parental, sus estilos de cuidado se caracterizan por brindar menos explicaciones, sugerencias y ejercer frecuentemente el castigo físico (Goetting, 1986).

Asimismo Goetting (1986) describe cómo en esta etapa surgen formas específicas de mutua ayuda, por ejemplo, los hermanos se apoyan para hacer frente común contra los padres por alguna situación, para negociar con ellos o reducir la gravedad percibida de un acto de mala conducta (por ejemplo, *yo no soy el único que lo hizo*). También se protegen mediando las relaciones con los padres para evitar una confrontación directa y por tanto una situación potencialmente destructiva. Cuando los padres ejercen hostilidad, debilidad o se encuentran ausentes, los hermanos desarrollan un intenso sentido de cooperación, lealtad, solidaridad y ayuda mutua incluso hasta la edad adulta.



Esta unión de varios integrantes de la familia para mutuo beneficio (por ejemplo los hermanos) en contra de un tercero (por ejemplo, los padres) es una configuración denominada coalición (Minuchin, 1974; Minuchin & Fhisman, 2004) y según lo señalado por Goetting (1986) es común en las relaciones fraternas adolescentes.

Asimismo, los hermanos fungen como traductores de sus pares ante los padres, favoreciendo siempre de forma beneficiosa al hermano (por ejemplo, *se robó el dinero porque sus amigos de la escuela lo amenazaron*). Se debe agregar, los hermanos mayores también traducen y predicen a los hermanos menores el comportamiento de los padres. Alertan de algún castigo potencial, informan sobre el estado de ánimo y actitudes parentales, además de las consecuencias de trasgredir las reglas impuestas (Goetting, 1986).

Por estos motivos, los hermanos mayores son considerados como maestros, mentores y amigos de los hermanos menores (Craft-Rosenberg et al. 2011). Enríquez, Arias et al. (2011) confirmaron este aspecto al describir en su estudio como el rol del hermano mayor está estrechamente relacionado con la amistad, el apoyo, la protección y la guía. Por otro lado, no todo el tiempo los hermanos se ayudan y se apoyan para hacer frente común ante los padres. El conflicto y la rivalidad fraterna se tornan cotidianos e inherentes a este tipo de relaciones. Según Campione-Barr (2011) los primeros conflictos entre hermanos surgen en la infancia, luego la frecuencia de éstos incrementa en la adolescencia para alcanzar su máximo y finalmente merman en la edad adulta.

Los hermanos adolescentes pelean principalmente por: 1) la igualdad y la equidad, por ejemplo, los conflictos surgen a partir de determinar a quién le toca hacer las tareas domésticas, 2) por la invasión del dominio personal, por ejemplo, el préstamo de cosas sin preguntar, 3) el trato diferenciado de los padres, el cual puede ser debido a la invalidez de uno de los hermanos o por la edad de los hermanos, 4) por el estrés familiar, y 5) por estados emocionales negativos en la familia, como por ejemplo, los conflictos conyugales⁷ (Campione-Barr, 2011) o la crianza hostil (Brody, 1998).

⁷ Ver Capítulo II respecto a la Teoría del Desbordamiento (Spillover Theory).



Sin embargo, los conflictos fraternos se convierten en una situación potencial de aprendizaje, en la cual se puede favorecer la adquisición de ciertas habilidades como la negociación, la cooperación y la resolución de problemas. Así, cuando resuelven sus problemas y diferencias, en realidad están propiciando el entrenamiento de ciertas habilidades, las cuales utilizarán en el futuro en sus relaciones extra familiares (Campione-Barr, 2011; Minuchin, 1974).

Finalmente, en esta etapa de *la niñez y adolescencia*, los hermanos se brindan ciertos servicios, como por ejemplo, el préstamo de dinero, protección mutua y como se ha descrito anteriormente, la enseñanza de habilidades (Goetting, 1986).

La adultez temprana y media de los hermanos es la segunda etapa señalada por Goetting (1986), la cual incluye aquellos años en los cuales un individuo ya no cohabita con sus padres y hermanos porque se encuentra involucrado activamente con su pareja e hijos. En este periodo, el contacto con los hermanos disminuye debido al matrimonio, al ejercicio de la parentalidad, a la actividad laboral y en ocasiones por la distancia geográfica. También, conforme avanza la edad, se disminuyen las visitas con los hermanos, sin embargo; el apoyo fraterno continúa pero con menor intensidad.

La investigación de Spitze y Trent (2006) permite entender algunas de las características fraternas en esta etapa de la vida. Este estudio se centró en analizar la cercanía, el contacto y la ayuda que los hermanos norteamericanos se brindan en la edad adulta. Para cubrir este objetivo, evaluaron a 1 568 individuos por medio de auto informes. Los resultados muestran que los hermanos se ven con frecuencia, en promedio, tres veces al mes. En general, los participantes perciben la relación con sus hermanos como cálida y cercana.

Asimismo, en este periodo de la adultez, las hermanas tienden a llevarse mejor que los hermanos, ellas muy frecuentemente se hablan por teléfono o se escriben, aspecto no tan común entre las diadas fraternas de varones y mixtas (hombre-mujer). También, las mujeres informaron llevarse bien con sus hermanos no importando el sexo. En esta etapa de la vida, prevalece el ejercicio del rol afectivo femenino, porque son las mujeres quienes generalmente cuidan a los



hijos de sus hermanos (sobrinos); sin embargo, esto difícilmente sucede con los hombres.

Los estudios citados anteriormente evidencian la existencia de sentimientos fraternos positivos, aunque en esta etapa los hermanos dejan de ser confidentes. También, en este estadio es común preocuparse respecto a si el hermano se encuentra bien y puede existir una comparación constate respecto a los éxitos alcanzados por los otros hermanos (Goetting, 1986). Por tanto, los hermanos también se convierten en rivales a vencer, es decir, en competidores (Craft-Rosenberg et al., 2011).

Además, se debe señalar que los problemas de salud de los padres reactiva la relación fraterna. Así, surgen tareas de cooperación para el cuidado de los padres en el proceso de decadencia y muerte. De esta forma, los hermanos desarrollan ciertas actividades para organizar los asuntos de los padres, una vez que éstos han muerto, como por ejemplo, la división de bienes o liquidación de obligaciones (Goetting, 1986).

Finalmente, la última etapa del ciclo vital fraterno propuesto por Goetting (1986) es la *adultez tardía y vejez* de los hermanos. Este periodo hace referencia a los años posteriores a la jubilación, es decir, cuando la persona ya no participa en actividades de remuneración económica. Para este momento de la vida, es muy probable que los hijos hayan salido del hogar para crear su propia familia.

Estas condiciones favorecen una contracción del mundo individual debido a la muerte de los padres y al declive del rol parental. Por tanto, los hermanos se vuelven a convertir en personas importantes, lo cual favorece una profunda compatibilidad y una mayor expresión de sentimientos (Goetting, 1986). Lucey (2010) señala que conforme aumenta la edad, la relación fraterna puede llegar a ser más significativa.

El apoyo y la ayuda recibida por los hermanos es mínima debido a la disminución de salud y a las limitaciones de movilidad asociadas con la edad avanzada. La ayuda fraterna en este periodo es más bien de orden socioemocional (Goetting, 1986).



Los consejos entran dentro de esta categoría, éstos se convierten en uno de los apoyos principales, aunque Spitze y Trent (2006) demostraron cómo los consejos generalmente se dan entre hermanas o entre hermanos –diadas fraternas del mismo sexo-, es difícil encontrar por ejemplo un hombre que aconseje a su hermana.

Según Goetting (1986), las principales situaciones en las cuales se pide y ofrece ayuda a los hermanos es en caso de enfermedad, de problemas económicos, para tomar decisiones críticas, para llevar acabo transacciones comerciales, para desarrollar algunas tareas domésticas, para transportarse y para salir de compras.

Se tiene evidencia empírica sobre el tipo de ayuda fraterna, la cual es diferente en hombres y mujeres. Por ejemplo, los hermanos tienden a proveer y facilitar transporte para sus hermanas; sin embargo, no existen estas facilidades cuando se trata de ayudar a un hermano varón. También, los hombres tienden a realizar reparaciones a las pertenencias de sus hermanas, pero difícilmente las hermanas ayudan a reparar objetos para los hermanos (Spitze & Trent, 2006).

Quizás la tarea fraterna más importante en este periodo se refiere a la reminiscencia compartida y a la validación perceptual. Debido a que los hermanos tienen biografías comunes pueden evocar recuerdos para validar y esclarecer los acontecimientos del pasado, para así, ponerlos en perspectiva madura. Finalmente, en esta etapa, en ocasiones se llega a resolver alguna rivalidad fraterna creada en el pasado (Goetting, 1986).

A manera de conclusión, las relaciones fraternas cambian a lo largo de la vida, estas transformaciones dependen en gran medida, de las demandas realizadas en cada una de las etapas del ciclo vital fraterno. La *niñez* y la *adolescencia* son críticas y transcendentales, es en esta etapa donde se genera una atmósfera de calidez, contención y afecto en gran escala. Bajo este contexto, se favorecen ciertos aprendizajes, los cuales serán utilizados en el futuro para relacionarse extra familiarmente con otras personas y tener un adecuado ajuste psicosocial.



Así, las relaciones fraternas se pueden volver tan importantes para un individuo, que incluso pueden influir en diversos ámbitos de su vida; por ejemplo, en diversas conductas problemáticas -típicas de la adolescencia- (Feinberg et al., 2013), en la conducta alimentaria (de Leeuw, Snoek, van Leeuwe, van Strien, & Engels, 2007), en el desarrollo de psicopatologías graves (Buist et al., 2013) o incluso en la conducta sexual (Widmer, 1997), la cual cobra relevancia al conjugarla con la influencia fraterna y las demandas de la adolescencia.

Considerando lo anterior, se puede describir una coyuntura de dos elementos centrales: 1) una relación fraterna intensa basada en el apoyo, el cuidado, el amor y el conflicto (Goetting, 1986), y 2) el despertar sexual; en la adolescencia se incrementan las probabilidades de debutar sexualmente y de tener múltiples parejas sexuales (Antona et al., 2003).

Bajo este contexto, los hermanos se constituyen como una fuente secundaria en la socialización sexual⁸ durante la adolescencia (Widmer, 1997). Considerar la influencia de las relaciones fraternas en la conducta sexual, es central porque los hermanos mayores son agentes de socialización y modelos para los hermanos menores (Brody, 1998), por tanto, se constituyen como una influencia significativa en la ejecución de comportamientos sexuales de riesgo (Rodgers, Rowe, & Harris, 1992).

Cuando existe una relación fraterna estrecha y positiva, se generan oportunidades para observar y aprender a través de la interacción y la imitación (Buist et al., 2013). En consecuencia, surge una similitud de cogniciones y comportamientos entre hermanos debido a la influencia del mayor hacia el menor (cf. Feinberg & Hetherington, 2000), pero cuando hay rencor fraterno, la conducta modelada tiene menor probabilidad de adoptarse (Brody, 1998).

En esta misma línea de pensamiento, la calidez de las relaciones fraternas no solamente favorece el modelamiento y la imitación de comportamientos, sino también la comunicación. Kowal y Blinn-Pike (2004) describieron una correlación positiva entre la percepción de la calidez de la relación fraterna y las discusiones sobre sexo. Los autores señalan cómo la calidez de la relación favorece la

⁸ La primera fuente de socialización sexual son los padres (ver capítulo 3).



comunicación para brindar consejos y abrir discusiones sobre comportamientos sexuales seguros entre los hermanos. Incluso, los mayores pueden llegar a proteger a los menores fomentando prácticas sexuales seguras, aun cuando éstos tengan comportamientos de riesgo. Wallace (2008) apoya estos resultados y describe la cercanía fraterna como una condición necesaria para que los hermanos mayores brinden información sobre salud sexual a los hermanos menores.

La barrera generacional de los hermanos también juega un papel importante dentro de este tipo de relaciones, porque los hermanos comparten experiencias y opiniones similares sobre el sexo, por ende, pueden entender mejor sus puntos de vista en comparación con los adultos (Kowal & Blinn-Pike, 2004). Asimismo, existe mayor comodidad para hablar con ellos sobre temas relacionados con la sexualidad (Wallace, 2008).

Por tanto, estas condiciones favorecen la influencia fraterna en el comportamiento sexual de riesgo. La evidencia empírica sugiere que los hermanos mayores varones con experiencia sexual presionan a los hermanos menores para tener actividad sexual (Wallace, 2008). Así, esta experiencia previa de los mayores se relaciona con el debut sexual de los menores (Widmer, 1997). Incluso, los hermanos menores tienden a iniciar su vida sexual a edades más tempranas en comparación con la de sus hermanos mayores (Haurin & Mott, 1990).

También, el debut sexual precoz está relacionado con tener hermanos mayores con hijos fuera del matrimonio (Diop-Sidibe, 2005; East, 1996), lo cual favorece la intención de tener actividad sexual (East, Felice, & Morgan, 1993) y actitudes permisivas hacia el sexo en los hermanos menores (East & Kiernan, 2001).

La mayor parte de los estudios están centrados en describir la influencia fraterna en la edad del debut sexual (Diop-Sidibe, 2005; East, 1996; Haurin & Mott, 1990; Widmer, 1997), en la intención de tener actividad sexual (East et al., 1993), en las actitudes hacia el sexo (East & Kiernan, 2001) o en la comunicación sexual fraterna (Kowal & Blinn-Pike, 2004); sin embargo, estas investigaciones no



evalúan si los hermanos influyen en una conducta clave para la prevención del VIH, la consistencia en el uso del condón.

En el estudio de East y Kiernan (2001), sí se evalúa la frecuencia del uso del preservativo, pero la investigación excluye las diadas conformadas por varones con el rol de hermano mayor y se centra exclusivamente en las diadas fraternas de hermana mayor-hermano/a menor.

Cuando en el análisis de las relaciones fraternas no se consideran las posibles combinaciones de diadas por sexo, se puede generar una confusión en la interpretación de los resultados (Widmer, 1997); además, es fundamental la inclusión del género porque los resultados de la influencia fraterna son diferenciales por sexo (Diop-Sidibe, 2005; Haurin & Mott, 1990).

Se ha documentado cómo en las relaciones fraternas del mismo sexo se genera mayor compatibilidad, calidez y cercanía. También es común encontrar mayor influencia fraterna en el comportamiento sexual de estas diadas debido a la solidez de la relación (*cf.* Diop-Sidibe, 2005; Haurin & Mott, 1990; Wallace, 2008). Pero además, en el caso de las diadas fraternas de mujeres se destaca el compañerismo y la intimidad, a diferencia de las diadas de hermanos varones y mixtas (*cf.* Kowal & Blinn-Pike 2004; Spitze & Trent, 2006).

Los estudios revisados anteriormente tienen ciertas particularidades: 1) evalúan la influencia del hermano mayor hacia el menor, sin embargo se sabe poco sobre cómo los hermanos menores impactan en el comportamiento de los mayores (Whiteman & Christiansen, 2008), 2) destacan una influencia negativa en el comportamiento sexual de los hermanos menores y en la opinión de Kowal y Blinn-Pike (2004) es importante evaluar si los hermanos mayores impactan positivamente en la conducta sexual de sus hermanos menores, y 3) se centran principalmente en evaluar la influencia del hermano mayor sobre el menor respecto a la del debut sexual, la intención de tener actividad sexual y las actitudes permisivas sobre el sexo, pero no se evalúa el uso del condón como una conducta específica para la prevención del VIH.

Concluyendo, los hermanos se conformarían como un subsistema, el cual cumple una función socializadora secundaria –después de los padres-, lleva a



cabo una mediación entre las interacciones padre-hijos y funge como un grupo de aprendizaje a través del modelamiento, la observación y la imitación, lo cual favorecerá ciertos aprendizajes, conductas y desarrollo de habilidades, las cuales se pondrán en juego en las relaciones extra familiares, como por ejemplo, en la relación de pareja.

Esta influencia fraterna se podría ver reflejada en las creencias, conocimientos, percepciones, motivaciones, conductas y habilidades necesarias para llevar a cabo la conducta sexual protegida. Sin embargo, se requiere determinar en qué medida la influencia fraterna impacta de forma directa o se constituye como una variable mediadora de los comportamientos sexuales preventivos y/o de la conducta de sexo seguro.

De esta forma, se vuelve imperante considerar en el análisis del comportamiento sexual protegido no solamente las variables culturales, parentales y fraternas, sino también las variables psicosociales y conductuales del individuo en el contexto particular del acto sexual. Por tanto, en el siguiente capítulo se describe cómo las variables del contexto, de la pareja y factores individuales se tornan fundamentales en la explicación del comportamiento sexual protegido y preventivo.

CAPÍTULO 5

VARIABLES PSICOSOCIALES, CONDUCTUALES Y CONTEXTUALES ASOCIADAS AL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO

Las prácticas sexuales de riesgo, según la revisión realizada por Enríquez y Sánchez (2004), están asociadas con tener un alto número de compañeros sexuales, una elevada frecuencia de cambio de pareja y la falta de uso del preservativo y/o la utilización incorrecta de métodos de protección y/o anticonceptivos.

Estas prácticas pueden favorecer embarazos no planeados y no deseados, (Manlove, Logan, Moore, & Ikramullah, 2008), muchos de los cuales terminan en abortos (Tinoco, 2009), lo cual incrementa las posibilidades de generar daños para la salud de la madre y el hijo (Bailón, Coutado, González, Fuentes, & López, 2001). Otro riesgo potencial de las prácticas sexuales de riesgo son las ITS. Diariamente en el mundo ocurren 100 millones de relaciones sexuales y casi medio millón terminan en alguna ITS (Esquivel, Casanova, & Uc, 2001). Estas infecciones además de generar severas consecuencias para la salud física, en su mayoría, son asintomáticas, por tanto, su detección y tratamiento son un desafío (Malhotra, 2008).

Una ITS que hoy día constituye un problema serio de salud mundial por no tener cura y ser mortal, es el VIH que causa el SIDA. Actualmente en el mundo viven 34 millones de personas infectadas con este virus (ONUSIDA, 2012) y en México, los adolescentes se constituyen como una población clave en este problema de salud, ya que aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones, se producen en personas entre los 10 y 24 años de edad (CENSIDA, 2010).

Los datos expuestos anteriormente reflejan las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo y evidencian los comportamientos que los adolescentes están llevando a cabo en el momento de relacionarse sexualmente con su(s) pareja(s). Por tanto, la investigación desarrollada en el terreno de la salud sexual se ha encaminado hacia la identificación de los factores que hacen



más probable que las personas tengan conductas sexuales saludables y preventivas para evitar el contagio de alguna ITS –incluido el VIH/SIDA- o embarazos no planeados. Entre estos comportamientos se encuentran la abstinencia sexual, el sexo seguro (besos y caricias) y el sexo protegido (uso del condón) (Bárcena et al., 2011).

De acuerdo con CENSIDA (2005), el uso del condón es una de las formas más efectivas para prevenir embarazos, el VIH/SIDA y otras ITS, siempre y cuando se utilice correcta y consistentemente. Así, la acción de usar o no un preservativo, se torna clave para prevenir diversos problemas de salud sexual, por este motivo, Sánchez-Sosa (2007) considera que el estudio de la conducta es central en el problema del VIH/SIDA. En consecuencia, la investigación psicológica encaminada hacia la prevención, pone especial interés en el estudio de las variables que hacen más probable la ocurrencia de un comportamiento clave, la conducta de usar un condón (Bárcena et al., 2011).

Este interés de los profesionales por la conducta sexual protegida favoreció la construcción de una gran variedad de teorías y modelos psicológicos centrados en predecir la conducta saludable, en general, y la conducta sexual protegida, en particular (Bárcena et al., 2011; Noar, 2007). En la Tabla 3 se describe brevemente los modelos de salud más utilizados para explicar/predecir o cambiar el comportamiento sexual de riesgo por uno preventivo.

Tabla 3

Descripción de los modelos psicológicos de la salud utilizados para explicar/predecir el comportamiento sexual protegido o para cambiar el comportamiento sexual de riesgo por uno preventivo.

Modelo de salud	Resultados
Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994): para llevar a cabo la conducta sexual protegida es necesario que la persona: a) se perciba susceptible de tener o infectarse de dicha enfermedad, b) valore la gravedad de la enfermedad y las consecuencias, c) realice una acción factible y eficaz para reducir la susceptibilidad percibida, para obtener beneficios para la salud. Los factores socio demográficos juegan un papel mediador entre las variables del modelo. Este modelo está interesado en la explicación y predicción del comportamiento más que en el cambio conductual.	La susceptibilidad percibida de los adolescentes de contagiarse de alguna ITS o del VIH está relacionada positivamente con el comportamiento sexual preventivo (DiClemente et al., 2007; Schmidt, Krasnik, Brendstrup, Zoffmann, & Larsen, 1989).



Continuación Tabla 3

Modelo de salud	Resultados
<p>Modelo basado en la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social (Bandura, 1986; 1994): la conducta sexual protegida depende principalmente de las creencias que tiene un apersona acerca de sus capacidades para ejecutar una conducta específica (usar condón) y lograr con éxito el resultado deseado (autoeficacia percibida). La autoeficacia percibida dependerá de: a) el nivel de información que posee la persona, b) la valoración de las consecuencias del comportamiento a realizar, c) las metas que se pretenden alcanzar, d) de los estados emocionales, e) de determinantes conductuales como la planeación para llevar a cabo la acción y la auto regulación de la conducta, y f) de factores ambientales como barreras y recursos externos para ejecutar la conducta preventiva. Este modelo está interesado en la explicación y predicción del comportamiento más que en el cambio conductual.</p>	<p>La autoeficacia es un excelente predictor de la conducta sexual preventiva (DiClemente et al., 2007; Elifson, Klein, & Sterk, 2008; Robles, 2005; Robles et al., 2006). Se ha documentado que la auto eficacia puede variar a partir del sexo, los hombres tienen mayor nivel de auto eficacia percibida para usar el preservativo en sus relaciones sexuales en comparación con las mujeres (Farmer & Meston, 2006; Fernández-Esquer, Atkinson, Diamond, Useche, & Mendiola, 2004; Meekers & Klein, 2002).</p>
<p>Modelo basado en la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975): para llevar a cabo la conducta sexual protegida se torna indispensable tener la intención de usar preservativo. La intención va a depender de: a) las actitudes hacia la conducta, y b) de las creencias normativas de ciertos individuos o grupos (norma subjetiva). Este modelo está interesado en la explicación y predicción del comportamiento más que en el cambio conductual.</p>	<p>Dentro de este modelo, la intención para usar el preservativo ha resultado ser el mejor predictor del comportamiento sexual protegido según los resultados reportados por Bryan, Schindeldecker y Aiken (2001); Schaalma, et al. (2009), y dicho hallazgo se confirma con los meta análisis realizados por Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile (2001); y de Sheppard, Hartwick y Warshaw (1988).</p>
<p>Modelo basado en la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985): la conducta sexual protegida puede ser explicada con los mismos elementos de la Teoría de la Acción Razonada propuesta por Fishbein y Ajzen (1975), siempre y cuando se incluyan las valoraciones individuales sobre la facilidad-dificultad de llevar a cabo la conducta preventiva (control conductual percibido). Este modelo está interesado en la explicación y predicción del comportamiento más que en el cambio conductual.</p>	<p>El control conductual percibido se torna un predictor de la intención de usar preservativo según Ben Natan, Danilov y Evdokimovitz (2010); Glanz, Rimer y Lewis (2002) y Albarracin et al. (2001).</p>
<p>Modelo de Información, Motivación y Conducta (Fisher & Fisher, 1992): para llevar a cabo la conducta sexual protegida se requiere: a) información, es decir, conocimientos sobre lo que hay que hacer para estar saludables, b) motivación, haciendo referencia a las actitudes, las normas sociales, la vulnerabilidad percibida y la percepción de costos-beneficios, y c) habilidades conductuales para llevar a cabo la conducta. Este modelo está interesado en la explicación y predicción del comportamiento más que en el cambio conductual.</p>	<p>Los estudios de Jaworski y Carey (2001) y de Tulloch, McCaul, Miltenberger y Smyth (2004) muestran cómo la vinculación entre variables cognitivas y conductuales hacen más probable la conducta sexual preventiva.</p>
<p>Modelo Integral de Cambio Conductual (Fishbein, 2000): integra los modelos antes mencionados en uno solo. Incorpora dos nuevos elementos que pueden cambiar el valor predictivo de las intenciones para usar preservativo: a) habilidades conductuales (habilidades de comunicación sexual con la pareja y negociación del condón) y b) límites ambientales (como la población bajo estudio –jóvenes, universitarios, etcétera.-, tipo de pareja – ocasional o estable- y el tipo de práctica sexual. También incluye variables distales, las cuales de manera indirecta afectan el valor predictivo de las intenciones para usar preservativo (edad, sexo, raza, etcétera). Este modelo se inteesa por el cambio conductual más que por la explicación y predicción del comportamiento.</p>	<p>El modelo es consistente (Rhodes, Stein, Fishbein, Goldstein, & Rotheram-Borus, 2007) y funcional para el diseño de intervenciones dirigidas a reducir los comportamientos sexuales de riesgo (Gallegos, Villaruel, Loveland, Ronis, & Zhou, 2008).</p>



Continuación Tabla 3

Modelo de salud	Resultados
<p>Modelo de Reducción de Riesgo (Catania, Kegeles, & Coates, 1990): el objetivo de este modelo es disminuir la ocurrencia de comportamientos sexuales de riesgo. El modelo tiene tres etapas de cambio: a) percibir el comportamiento como riesgoso y reconocer las habilidades personales para llevar a cabo conductas con el objetivo de reducir el riesgo, b) tomar una decisión para efectuar el cambio de conducta, c) llevar a cabo el cambio de conducta. Este modelo está interesado en el cambio conductual más que en la explicación y predicción del comportamiento.</p>	<p>Kowalewski, Longshore y Anglin (1994) describieron como el nivel de conocimientos predice la percepción de riesgo sobre infectarse de SIDA (Etapa I). Por su parte Kline y VanLandingham (1994) señalaron que entre las motivaciones femeninas para tomar la decisión de usar condón (Etapa II y III) se encuentran la percepción de influir en el hecho de que la pareja use preservativo, tener compañeros sexuales infectados por VIH y tener parejas que no desean tener más hijos.</p>
<p>Modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983): es un modelo interesado en explicar cómo las personas cambian de un comportamiento sexual de riesgo a uno preventivo. El modelo tiene cinco etapas de cambio: 1) Precontemplación, centrada en el desconocimiento de las conductas que ponen en riesgo la salud, 2) Contemplación, la persona advierte la conducta que lo pone en riesgo y esto genera motivación para el cambio, 3) Determinación, considerar el cambio de conducta, 4) Acción, trabajo activo para modificar el comportamiento de riesgo, y 5) Recaída, la persona inicia nuevamente el ciclo por dejar de emitir la conducta preventiva, lo cual es atribuido a la escasa motivación o al uso de una estrategia inadecuada. Este modelo está interesado en el cambio conductual más que en la explicación y predicción del comportamiento.</p>	<p>Los resultados de la investigación de Naar-King et al. (2006) mostraron que la autoeficacia percibida, media la relación entre la etapa de cambio propuesta por el modelo y los actos sexuales no protegidos. A su vez, el apoyo social para la reducción de riesgo se asoció con un aumento de la autoeficacia. Por su parte, Arden y Armitage (2008) describieron a partir de un análisis de función discriminante, que las etapas de cambio podrían ser discriminadas entre sí transversalmente, y las variables propuestas por el modelo permiten predecir la mayoría de las transiciones entre las etapas de cambio.</p>

Los modelos de salud descritos en la Tabla 3 comparten una serie de características, por ejemplo, todos éstos analizan variables de carácter individual, es decir, toman en cuenta el nivel de conocimientos que se posee, las percepciones, valoraciones, intenciones, actitudes, motivaciones y creencias de un individuo respecto a una situación particular (p. ej. el momento en el cual se tienen relaciones sexuales) para llevar a cabo una conducta específica (p. ej. usar o no el condón) (Noar, 2007). Por tanto, el supuesto subyacente de estos modelos es que el ser humano es racional y sus cogniciones afectan directamente al comportamiento sexual (Moreno, García, Rodríguez, & Díaz-González, 2007), motivo por el cual hay constructos compartidos de orden psicosocial en los diferentes modelos.

Dentro de estos constructos, la intención para usar el preservativo ha resultado ser el mejor predictor del comportamiento sexual protegido según los resultados reportados por Bryan et al. (2001); Ben Natan et al. (2010); Schaalma et al. (2009), y dicho hallazgo se confirma con los meta análisis realizados por



Albarracín et al. (2001) y Sheppard et al. (1988). Sin embargo, cuando no se toman en cuenta las intenciones, los predictores del uso del condón resultan ser otras variables, como por ejemplo, la autoeficacia para usar el preservativo (Elifson et al. 2008; Robles, 2005; Robles, Piña, Frías, et al., 2006) o las actitudes hacia el condón (Farmer & Meston, 2006; Gómez & Marín, 1996; Robles, 2005; Robles, Piña, & Moreno, 2006).

Los valores de estos predictores psicosociales dependen en gran medida de las características sociodemográficas de la muestra evaluada y de las variables consideradas como predictoras en el análisis de regresión lineal. Por ejemplo, las variables predictoras de la conducta de uso del condón pueden cambiar dependiendo de la medida de dicha conducta (proporción de encuentros sexuales protegidos *versus* frecuencia del uso del condón) (Robles, 2005), del sexo (Jemmott, Jemmott, & Villarruel, 2002; Meekers & Klein, 2002; Robles, Piña, Frías, et al., 2006), el nivel educativo (Meekers & Klein, 2002), la edad, religión y la etnia de quien usa el preservativo (Jemmott et al., 2002).

Si bien estas variables demográficas son importantes y se encuentran relacionadas con las creencias, sentimientos, percepciones y valoraciones de una persona (Rosentock et al., 1994), también se requiere considerar el tipo de variables elegidas para el análisis de predicción de la conducta sexual protegida. Estudios como los de Noar, Carlyle y Cole (2006); Oladosu (2002); Pérez de la Barrera y Pick (2006) y Robles (2005) muestran que cuando en los análisis de predicción se incluyen variables conductuales y psicosociales, las primeras se constituyen como los mejores predictores del uso del condón. En este sentido, lo que una persona hace o ha hecho en el pasado (experiencia conductual) se consolida como un factor clave en la predicción de la conducta del uso del condón, por encima de las variables psicosociales.

Por consiguiente, es importante no considerar solamente lo que un individuo sabe, cree, siente, percibe y valora, sino también “*qué hace y cómo hace*” para llevar a cabo la conducta sexual protegida. Ésta es una razón por la cual, en otros modelos teóricos (como en el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales y el Modelo Integral), además de considerar aspectos



psicosociales, se incluyen variables conductuales individuales y de relación con la pareja (Noar, 2007). Así, se puede distinguir las acciones que implican que una persona lleve a cabo de manera individual una conducta, como por ejemplo, la habilidad para usar correctamente el condón (Oladosu, 2002), de aquellas que implican relacionarse con la pareja, como por ejemplo, convencerla de utilizar el preservativo en el acto sexual (Robles & Díaz-Loving, 2006).

En el primer caso, se ha documentado cómo tener la habilidad de usar correctamente un preservativo disminuye las posibilidades de que éste se rompa en el momento del acto sexual (Oladosu, 2005) e inclusive refuerza las creencias respecto a la capacidad del individuo para usarlo en el momento adecuado (Cabrera, Olvera, & Robles, 2006). Por ello, anteriormente se mencionó que lo que las personas hacen o han hecho (experiencia conductual) suele ser un buen predictor de la conducta sexual preventiva (Noar et al. 2006), pero éstas, a su vez, se relacionan con los aspectos psicosociales (Pérez de la Barrera & Pick, 2006; Robles, 2005), por tanto, considerar ambos elementos resulta fundamental en la predicción y explicación del comportamiento sexual protegido.

Naturalmente, el hecho de que una persona tenga niveles de conocimientos elevados sobre ITS/VIH/SIDA, creencias favorables sobre el condón, actitudes positivas hacia el preservativo, así como la intención y la habilidad para utilizarlo correctamente, no garantiza su uso en las relaciones sexuales, porque para llevar a cabo el acto sexual se requiere de otra persona (la pareja), que igualmente tiene sus propias percepciones, creencias, actitudes e intenciones de usar o no el condón en el momento de relacionarse sexualmente (Noar, 2007). Por esta razón, se tienen que considerar las acciones que la persona emprende para hablar con la pareja y negociar el uso del condón (Robles, Moreno, Rodríguez, & Díaz-González, 2007), de tal forma que una vez que se llegue a un acuerdo para usarlo, se pueda poner en práctica esta otra habilidad de usarlo correctamente.

Lo anterior demuestra que, si bien es necesario considerar los aspectos psicosociales y conductuales, la conducta sexual protegida también depende de cómo la persona se relaciona con su pareja para acordar la forma en la cual protegerán su salud, esto incrementa o disminuye las posibilidades de usar



preservativo en las relaciones sexuales. Por tanto, hay modelos que han respondido a la necesidad de considerar estas formas de relacionarse con la pareja (Noar, 2007; Noar et al., 2006), incluyendo aspectos que tienen que ver con la habilidad para discutir temas sexuales específicos (Zamboni, Crawford, & Williams, 2000), para comunicarse asertivamente (Robles et al., 2007) y para negociar el preservativo (Robles & Díaz-Loving, 2006; Robles & Díaz-Loving, 2011).

Existe evidencia, la cual muestra cómo estos elementos tienen una relación estrecha con la conducta del uso del condón, así, lo que el individuo hace y cómo lo hace tiene un impacto en la pareja para favorecer que ésta acepte, acceda o coopere para usar el preservativo. Lo anterior se ilustra en el meta análisis realizado por Noar et al. (2006), quienes concluyeron que el comunicarse sexualmente con la pareja, tiene una relación con el uso del preservativo; sin embargo, dicha relación se vuelve más significativa cuando las parejas hablan específicamente sobre usar el condón. De igual forma, si alguno de los miembros de la pareja es asertivo y expresa su sentimiento y el deseo de usar el preservativo, se incrementan las posibilidades de usarlo en la relación sexual, incluso se ha demostrado que la comunicación sexual con la pareja es un predictor del uso del condón (Pérez de la Barrera & Pick, 2006).

Uno o ambos miembros de la pareja pueden hablar con mucha frecuencia sobre diversos temas sexuales; como por ejemplo, usar condón, e inclusive manifestar en el momento previo al acto sexual la opinión, el deseo y la necesidad de usar el preservativo; sin embargo, si no se tiene la habilidad para negociarlo, es probable que se lleve a cabo la relación sexual sin protección, debido a que se corre el riesgo de que la persona se ajuste a la decisión de la pareja de no usarlo o evitar resolver el conflicto de solicitar y llegar a un acuerdo respecto a cómo cuidar su salud sexual (Robles & Díaz-Loving, 2006; Semple, Patterson & Grant, 2000).

También pueden considerarse en el estudio de los factores conductuales que hacen probable el uso del condón, variables referidas a comportamientos gestuales o no verbales, ya que, por ejemplo, sacar un condón sin decir nada y



ponerlo sobre la cama o colocar sobre el tocador algún folleto sobre sexo para garantizar que la pareja lo observe y lo lea (Lam, Mak, Lindsay, & Russell, 2004; Otto-Salaj et al., 2008) son conductas y están encaminadas al objetivo de convencer a la pareja de usar protección en los encuentros sexuales. Tschann, Flores, de Groat, Deardorff y Wibbelsman (2010) señalan que algunas de las estrategias más efectivas para negociar el preservativo con la pareja son: informar al compañero sexual sobre el riesgo, la comunicación directa y la comunicación no verbal. Por el contrario, una estrategia poco eficaz es ignorar a la pareja cuando ésta solicita el condón, así que, si el individuo no tiene la habilidad suficiente para contrarrestar las acciones de su pareja (por ejemplo, ignorar su petición de usar condón) muy probablemente se ajuste al comportamiento de la pareja y no utilicen el preservativo en el acto sexual.

Si bien es importante considerar las estrategias (verbales y no verbales) utilizadas en la negociación del preservativo, Robles y Díaz-Loving (2011) señalan que también se requiere entender y analizar la forma particular en la que una persona negocia el uso del preservativo con su pareja sexual, es decir, si el individuo centra su atención en cubrir las necesidades e intereses de su pareja, dejando de lado los suyos propios (estilo de acomodación); si la persona se centra en cubrir sus propios intereses sin tomar en consideración la opinión de su pareja (estilo de imposición); o bien si no hay preocupación o interés por buscar el beneficio propio ni el de la pareja respecto a protegerse de alguna ITS o del VIH/SIDA (estilo de evitación).

De esta forma, Robles y Díaz-Loving (2011) describieron la relación que tienen ciertos estilos de negociación, con el uso del preservativo. Los resultados de este estudio muestran que un estilo como el de equidad y/o colaboración se relaciona significativamente con la conducta de usar preservativo, es decir, cuando un miembro de la pareja está preocupado por sí mismo y por el otro, y se centra en los beneficios propios y en los de su pareja, así como en las ganancias de ambas partes respecto al hecho de protegerse sexualmente, es probable que se logre negociar el condón para usarlo en la relación sexual.



Resumiendo, en el contexto de la comprensión de los factores que hacen más probable la conducta sexual preventiva, hay investigaciones que parten de modelos que incluyen solo variables psicosociales (Modelo de Creencias de Salud, Modelo de Acción Razonada y el Modelo de Conducta Planeada) y aquellos que incorporan variables de tipo conductual (Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales y el Modelo Integral). Cuando esto último ocurre, las variables conductuales resultan ser mejores predictores de la conducta del uso del condón. En consecuencia, se torna importante evaluar lo que la persona hace (p. ej. como se pone el preservativo) y el comportamiento en relación con la pareja, por tanto, en ocasiones, el no usar el preservativo puede estar asociado a problemas de comunicación sexual con la pareja o de estrategias y estilos de negociación que obstruyen el llegar a un acuerdo para su uso (DiClemente, 1991; Robles & Díaz-Loving, 2006; Robles et al., 2007).

Además de las variables psicosociales y conductuales implicadas en el comportamiento sexual preventivo, hay estudios que muestran la importancia de las circunstancias específicas en las que ocurren los encuentros sexuales, como por ejemplo, el tipo de práctica sexual (sexo anal, oral o vaginal) (Enríquez & Sánchez, 2004; Jemmott et al., 2002; Manji et al., 2007; Robles, Piña, & Moreno, 2006); el tipo de pareja con la cual se tiene la relación sexual, sean adolescentes (Bauman, Karasz, & Hamilton, 2007; Jiménez, 2010; Schaalma et al., 2010); universitarios (Enríquez & Sánchez, 2004; Farmer & Meston, 2006; Robles, 1999; Kwon et al., 2008); sexo servidoras (Oladosu, 2002; 2005; Qu et al., 2002; Wong, 2003); hombres que tienen sexo con hombres (Jarama, Kennamer, Poppen, Hendricks, & Bradford, 2005); mujeres adultas en situación de riesgo (Claire, Hugh, & Kirk, 2003); personas consumidoras de drogas (Elifson et al., 2008); personas que están infectadas con el VIH (Crepaz & Marks, 2003); las características del tipo de pareja sexual (ocasional *versus* estable) (Doval, Duran, O'Donnell, & O'Donnell, 1995; Pérez de la Barrera & Pick, 2006; van Empelen, Schaalma, Kok, & Jansen, 2001); el nivel afectivo que se tiene con la pareja (*una relación de amistad, de romance, de pasión, etcétera*) (Díaz-Loving & Robles, 2009; Enríquez, Sánchez, & Robles, 2011b); si se está bajo los efectos de alguna



droga cuando se tienen relaciones sexuales (Stulhofer et al., 2009); entre otras. Los estudios citados anteriormente muestran la importancia de considerar dentro de los modelos de salud -orientados a explicar y predecir el comportamiento sexual- este tipo de variables.

Así, los modelos de salud que actualmente se utilizan para explicar y predecir el comportamiento sexual protegido, descansan principalmente en variables psicosociales o en la estrecha relación de estos factores con variables conductuales. Sin embargo, las situaciones y contextos, junto con las características sociodemográficas de los individuos, median los efectos tanto de las variables conductuales como psicosociales asociadas al comportamiento sexual protegido.

Si bien es trascendental para la explicación de la conducta sexual protegida evaluar cada uno de estos grupos de variables (psicosociales, conductuales, contextuales y demográficas), también es fundamental describir y conocer los factores relacionados con los contextos en los cuales los adolescentes se desenvuelven y se relacionan sexualmente; esto con el objetivo de entender las condiciones en las cuales las variables psicosociales y conductuales surgen y se mantienen (Gonçalves-Câmara, Castellá-Sarriera, & Carlotto, 2007).

Uno de los contextos más importantes en la vida de una persona es el familiar (Minuchin, 1974), y desde el punto de vista de Davis (1974) el comportamiento sexual debe de analizarse a partir de los aspectos normativos de la sexualidad y de cómo los grupos de individuos (amigos, hermanos, familia, etcétera) influyen en dicha normatividad para que el individuo se comporte, regule y exprese su sexualidad en la sociedad. En este sentido, la familia cumple un papel importante en el proceso de socialización y de control en el individuo, o en palabras de Davis (1974) en el proceso de “socialización sexual” en el cual el grupo intenta inculcar aspectos normativos sobre el comportamiento sexual en la persona.

Esto lleva a resaltar el papel mediador que tienen la familia (Hovell et al., 1994; Sieverding, Adler, Witt, & Ellen, 2005; Stulhofer et al., 2009) y la cultura (Cianelli et al., 2008; Duffy, 2005; Ida & Zena, 2000; White, 2008; Williams et al.,



2009) en el comportamiento sexual preventivo, por lo que su influencia no puede ser ignorada.

La evidencia empírica citada anteriormente indica que además de las variables psicosociales y conductuales, el contexto familiar y cultural, son elementos que deben de tomarse en consideración en el estudio de los factores que predicen y explican la conducta sexual protegida. De esta forma, el comportamiento particular de utilizar consistentemente un preservativo se convierte en un fenómeno de estudio con múltiples aristas. Por tanto, el análisis de la conducta sexual protegida demanda un abordaje integral desde las variables individuales hacia los aspectos familiares y culturales del comportamiento sexual protegido.

CAPÍTULO 6

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigación encaminada a prevenir problemas de salud sexual ha logrado determinar diversos elementos que hacen probable que un individuo lleve a cabo encuentros sexuales protegidos. En términos generales, los factores asociados al uso del condón son de orden individual (Albarracín et al., 2001; Enríquez, Sánchez, & Robles, 2012; Elifson et al., 2008; Farmer & Meston, 2006; Moreno et al., 2007; Noar, 2007; Robles, 2005; Robles et al., 2006), de esta forma, los niveles de conocimientos que una persona posee, las actitudes, las creencias, los valores e intenciones de llevar a cabo una acción, se ubican como elementos centrales para predecir el comportamiento sexual protegido.

Cabe destacar que la interpretación del auto informe de una persona sobre lo que hace, percibe, piensa y siente, podría cambiar al considerar el contexto familiar y cultural en el que el individuo se desarrolla. Esto lleva a resaltar el papel mediador que tiene la familia (Miller et al., 1999; Miller & Bingham, 1989; Miller & Moore, 1990; Upchurch et al., 1999; Sieverding et al., 2005; Stulhofer et al., 2009) y la cultura (Cianelli et al., 2008; Duffy, 2005; Ida & Zena, 2000; Marin, 1989; White, 2008; Williams et al., 2009) en el comportamiento sexual protegido, por tanto, estas influencias no deben ser ignoradas.

En este sentido, Kotchick, Shaffer, Miller y Forehand (2001) señalan que en el análisis del comportamiento sexual protegido existe una tendencia a priorizar las variables de carácter individual para explicar el fenómeno, prestando una menor atención a los factores del contexto familiar y social. Estos autores llevaron a cabo una revisión exhaustiva de más de quinientas publicaciones especializadas sobre los factores asociados a la conducta sexual de riesgo en jóvenes. La conclusión que se deriva de esta revisión es que se han realizado pocos esfuerzos para integrar los hallazgos empíricos en un marco conceptual que considere simultáneamente varios sistemas de influencia y la complejidad de sus efectos combinados sobre el comportamiento sexual adolescente.



Por ello, Kotchick et al. (2001) sugieren utilizar una perspectiva multi-sistémica basada en la propuesta ecológica de Bronfenbrenner (1987) y la Teoría General de los Sistemas (von Bertalanffy, 1976). La propuesta multi-sistémica de Kotchick et al. (2001) se centra en las relaciones recíprocas entre diversos sistemas de influencia en el comportamiento de una persona. De acuerdo con esta propuesta, un conocimiento preciso y exhaustivo del comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes debe incluir necesariamente información sobre variables de orden individual, así como de factores ambientales. De esta forma, las variables individuales y del ambiente, en conjunto, pueden contribuir a la decisión de participar en conductas sexuales de riesgo o por el contrario, en comportamientos sexuales preventivos.

La propuesta multi-sistémica considera al menos tres sistemas de influencia: 1) *Sistema del “yo”*: conformado por las cualidades, habilidades, conocimientos, actitudes y comportamientos de una persona, los cuales tienen una influencia directa o indirecta en el comportamiento sexual. En este sistema se pueden ubicar variables biológicas, psicológicas y conductuales del individuo; 2) *Sistema familiar*: se constituye por la estructura familiar (p. ej. familias mono o biparentales, educación de los padres, etcétera) y por variables de procesos familiares, en donde se incluyen al menos tres dimensiones básicas, las cuales son trascendentales para el entendimiento del comportamiento sexual de los hijos adolescentes; dichas dimensiones son el control parental, la calidad de la relación y la comunicación entre padres e hijos; 3) *Sistema extrafamiliar*: conformado por el ambiente y el entorno social, donde se puede incluir la influencia del vecindario, de la escuela, los amigos, etcétera (Kotchick et al., 2001).

Así, la revisión de Kotchick et al. (2001) justifica la importancia de generar propuestas integrales y sistémicas que permitan incluir y vincular factores personales, familiares, sociales y culturales, para así, contribuir en la explicación y predicción del comportamiento sexual desde una perspectiva global.

En esta misma línea de pensamiento, el Modelo Familiar Estructural (MFE) se constituye como otra propuesta diferente a la de Kotchick et al. (2001) para explicar y predecir el comportamiento sexual de riesgo bajo una perspectiva



sistémica (Enríquez et al., 2012). Esta propuesta surge del modelo de familia nuclear desarrollado por Talcott Parson (1955, en Bertrando & Toffaneti, 2004), el cual proporciona información para interpretar la estructura de la familia tradicional y la distribución de funciones típicas en el seno familiar. Salvador Minuchin (1974) retomó las ideas de Parson y adecuó el modelo hacia una visión menos estereotipada de los roles familiares (Bertrando & Toffaneti, 2004).

El MFE podría representar una propuesta para describir cómo el sistema cultural, el familiar y el individual se relacionan para explicar y predecir el comportamiento sexual protegido o de riesgo (Enríquez et al., 2012). Para comprender cómo funciona este modelo es necesario conocer cómo Minuchin (1974) articula diversos sistemas para explicar el comportamiento individual (Figura 2).

Para comprender por qué los jóvenes utilizan o no un condón en sus relaciones sexuales, primero es necesario considerar el **sistema cultural**. Este sistema estaría constituido por el contexto sociocultural en el cual la familia y el individuo se desarrollan. En este nivel de análisis, la cultura se relaciona estrechamente con las creencias relativas al sexo (Wilson & Miller, 2003), lo cual favorece la generación de suposiciones (Zárate, 2002) sobre lo que se espera sexualmente de un hombre o una mujer a nivel cultural (Duffy, 2005; Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005; Wyatt, 2009).

Estos estereotipos de género junto con los valores, creencias, actitudes, normas y patrones de relación se legitiman en la cultura y se transmiten de generación en generación (Wilson & Miller, 2003) gracias a la socialización parental (Lees & Tinsley, 1998). De esta forma entran en contacto el sistema cultural y el parental.

A partir del ejercicio de la parentalidad (**sistema parental**), los padres socializan sexualmente a sus hijos (Hovell et al., 1994; Shah & Zelnik, 1981; Ward, 2003) a través del modelado (Greer-Litton, 1980), de mensajes, acciones (Jaccard et al., 1996) y opiniones (Shah & Zelnik, 1981) sobre el sexo.

Asimismo, a nivel social y cultural, se espera que los padres brinden orientación, control y supervisión como una manera de proteger y cuidar física y

psicosocialmente a los hijos (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 2004). Por ejemplo, el sexo sin protección es considerada una conducta de riesgo propia de la adolescencia (González-Garza et al., 2005), por tanto, los padres de forma indirecta a través del monitoreo, la supervisión, el involucramiento afectivo (Kincaid et al., 2012), la comunicación sexual (Huebner & Howell, 2003) y los estilos parentales (Climent, 2009) estarían tratando de influir en el comportamiento sexual de sus hijos para favorecer comportamientos preventivos. Todas estas acciones parentales se engloban en lo que Ramírez (2005) denomina tácticas de socialización.

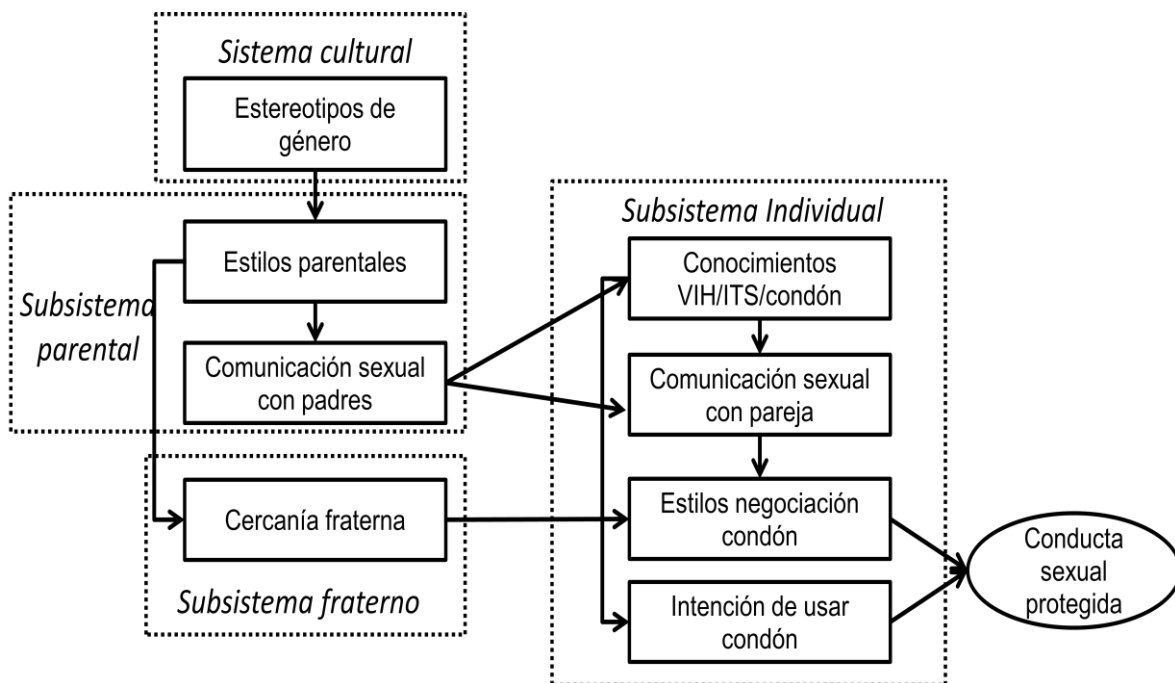


Figura 2. La representación gráfica que se presenta del MFE fue producto de una extensa revisión teórica y empírica sobre los factores que explican y predicen el comportamiento sexual protegido. A partir de esta revisión, se planteó de forma gráfica la relación entre variables y la organización de cada una de éstas a partir de los sistemas que sugiere Minuchin (1974). Así, este gráfico se utilizó como una guía para plantear las hipótesis de la presente investigación.

Los estilos parentales como tácticas de socialización cobran especial relevancia debido a que brindan información global sobre las pautas de crianza, disciplinarias y de interacción, lo cual genera un marco para interpretar la influencia de los padres sobre la conducta sexual de los hijos (Climent, 2009). También los estilos parentales operan como matrices de aprendizaje e influyen en los comportamientos y vínculos que los adolescentes establecerán en el futuro; los



hijos aprenden de sus padres cómo actuar en sus relaciones interpersonales (Hale, 2008), por tanto, los estilos parentales podrían influir en cómo un individuo se relaciona con su pareja, por ejemplo, para hablar y tratar situaciones referentes al sexo -así, el sistema parental entraría en contacto con el sistema individual-.

Asimismo, los estilos parentales se encuentran estrechamente relacionados con las prácticas parentales (Darling & Steinberg, 1993). Por ejemplo, Musitu y Soledad-Lila (1993, en Ramírez, 2005), señalan que los padres con un estilo basado en la comprensión y el apoyo (p. ej. estilo democrático) tienen mayor comunicación con sus hijos (práctica parental). A su vez, la comunicación con los padres sobre diversos tópicos sexuales se relaciona con los conocimientos que tienen los adolescentes sobre los riesgos de tener relaciones sexuales (Robles, Frías, Moreno, Rodríguez, & Barroso, 2011), pero además se esperaría que estos jóvenes no tuvieran problemas para comunicarse con su pareja respecto al sexo debido a que los hijos aprenderían de los padres cómo hablar y tratar este tipo de temas –relación del sistema parental con el individual-.

Cabe destacar que las prácticas y los estilos parentales se encuentran mediados por el contexto sociocultural (Darling & Steinberg, 1993; Farahani et al., 2011; Mowder, 2005; Mowder & Sanders, 2008; Mowder & Shamah, 2011); por tanto, considerando los estereotipos de género, sería congruente esperar resultados diferenciados de las tácticas de socialización parental por sexo de los hijos (Kincaid et al., 2012). Así, nuevamente se dibuja una relación estrecha entre el sistema cultural y el parental.

El sistema parental a su vez influye en las relaciones entre hermanos, las cuales son englobadas en el **sistema fraterno**. Brody (1998) analizó diversos estudios sobre cómo la crianza hostil afecta negativamente la cercanía entre hermanos. También, cuando los padres tienen un alto nivel de afecto, autonomía, comunicación y control - estilo parental democrático- tienden a brindar consejos y explicaciones para ayudar a resolver los conflictos entre hermanos y así fomentar la cercanía entre los mismos (Milevsky et al., 2011) –relación del sistema parental con el fraterno-.



Es importante señalar que los hermanos cobran especial importancia debido a que se convierten en una fuente secundaria de socialización sexual (East, 1996; East et al., 1993; East & Kiernan, 2001; Widmer, 1997). También, con los hermanos se experimentan las primeras relaciones sociales, con ellos se aprende a resolver conflictos, a negociar y cooperar (Minuchin, 1974), por tanto, se esperaría que los adolescentes con hermanos tuvieran las habilidades que les permitieran resolver conflictos con la pareja; como por ejemplo, negociar y convencer al compañero sexual de utilizar un condón cuando la otra parte no desea utilizarlo. De esta manera, se estaría hipotetizando la vinculación del sistema fraterno con el individual.

Es importante resaltar que para favorecer este tipo de aprendizajes es fundamental la calidad de la relación fraterna, cuando ésta es estrecha y positiva se generan oportunidades para observar y aprender a través de la interacción y la imitación (Brody, 1998; Feinberg & Hetherington, 2000).

Por último, el sistema cultural, el parental y el fraterno se vinculan con el **sistema individual**, en el cual se incluye el concepto de *sí mismo* y contiene los determinantes personales e históricos del individuo en el contexto (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 2004). En este sistema se pueden ubicar las variables biológicas, psicológicas y conductuales relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo; estas variables son las que generalmente se analizan en la mayor parte de las investigaciones empíricas relativas al comportamiento sexual protegido (Kotchick et al., 2001).

El MFE de Minuchin (1974), al igual que el modelo multi-sistémico de Kotchick et al. (2001), permite un análisis sistémico de los factores culturales, familiares e individuales asociados al comportamiento sexual de riesgo. Sin embargo, en ambos casos, solamente se presentan las propuestas de los modelos derivados del análisis teórico-conceptual y de la revisión de estudios aplicados en el campo de la salud sexual. Empero, es necesario evaluar la capacidad explicativa de este tipo de modelos sobre el comportamiento sexual protegido; de tal manera que a través de estudios empíricos, se genere la evidencia suficiente para comprender y justificar la relación de las variables entre los distintos



sistemas, con el objetivo de comenzar a integrar un marco conceptual que considere simultáneamente varios sistemas de influencia sobre el comportamiento sexual, tal como lo sugieren Kotchick et al. (2001).

El MFE –en comparación del modelo multi-sistémico- pone mayor atención al contexto familiar, por tanto, permite diferenciar quiénes participan en las relaciones familiares, de qué forma y con qué objetivo (Minuchin, 1974). En este sentido, el MFE no solamente considera los factores parentales en el contexto familiar, sino también variables relativas a las relaciones fraternas, las cuales según Buist et al. (2013), se encuentran sumamente descuidadas en la investigación psicológica; en consecuencia, se resta importancia al impacto que éstas tienen sobre la conducta, aún cuando existe evidencia que señala que los hermanos influyen en la prevención de conductas de riesgo (Feinberg et al., 2013).

Interpretar la conducta sexual de riesgo a partir de la relación entre los sistemas individual, familiar y cultural, podría representar un medio para dar cuenta de cómo, por qué y bajo qué circunstancias los universitarios optan por la práctica de uno u otro tipo de conducta, además de que permitiría comparar qué papel juegan los factores familiares y culturales respecto a los factores individuales.

Expuesto lo anterior, la investigación que aquí se presenta se deriva del MFE y está encaminada a evaluar, en una muestra de jóvenes universitarios, la capacidad explicativa de dicho modelo en torno al comportamiento sexual protegido considerando variables familiares, culturales e individuales. En el mismo sentido, busca analizar si la configuración de estas variables cambia en función de ciertas características demográficas (sexo, tipo de familia y presencia/ausencia de hermano mayor/menor) de los participantes.

Considerando como población meta una muestra de universitarios entre los 18 y 24 años de edad, la pregunta de investigación que se deriva del planteamiento anterior es:

¿Cómo se relacionan las variables culturales, parentales, fraternas e individuales, y en qué medida dichas relaciones permiten explicar la conducta sexual protegida?

PARTE II

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

OBJETIVO GENERAL

Describir la relación entre variables culturales (estereotipos de género), parentales (comunicación sexual con padres y estilos parentales), fraternas (cercanía con los hermanos) e individuales (conocimientos sobre uso correcto del condón /ITS/VIH/SIDA, intenciones para usar el preservativo, comunicación sexual y estilos de negociación del condón con la pareja) y determinar qué tipo de relaciones entre ellas explican y predicen la conducta del uso consistente del condón en estudiantes universitarios, tomando en consideración el sexo, el tipo de familia (monoparental/biparental) y el tipo de hermanos con el cual conviven (presencia/ausencia de hermano mayor/menor).

Para cubrir dicho objetivo, se realizaron dos estudios. El estudio I estuvo orientado a validar y determinar la consistencia interna de los instrumentos de medición utilizados para evaluar las variables culturales, parentales, fraternas e individuales que conforman la propuesta teórica del MFE (Figura 2). El estudio II estuvo dirigido a cubrir el objetivo general de la investigación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Validar y determinar la consistencia interna de los instrumentos de medición utilizados para evaluar variables culturales (estereotipos de género), parentales (comunicación sexual con padres y estilos parentales), fraternas (cercanía con los hermanos) e individuales (conocimientos sobre uso correcto del condón/ITS/VIH/SIDA, intenciones para usar el preservativo y comunicación sexual y estilos de negociación del condón con la pareja) en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos, sexualmente activos, entre los 18 y 24 años de edad.
2. Describir en la muestra las variables sociodemográficas individuales (sexo, edad, religión, preferencia sexual e ingresos mensuales), parentales (edad, nivel de estudios, estado laboral actual, horas laboradas por día, religión y estado civil de los padres) y fraternas (número de hermanos, si éstos tienen o no experiencia sexual fuera del matrimonio y si han tenido o no algún embarazo no planeado).



3. Describir el patrón de comportamiento sexual en la muestra, especificando las características de la primera relación sexual (edad del debut sexual, persona con la cual se tuvo el encuentro sexual, planeación, lugar, utilización de métodos anticonceptivos y uso del condón) del comportamiento sexual subsecuente al debut sexual (número de parejas sexuales durante toda la vida, frecuencia de las prácticas sexuales vaginales, anales y orales en los últimos seis meses y la frecuencia del uso del condón por práctica en el mismo periodo de tiempo) y de otros indicadores de riesgo (tener alguna ITS, si se han realizado o no la prueba de detección del VIH/SIDA, si han tenido o no un embarazo no planeado y aborto).
4. Describir en la muestra las variables culturales, parentales, fraternas e individuales.
5. Comparar por sexo (hombre/mujer), tipo de familia (mono/biparental) y por la condición de tener o no un hermano mayor y menor el patrón de comportamiento sexual.
6. Comparar por sexo, tipo de familia y por la condición de tener o no un hermano mayor y menor, las variables del modelo que corresponden al sistema individual (conocimientos sobre uso correcto del condón/ITS/VIH/SIDA, intenciones para usar el preservativo y comunicación sexual y estilos de negociación del condón con la pareja).
7. Comparar por sexo, tipo de familia y por la condición de tener o no un hermano mayor y menor, las variables del modelo que corresponden al sistema fraterno (cercanía con los hermanos).
8. Comparar por sexo, tipo de familia y por la condición de tener o no un hermano mayor y menor, las variables del modelo que corresponden al sistema parental (comunicación sexual con padres y estilos parentales).
9. Comparar por sexo, tipo de familia y por la condición de tener o no un hermano mayor y menor, las variables del modelo que corresponden al sistema cultural (estereotipos de género).
10. Describir la relación entre las variables del MFE que corresponden a los sistemas individual, fraterno, parental y cultural.

11. Describir las variables del MFE predictoras de la consistencia del uso del condón en la muestra.
12. Describir las variables del MFE predictoras de la consistencia del uso del condón considerando el sexo, el tipo de familia y la condición de tener o no un hermano mayor y menor.

HIPÓTESIS CONCEPTUAL

Las variables del sistema cultural, predecirán las variables parentales, las cuales predecirán las variables fraternas e individuales asociadas a la consistencia del uso del condón.

HIPÓTESIS

La Figura 3 muestra las hipótesis planteadas para la presente investigación; las flechas indican la dirección y la relación que guardan las variables en cada uno de los sistemas que propone el MFE.

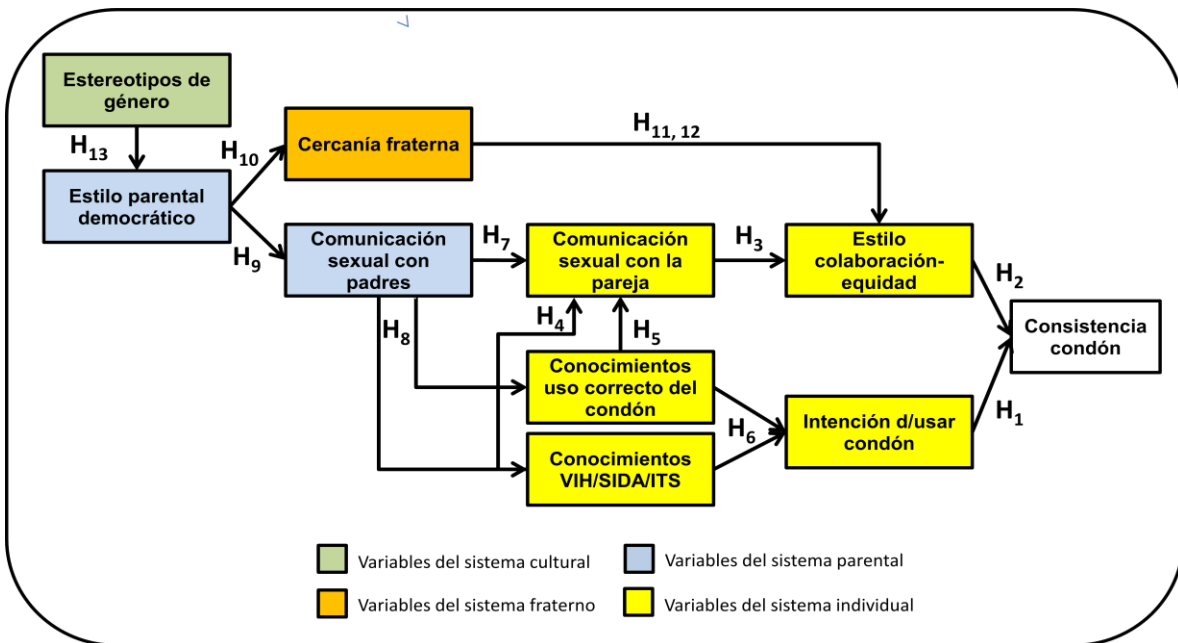


Figura 3. Hipótesis planteadas y organización de las variables en cada uno de los sistemas propuestos por el MFE.



Hipótesis referentes al sistema individual:

H₁ La intención de utilizar el preservativo en el próximo encuentro sexual, será el predictor de la consistencia del uso del condón.

H₂ El estilo para negociar el preservativo basado en la equidad-colaboración, será el predictor de la consistencia del uso del condón.

H₃ La comunicación sexual con la pareja, será el predictor del estilo para negociar el preservativo basado en la equidad- colaboración.

H₄ Los conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA, serán los predictores de la comunicación sexual con la pareja.

H₅ Los conocimientos sobre el uso correcto del condón serán los predictores de la comunicación sexual con la pareja.

H₆ Los conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA y uso correcto del condón serán los predictores de la intención conductual de usar condón en el próximo encuentro sexual.

Hipótesis referentes al sistema parental:

H₇ La comunicación sexual con los padres, será el predictor de la comunicación sexual con la pareja.

H₈ La comunicación sexual con los padres, será el predictor de los conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA y uso correcto del condón.

H₉ El estilo parental democrático, será el predictor de la comunicación sexual con los padres.

H₁₀ El estilo parental democrático, será el predictor de la cercanía fraterna con el hermano mayor y menor.

Hipótesis referentes al sistema fraterno:

H₁₁ La cercanía fraterna con el hermano mayor, será el predictor del estilo para negociar el preservativo basado en la equidad- colaboración.

H₁₂ La cercanía fraterna con el hermano menor, será el predictor del estilo para negociar el preservativo basado en la equidad- colaboración.



Hipótesis referentes al sistema cultural:

H₁₃ Los estereotipos de género serán los predictores del estilo parental democrático.

CAPÍTULO 7

ESTUDIO I. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Este estudio estuvo orientado a validar y determinar la consistencia interna de los instrumentos de medición utilizados para evaluar las variables culturales, parentales, fraternas e individuales que conforman el MFE.

7.1 MÉTODO

7.1.1 Definición de la población universo

Para este estudio, la población universo estuvo definida por todos los estudiantes entre los 18 y 24 años de edad, que estuvieran inscritos en las carreras de Ingeniería Química Industrial, Textil, Geológica, Geofísica y Petrolera del Instituto Politécnico Nacional unidad Zacatenco y unidad Ticomán.

7.1.2 Procedimiento de selección de la muestra

El procedimiento para seleccionar a los participantes fue *no probabilístico*. Se utilizó un *muestreo accidental* debido a la disponibilidad de los participantes para el estudio (Kerlinger & Lee, 2008), es decir, los directivos de los planteles participantes eligieron los grupos disponibles para llevar a cabo la evaluación (Tabla 4). También fue un *muestreo intencionado*, porque la selección de los elementos muestrales se realizó bajo el juicio personal del investigador (Namakforoosh, 2005), buscando constituir una muestra típica a partir de seleccionar solo aquellos casos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión para participar en el estudio. Finalmente, se llevó a cabo un *muestreo por cuota*, el cual consiste en asignar una cuota al grupo de personas que conforman la población típica (Kerlinger & Lee, 2008). El total de la cuota fue determinado, según el criterio establecido por Nunnally (1978), el cual consiste en incluir en la muestra a cinco participantes por cada reactivo. Se tomó como criterio el instrumento de evaluación con mayor número de ítems. Así, el tamaño estimado fue de 155 (31 reactivos x 5 participantes = 155 universitarios); sin embargo, se buscó duplicar la cantidad de estudiantes en la muestra, con el objetivo de evitar



perder datos cuando los alumnos decidieran no contestar alguna sección o el instrumento completo.

Tabla 4

Total de grupos, alumnos y porcentaje total de estudiantes que conformaron la muestra por carrera y escuela.

Carreras	Grupos	Número de participantes	% de la muestra
Ingeniería Textil	13	295	53.3
Ingeniería Química Industrial	5	107	19.3
Ingeniería Geológica	3	83	15.0
Ingeniería en Geofísica	1	48	8.6
Ingeniería Petrolera	2	20	3.6
Total	24	553	100.0

7.1.3 Participantes

Participaron 553 estudiantes (38.8% hombres y 61.2% mujeres) pertenecientes a cinco carreras diferentes de una universidad pública ubicada en el Distrito Federal (Tabla 4). De este grupo de universitarios, solamente 340 informaron tener experiencia sexual (46.4% hombres y 53.6% mujeres), ser solteros y vivir en casa con alguno (28.6%) o ambos padres (71.4%). La edad promedio de los participantes fue de 20.21 ($DE=1.83$) con moda de 19 y un rango entre 18 y 24 años. El 57.6% de la muestra fueron alumnos de primer semestre, 10.3% de segundo semestre, 2.9% de tercer semestre, 8.2% de quinto semestre, 5% de octavo semestre y 15.9% de noveno semestre. Cerca de tres cuartas partes de la muestra estuvo conformada por alumnos de 1° y 9° semestre (73.5%), el resto se distribuyó entre 2°, 3°, 5° y 8° semestre (26.5%). Respecto a su preferencia sexual, el 90.6% de los estudiantes se asumieron como heterosexuales.

7.1.4 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Los *criterios de inclusión* fueron: a) tener entre 18 y 24 años de edad, b) asistir presencialmente a clases dentro del plantel educativo donde se llevó a cabo la evaluación, c) tener experiencia sexual, es decir, haber tenido por lo menos una vez relaciones sexuales con penetración vaginal o anal, d) habitar en una familia monoparental (con un solo padre) o biparental (con ambos padres), d) tener al menos un hermano o hermana mayor o menor, e) vivir en el Estado de México o



Distrito Federal, y f) ser de nacionalidad mexicana. Los *criterios de exclusión* fueron: a) que el participante, después de escuchar las indicaciones reporte tener algún impedimento físico o psicológico para contestar por sí solo el instrumento de evaluación, b) vivir en una familia que no sea mono o biparental y c) cohabitar en la misma casa con la pareja.

7.1.5 Escenario

La aplicación del instrumento de evaluación se llevó a cabo de forma grupal en el salón de clases de cada uno de los grupos seleccionados, a excepción de una de las carreras, la cual se llevó a cabo de forma masiva en el auditorio de la escuela.

7.1.6 Tipo de estudio

De acuerdo con la clasificación de Méndez, Namihira, Moreno y Sosa (2008) este estudio es transversal porque la descripción se hace en un único momento temporal debido a que se tomaron medidas en una sola ocasión y descriptivo porque se cuenta con una sola población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables.

7.1.7 Variables e instrumentos

7.1.7.1 Variables sociodemográficas

Este tipo de variables describen el contexto social y demográfico en el cual una persona actúa, además contienen información necesaria para definir grupos de interés (Hoffmeyer-Zlotnik, 2008). En el presente estudio se obtuvo información sociodemográfica de los participantes (individuales), de sus padres y hermanos (familiares).

7.1.7.1.1 Individuales

Se obtuvo información sobre la escuela, carrera profesional, semestre, Delegación/Municipio de residencia, sexo, edad, estado civil, religión, orientación y experiencia sexual. En el Apéndice “A” se presentan las preguntas utilizadas para



obtener la información relativa a los datos sociodemográficos individuales. A continuación se definen cada una de estas variables:

1. Escuela. Espacio físico donde se ubican los edificios, laboratorios y aulas donde se imparte de manera formal una currícula dirigida a formar profesionales en un campo del conocimiento. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta abierta.
2. Carrera profesional. Sistema de conocimientos especializados de un área particular impartida en una institución educativa. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta abierta.
3. Semestre. Periodos conformados por seis meses y organizados ordinalmente dentro de un plan de estudios formal, convirtiéndose en los ciclos temporales que el estudiante debe de cursar en una institución educativa para obtener un título profesional. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta abierta.
4. Delegación/Municipio de residencia. Delegación del Distrito Federal o Municipio del Estado de México donde el estudiante habitaba en el momento de la evaluación. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta abierta.
5. Sexo. Características anatómicas que distinguen al hombre y a la mujer. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta dicotómica (hombre/mujer).
6. Edad. Tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento del individuo hasta el momento de contestar el instrumento de evaluación. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta abierta, la cual se cuantificó en años cumplidos.
7. Estado civil. Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (soltero / casado / unión libre / divorciado / separado / viudo / otro).



8. Religión. Creencias sostenidas como dogmas, las cuales dominan la forma de vida de las personas (Russell, 2003). Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (Católica / Cristiana / Testigo de Jehová / No profesa ninguna religión /No sé / Otra).
9. Preferencia sexual. Según Orozco, Ostrosksy-Solis, Salín, Borja y Castillo (2009) es la atracción por el sexo opuesto (heterosexual), el mismo sexo (homosexual) o ambos sexos (bisexual). Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (solamente por los hombres / solamente por las mujeres / por hombres y mujeres).
10. Tener relaciones sexuales con penetración. Esta variable hace referencia a tener penetración anal con algún hombre o penetración anal y/o vaginal con alguna mujer a lo largo de toda la vida. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta dicotómica (sí/no).

7.1.7.1.2 Familiares

Se obtuvo información sobre el número de hermanos y si alguno de éstos ha tenido algún embarazo no planeado y experiencia sexual. Asimismo, se obtuvo información sobre el estado actual de convivencia parental, sobre la cohabitación con los padres y la pareja en el hogar, edad, escolaridad, situación laboral, horas trabajadas diariamente, religión y estado civil de los padres del participante. Adicionalmente, se obtuvo información del número de personas que reciben remuneración económica por su trabajo e ingresos mensuales familiares. En el Apéndice “B” se presentan las preguntas utilizadas para obtener la información relativa a los datos sociodemográficos familiares. A continuación se define cada una de estas variables:

11. Número de hermanos. Cantidad de personas que habitan la casa compartiendo los mismos padres o solamente el mismo padre o madre como producto del matrimonio o del parentesco parental. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta abierta, la cual



- se cuantificó a partir del número de hermanos/hermanas que tenga el participante y que cohabiten en la misma casa.
12. Experiencia sexual de los hermanos. Esta variable hace referencia a si algún hermano(a) mayor/menor ha tenido penetración anal con algún hombre o penetración anal y/o vaginal con alguna mujer a lo largo de toda la vida. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (sí / no / no sé).
 13. Embarazo no planeado de algún hermano. Esta variable hace referencia a si algún hermano mayor/menor ha embarazado a su pareja sin haberlo planeado con anterioridad o si alguna hermana mayor/menor ha quedado embarazada sin haberlo planificado. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (sí / no / no sé).
 14. Estado actual de convivencia parental. Situación actual de convivencia entre los padres determinada por su relación de matrimonio, disolución de éste o separación. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (viven juntos / viven separados).
 15. Cohabitación parental y de pareja en el hogar. Personas con las cuales el participante vive en la misma casa sin considerar a los hermanos, es decir, compartir el espacio físico de la vivienda con uno o ambos padres y/o la pareja. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (solamente con mi madre / solamente con mi padre / vivo con ambos padres / con mi pareja y ambos padres / con mi pareja y mi madre o padre).
 16. Edad de los padres. Tiempo transcurrido en años entre el nacimiento de cada uno de los padres hasta el momento de contestar el instrumento de evaluación. Se obtuvo información de esta variable por medio de dos reactivos, un ítem para cada uno de los padres con opción de respuesta abierta, la cual se cuantificó en años cumplidos.
 17. Escolaridad de los padres. Máximo grado de estudios obtenido por cada uno de los padres. Se obtuvo información de esta variable por medio de dos



- reactivos, un ítem para cada uno de los padres con opciones de respuesta categóricas (sin estudios / primaria / secundaria / preparatoria / universidad / posgrado / carrera técnica / otro).
18. Situación laboral de los padres. Esta variable hace referencia a si uno o ambos padres se encuentran actualmente trabajando de manera formal o informal. Se obtuvo información de esta variable por medio de dos reactivos, un ítem para cada uno de los padres con opción de respuesta dicotómica (sí/no).
19. Horas laboradas diariamente por los padres. Número de horas diarias que los padres trabajan. Se obtuvo información de esta variable por medio de dos reactivos, un ítem para cada uno de los padres con opción de respuesta abierta, la cual se cuantificó en horas laboradas por día.
20. Religión de los padres. Serie de creencias sostenidas como dogmas, las cuales dominan la forma de vida de las personas (Russell, 2003); en este caso particular, de los padres. Se obtuvo información de esta variable por medio de dos reactivos, un ítem para cada uno de los padres con opciones de respuesta categóricas (Católica / Cristiana / Testigo de Jehová / No profesa ninguna religión / No sé / Otra).
21. Estado civil de los padres. Situación de los padres, la cual está determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco. Se obtuvo información de esta variable por medio de dos reactivos, un ítem para cada uno de los padres con opciones de respuesta categóricas (casado / unión libre / soltero / divorciado / separado / viudo).
22. Número de personas que reciben remuneración económica por su trabajo. Esta variable hace referencia al número de personas que viven en el mismo domicilio y reciben dinero por la realización de algún trabajo formal o informal. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta abierta, la cual se cuantificó a partir del total de personas que reciben dinero por su trabajo.
23. Ingresos mensuales familiares. Total de ingresos mensuales de todas las personas que trabajan y viven en la misma casa. Se obtuvo información de



esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (De 1 a 34 salarios mínimos - de \$57.5 a menos de \$2, 000 / De 35 a 69 salarios mínimos - de \$2, 000 a \$3, 999 / De 70 a 104 salarios mínimos - de \$ 4,000 a \$5,999 / De 105 a 173 salarios mínimos - de \$6,000 a \$9,999 / Más de 174 salarios mínimos - más de \$10, 000 / no sé).

7.1.7.2 Variables del Modelo Familiar Estructural

El MFE agrupa variables individuales y familiares en sistemas. Los sistemas (individual, fraterno y parental) se encuentran relacionados entre sí, y a su vez, éstos se vinculan con variables culturales para explicar el comportamiento. En el presente estudio se incluyeron las siguientes variables: individuales (conocimientos sobre uso correcto del condón/ITS/VIH/SIDA, comunicación sexual y estilos de negociación del condón con la pareja), parentales (comunicación sexual con padres y estilos parentales), fraternas (cercanía con los hermanos) y culturales (estereotipos de género). A continuación, se definen cada una de las variables pertenecientes a los sistemas que constituyen el MFE:

7.1.7.2.1 Sistema individual

El subsistema individual incluye al concepto del *sí mismo* dentro de su contexto, contiene así los determinantes personales e históricos del individuo (Minuchin, 1974). Para evaluar este sistema se obtuvo información relativa a los conocimientos sobre el uso correcto del condón/ITS/VIH/SIDA, intenciones para usar el preservativo, comunicación sexual y estilos de negociación del condón con la pareja. En el Apéndice “C” se presenta la prueba de conocimientos sobre uso correcto del condón y la prueba de conocimientos relativos a las ITS/VIH/SIDA, así como las escalas utilizadas para evaluar las variables incluidas en el sistema individual. A continuación se define cada una de las variables del sistema individual:

1. *Conocimientos acerca del uso correcto del condón.* Esta variable hace referencia al nivel de información, la cual posee un individuo, en relación a cómo usar correctamente un preservativo (Robles & Díaz-Loving, 2011). A



partir de la relevancia teórica y de considerar exclusivamente los ítems referidos al uso correcto del preservativo, se seleccionaron siete reactivos de la Prueba de Conocimientos acerca de VIH/SIDA, ITS, embarazo no deseado y uso correcto del condón que forma parte de la *Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual* (Moreno, Robles, Frías, Rodríguez, & Barroso, 2011a). Se seleccionaron estos ítems con el objetivo de obtener información sobre el uso correcto del condón durante las relaciones sexuales. Ejemplos de estos reactivos son: “Bajar el condón con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura hace menos probable que éste se dañe” y “Los lubricantes a base de aceite solo pueden usarse con los condones de látex”. Todos los reactivos tienen un formato de respuesta categórica (cierto / falso / no sé).

2. Conocimientos acerca del VIH/SIDA e ITS. Esta variable hace referencia al nivel de información que posee un individuo, en relación con la sintomatología y los mecanismos de transmisión y prevención del VIH y otras ITS (Robles & Díaz-Loving, 2011). A partir de la relevancia teórica y la representatividad de los temas, se seleccionaron 13 de los 36 reactivos de la Prueba de Conocimientos acerca de VIH/SIDA, ITS, embarazo no deseado y uso correcto del condón que forma parte de la *Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual* (Moreno et al., 2011a), de los cuales siete ítems están diseñados para evaluar aspectos relacionados con sintomatología (tres reactivos), transmisión (tres reactivos) y prevención del VIH/SIDA (un reactivo); y seis ítems evalúan características y transmisión de diversas ITS. Ejemplos de reactivos que evalúan cada una de estas áreas de conocimientos son los siguientes: “Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años” (sintomatología VIH/SIDA); “una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA” (transmisión VIH/SIDA); “El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual” (prevención del VIH/SIDA); “El virus del papiloma humano y el virus del herpes genital no tienen cura” (características de ITS); “Hay ITS que se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual sin



- penetración” (transmisión de ITS). Todos los reactivos tienen un formato de respuesta categórica (cierto / falso / no sé).
3. Comunicación sexual con la pareja. Esta variable hace referencia al abordaje con la pareja sobre diferentes temáticas relacionadas con la sexualidad (Robles & Díaz-Loving, 2011). La *Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual* cuenta con una Escala de Comunicación Sexual con la Pareja, la cual fue construida y validada por Moreno et al. (2011a). El *alfa de Cronbach* de esta escala fue de .97 y la conforman 30 reactivos, diseñados para obtener información sobre la frecuencia con la cual los participantes se comunican con su actual o última pareja sobre distintos tópicos sexuales. Ejemplos de estos temas son: la posibilidad de tener relaciones sexuales, el negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual, las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA. Las opciones de respuesta de los reactivos se encuentran en formato tipo Likert (nunca / rara vez / algunas veces / muchas veces / una gran cantidad de veces). Para el propósito de este estudio solamente se utilizaron 16 reactivos de esta escala.
 4. Estilos de negociación del uso del condón. Esta variable hace referencia, a la forma particular, en la cual una persona negocia el uso del preservativo con su pareja sexual (Robles & Díaz-Loving, 2011). La *Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual* cuenta con una Escala de Estilos de Negociación del uso del condón validada por Robles y Díaz-Loving (2011). Esta escala arrojó un *alfa* de Cronbach global de .89 y consta de 45 reactivos para evaluar cinco estilos de negociación: estilo equidad ($\alpha = .90$); colaboración ($\alpha = .87$); acomodación ($\alpha = .79$); contender ($\alpha = .76$) y evitación ($\alpha = .70$). Para este estudio se retomaron solamente 15 reactivos de la escala, es decir, tres ítems de cada estilo. Ejemplos de los reactivos para cada estilo son: “Busco la ayuda de mi pareja para lograr una solución mutuamente satisfactoria sobre usar el condón” (estilo de equidad); “Trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón” (estilo de colaboración); “Me adapto a los deseos de mi pareja para protegernos sexualmente aunque inicialmente esté en desacuerdo” (estilo de acomodación); “Impongo mi



forma de ser en el terreno sexual” (estilo contender) y “Cambio mi posición sobre protegerme sexualmente con tal de evitar conflictos” (estilo de evitación). Todos los reactivos tienen un formato de respuesta tipo Likert con valores de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

7.1.7.2.2 Sistema fraterno

Este sistema lo conforman los hermanos (Minuchin, 1974) y según Yourglich (1964), tiene tres características fundamentales: 1) los hermanos se relacionan entre sí, 2) estas relaciones se favorecen por medio de las actividades que realizan juntos, las cuales acercan a los hermanos, y 3) estas relaciones y actividades fraternas se entrelazan para formar una red de apoyo. Sin embargo, la cualidad fundamental es la cercanía afectiva establecida entre los hermanos. Para evaluar este sistema, se obtuvo información sobre la percepción de la cercanía fraterna con el hermano/a mayor y menor. En el Apéndice “D” se presenta la escala con la cual se evaluó la cercanía fraterna. A continuación, se define esta variable:

5. Cercanía fraterna. Esta variable hace referencia a las acciones para brindar apoyo, así como la frecuencia y percepción de proximidad con la cual se interactúa con un hermano mayor o menor para favorecer el sentimiento de una relación cálida, solidaria y afectiva (Cicirelli, 1994; Gardner & Cutrona, 2004). Para evaluar esta variable se construyó la Escala de Relaciones Fraternas (ERFRA) dirigida al hermano mayor (9 ítems, α total .93) y al hermano menor (9 ítems, α =.94), ambas validadas con estudiantes de nivel superior. Ejemplos de reactivos para evaluar la cercanía fraterna son: “La comunicación que tengo con mi hermano(a) mayor/menor está basada en la confianza” y “Me siento cercano a mi hermano(a) menor/mayor cuando me expresa su cariño”. Las opciones de respuesta de esta escala se encuentran en formato tipo Likert (nunca / rara vez / algunas veces / muchas veces / una gran cantidad de veces).



7.1.7.2.3 Sistema parental

El sistema parental surge cuando nace el primer hijo y se conforma una nueva familia. Las funciones de este sistema están centradas en la socialización, orientación, control y supervisión de los hijos (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 2004). Para evaluar este sistema se obtuvo información sobre los estilos parentales maternos y paternos y la comunicación sexual con el padre y la madre. En el Apéndice “E” se presentan las escalas de medición utilizadas para evaluar las variables incluidas en el sistema parental. A continuación, se definen cada una de las variables de este sistema:

6. Estilos parentales. Esta variable hace referencia al conjunto de actitudes, prácticas y expresiones no verbales que caracterizan las interacciones padre-hijo a través de diversas situaciones (Darling & Steinberg, 1993). Para obtener información de esta variable se utilizó el Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental (CPAP) (Aguilar, Valencia, & Romero, 2007) validado para población universitaria por Aguilar, Valencia, Martínez, Romero y Lemus (2007). El CPAP evalúa cuatro estilos parentales paternos y cuatro maternos:
 - 1) *Estilo democrático*: los padres mantienen un estilo responsivo a las demandas de sus hijos pero al mismo tiempo, esperan que sus hijos respondan a sus demandas; este estilo se evaluó con siete ítems para el padre ($\alpha = .83$ padre) y siete para la madre ($\alpha = .74$), un ejemplo de estos reactivos es “Cuando mi papá/mamá quiere que yo haga algo me explica las razones”,
 - 2) *Estilo autoritario*: hace referencia a las altas exigencias de los padres y escasa atención a las demandas de sus hijos; se evaluó con nueve ítems para el padre ($\alpha = .79$) y nueve para la madre ($\alpha = .74$), un ejemplo de estos ítems es “Mi papá/mamá no acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones”,
 - 3) *Estilo permisivo*: los padres son razonablemente responsivos pero evitan regular la conducta de sus hijos; se evaluó con ocho ítems para el padre ($\alpha = .77$ padre) y ocho para la madre ($\alpha = .65$), un ejemplo de afirmación para este estilo es “Mi papá/mamá es muy consentidor(a) conmigo” y
 - 4) *Estilo negligente*: los padres presentan exigencias y escasa



atención a las necesidades de sus hijos; se evaluó con siete ítems para el padre ($\alpha = .86$) y siete para la madre ($\alpha = .71$), un ejemplo de estos ítems es “Mi papá/mamá es poco responsable conmigo”. Todos los reactivos tienen un formato de respuesta Likert, con valores de 1 (totalmente cierto), 2 (medianamente cierto), 3 (poco cierto) y 4 (muy poco cierto).

7. Comunicación sexual con padres. Esta variable hace referencia al abordaje de diferentes temáticas relacionadas con la sexualidad con cada uno de los padres (Robles & Díaz-Loving, 2011). La *Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual* cuenta con dos escalas de Comunicación Sexual validadas por Moreno et al. (2011a). La primera escala está dirigida al padre ($\alpha = .98$) y la segunda escala a la madre ($\alpha = .97$), cada una de éstas se conforma por 30 reactivos diseñados para obtener información sobre la frecuencia con la cual los participantes se comunican con su padre y/o madre sobre distintos tópicos relacionados con el sexo. Ejemplos de estos temas son: la posibilidad de tener relaciones sexuales, el negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual, las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA. En este estudio se seleccionaron solamente 17 reactivos de la escala original para el padre y 17 para la madre. Las opciones de respuesta de los reactivos se encuentran en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta categóricas (nunca / rara vez / algunas veces / muchas veces / una gran cantidad de veces).

7.1.7.2.4 Sistema cultural

Son variables relativas al sistema de premisas socioculturales interrelacionadas que norman los sentimientos, las ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, la estipulación de los tipos de papeles sociales, las reglas de la interacción de los individuos en tales papeles, los dónde, cuándo, con quién y cómo desempeñarlos (Díaz-Guerrero, 1995). Un indicador de estas variables culturales lo constituyen los estereotipos de género construidos en la cultura mexicana. Para evaluar este sistema, se obtuvo información sobre la visión estereotipada sobre hombres y mujeres en el ámbito familiar y hogareño. En el Apéndice “F” se presenta la escala de medición utilizada para evaluar las variables



incluidas en el sistema cultural. A continuación, se define la variable perteneciente al sistema cultural:

8. Estereotipos de género. Esta variable hace referencia al conjunto de creencias y prescripciones sobre el significado que tiene ser hombre y ser mujer en la cultura mexicana (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005). Para obtener información sobre esta variable, se utilizaron 12 reactivos; seis para evaluar la visión estereotipada sobre hombres y mujeres en el ámbito familiar, con un $\alpha=.84$ (por ejemplo: “La mujer tiene mayor capacidad para cuidar a los hijos enfermos”) y seis ítems para obtener información acerca de la percepción estereotipada sobre hombres y mujeres en el ámbito hogareño, con una $\alpha= .82$ (por ejemplo: “El eje de una familia es indudablemente el padre”). Estos reactivos pertenecen al Inventario para la Evaluación de la Ideología de Género (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005), la cual tiene opciones de respuesta tipo Likert, con valores de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

7.1.8 Procedimiento

Con previa autorización de los directivos de cada uno de los planteles educativos, se acudió a los salones de clase de los grupos asignados por la dirección, con el objetivo de aplicar de forma grupal la evaluación. En cada uno de los grupos se brindó una explicación señalando que la evaluación formaba parte de un proyecto de investigación en el área de salud sexual. Brevemente se comentó que la encuesta versaba sobre relaciones familiares, de pareja y comportamiento sexual. Se enfatizó la participación voluntaria y anónima, por lo cual no se les solicitó ningún dato de identificación personal. Se hizo hincapié en que la información se utilizaría para fines estadísticos y de investigación. Posteriormente, se les hizo la petición de contestar de forma veraz todas y cada una de las secciones del instrumento de evaluación. Finalmente, se resolvieron dudas y se repartió el cuadernillo. El aplicador permaneció dentro del aula por si algún estudiante tenía dudas respecto al contenido de las preguntas. El tiempo aproximado para contestar la encuesta fue de 60 a 75 minutos por grupo.



7.1.9 Medidas y análisis de datos

Se describieron las características sociodemográficas de la muestra, para todas las variables que se encontraron en un nivel de medición nominal (por ejemplo: escuela, carrera profesional, delegación/municipio, sexo, estado civil, religión, preferencia sexual, experiencia sexual del participante – que son variables sociodemográficas individuales-, experiencia sexual de los hermanos, embarazo no planeado de algún hermano, estado actual de convivencia parental, cohabitación parental y de pareja en el hogar, escolaridad, situación laboral, religión, estado civil de los padres –que son variables sociodemográficas familiares-, a través del *porcentaje* de participantes que respondieron a cada una de las opciones de respuesta de los ítems.

Para las variables ubicadas en un nivel de medición intervalar o de razón, por ejemplo: edad, número de hermanos, edad de los padres, horas laboradas diariamente por los padres, número de personas que reciben remuneración económica por su trabajo, se utilizaron medidas de tendencia central (*media, desviación estándar, moda y rango*) para describir los resultados.

Asimismo, se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio para aquellas escalas que no se encontraban validadas con la población meta del estudio. El procedimiento para llevar a cabo *análisis factorial exploratorio* en cada una de las escalas fue el siguiente: a) se sumaron las puntuaciones de los reactivos que conformaron la escala para obtener el total, b) a partir de un análisis de frecuencia se obtuvo el cuartil más bajo (*percentil 25*) y el más alto (*percentil 75*) para formar dos grupos: 1) Grupo alto y 2) Grupo bajo, c) se compararon las medias de cada uno de los reactivos de ambos grupos por medio de la prueba *t de Student* para muestras independientes. Si la diferencia resultaba estadísticamente no significativa, se eliminaba el reactivo debido a la falta de sensibilidad del ítem para diferenciar ambos grupos (análisis discriminante), d) se obtuvo la *medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)*; según De Vicente-y-Oliva y Manera-Bassa (2003), esta medida indica qué tan adecuados son los datos obtenidos para un modelo de análisis factorial. Un valor próximo a 1 de *KMO* indicará la pertinencia de utilizar en el tratamiento de los datos el análisis factorial,



de esta forma, un valor de la medida *KMO* de .80 a .90 son considerados como “sumamente aceptables”, en comparación con los puntajes por debajo de .50, considerados no admisibles, e) los reactivos con poder discriminante fueron sometidos a un *análisis factorial exploratorio* utilizando el *método de componentes principales* con rotación *Varimax*, con un número máximo de interacciones para convergencia de 250; de los factores extraídos con valor propio mayor de 1, se seleccionaron aquellos reactivos con cargas factoriales mayores de .40.

Para llevar a cabo el análisis factorial se partió de los siguientes supuestos: 1) considerar solo aquellos ítems con poder discriminativo, es decir, los reactivos que obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de medias entre el grupo bajo y alto, 2) para incluir un reactivo dentro de un factor, éste debía obtener una carga factorial superior a .40, c) se consideró como factor a la conjunción de por lo menos tres reactivos, y d) se llevó a cabo el *análisis factorial* siempre y cuando la *medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin* fuera superior a .50, lo cual indicaba la pertinencia de este análisis de datos.

Para finalizar el proceso de validación, se obtuvo el *coeficiente de consistencia interna* global y por factor utilizando el *alfa de Cronbach*. Los valores de este coeficiente oscilan entre 0 y 1, entre más se acerque el valor a 1 mayor consistencia interna tiene la escala o instrumento de medición. Prat-Santaolària y Doval-Diéguez (2003) señalan que un coeficiente de .60 a .79 significaría *consistencia interna moderada alta* y de .80 en adelante *consistencia interna alta*.

Posteriormente se obtuvo la *media teórica* (MT) de cada una de las escalas validadas obteniendo la puntuación mínima y máxima; se restó el valor mínimo al máximo y el resultado se dividió entre dos; el cociente se sumó al valor mínimo y se restó al valor máximo, dando como resultado la media teórica.

Asimismo, se estimó la *media* (\bar{x}) para cada una de las escalas de medición. Para lograr este objetivo, se promediaron los totales de cada uno de los reactivos y se dividió entre el número total de ítems de la escala.

Para la *Prueba de Conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS* y la *Prueba de conocimientos sobre uso correcto del condón*, se desarrolló el siguiente procedimiento: a) se recodificaron las respuestas de cada reactivo como correcta



(1) o incorrecta (0); para todos los ítems la opción de respuesta “no sé” fue considerada como incorrecta, por indicar ausencia de información sobre el tema, b) con estos datos recodificados se obtuvo el *Índice de Dificultad (ID)* del ítem a partir de la división de el número de participantes que respondieron incorrectamente a cada reactivo, entre el total de participantes que respondieron al reactivo correspondiente. Entre más se acerque el resultado a 1 indica una mayor dificultad del reactivo. Este *ID* se obtuvo de forma global para la prueba y por cada una de las áreas de conocimientos, c) se calculó el poder discriminativo de cada reactivo para determinar si cada ítem era sensible para identificar aquellos participantes que poseían niveles altos y bajos de conocimientos, por tanto se obtuvo la suma total del instrumento, y con este puntaje se realizó un *análisis de frecuencias* para determinar los valores correspondientes al cuartil más bajo (*percentil 25*) y al más alto (*percentil 75*), con los cuales se conformaron dos grupos (grupo alto y bajo), d) se compararon ambos grupos con una *ji cuadrada* (χ^2); aquellos reactivos en los cuales se obtuvieron diferencias significativas fueron elegidos para conformar la prueba de conocimientos, debido a la sensibilidad de los ítems para discernir entre el grupo de individuos con un nivel alto de aquellos que tuvieron un nivel bajo de conocimientos. Con las respuestas de cada reactivo recodificadas como correcta (1) o incorrecta (0) se calculó la *MT* y la *M* en la muestra de estudiantes.

7.2 RESULTADOS

Los resultados de este estudio se exponen en dos secciones. En la primera parte se presenta la descripción de las características sociodemográficas tanto individuales como familiares. En un segundo apartado, se describen los resultados de la validación de los instrumentos de medición, los cuales se encuentran organizados a partir de los sistemas que conforman el MFE.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

De los 553 estudiantes evaluados, el 61.5% (340 participantes) reportó haber tenido relaciones sexuales vaginales y/o anales, siendo similar la proporción de hombres (46.48%) y mujeres (53.52%), es decir, más de la mitad de la muestra tenía experiencia sexual. De aquí en adelante, los resultados expuestos son exclusivamente de este grupo de estudiantes con experiencia sexual.

Respecto a las características sociodemográficas de los participantes, de los 340 estudiantes evaluados, todos fueron solteros, profesan una religión católica (72.9%), con un promedio de edad de 20.21 ($DE=1.83$) con *moda* de 19 años y se ubican en un *rango* de edad entre los 18-24 años.

La Tabla 5 resume los principales datos demográficos – individuales- que caracterizan a la muestra. En esta tabla se puede observar que el 63.6% de los participantes viven en algún municipio del Estado de México y el 36.7% habita en alguna de las 16 delegaciones del Distrito Federal con predominancia de alumnos residentes de la delegación Gustavo A. Madero (36.1%). La mayor parte de la muestra se asumió como heterosexual (90.6%) y pertenece a la carrera de ingeniería textil (48.2%).

Respecto a los datos demográficos fraternos, el 92.4% de los estudiantes tienen al menos un hermano y en promedio por familia se tienen dos ($Mo= 1$, $DE=1.26$). Respecto a la experiencia sexual de los hermanos, 29.2% han iniciado su vida sexual antes del matrimonio, 33.9% informaron desconocer si sus hermanos tienen o no relaciones sexuales y el 36.9% señalaron que sus hermanos aún no han debutado sexualmente; solamente el 14.4% de los



estudiantes informó tener un hermano(a), el cual se vió implicado en una situación de embarazo no planeado.

Tabla 5

Características sociodemográficas de la muestra.

	N=340			N=340	
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Semestre			Delegación/Municipio		
1	196	57.6	Azcapotzalco	14	4.2
2	35	10.3	Gustavo A. Madero	120	36.1
3	10	2.9	Álvaro Obregón	8	2.4
5	28	8.2	Benito Juárez	9	2.7
8	17	5.0	Coyoacán	3	.9
9	54	15.9	Cuajimalpa	4	1.2
Total	340	100.0	Cuauhtémoc	13	3.9
Ingeniería			Iztacalco	5	1.5
Textil	164	48.2	Iztapalapa	14	4.2
Petrolera	18	5.3	Magdalena Contreras	1	.3
Geológica	59	17.4	Miguel Hidalgo	4	1.2
Geofísica	28	8.2	Milpa Alta	1	.3
Química Industrial	71	20.9	Tláhuac	1	.3
Total	340	100.0	Tlalpan	3	.9
Sexo			Venustiano Carranza	10	3.0
Hombres	157	46.4	Xochimilco	1	.3
Mujeres	181	53.6	Estado de México	121	36.6
Total	338	100.0	Total	332	100.0

Respecto a las características socio demográficas de los padres, la edad promedio del padre fue de 48.91 años ($DE=6.51$) con un rango de 34 a 75 años y con moda de 50. Para el caso de la madre, la media de edad fue de 46.39 ($DE=5.76$) con una moda de 44 y un rango de 34 a 66 años de edad. Respecto al nivel de estudios concluidos por el padre, la mayor proporción tiene secundaria terminada (22.3%), preparatoria concluida (23.6%) y licenciatura (25.3%); en el caso de la madre, la mayoría tiene secundaria terminada (25.8%). De esta forma, se observa que es mayor el nivel educativo de los padres en comparación con el de las madres.

Referente a la situación laboral de los padres, 57.5% de las madres laboran en promedio 5 horas diarias ($DE=4.54$) a diferencia de los padres, donde el 92% trabajan en promedio ocho y media horas diarias ($DE=3.64$). Tanto padres (82%) como madres (86.1%) en su mayoría profesan la religión católica y viven juntos (71.4%), aunque una pequeña proporción vive separada (28.6%).



En relación al ingreso económico, en promedio dos personas reciben un sueldo por su trabajo ($DE=1.08$), aunque la moda es de 1, indicando que en la mayoría de las familias solamente un integrante aporta económicamente para el sustento familiar. La mitad de la muestra proviene de familias que tienen ingresos económicos mensuales menores de seis mil pesos (63.6%), con predominancia de las familias con percepciones económicas de \$2, 000 a \$3, 999 (24.4%), seguido de aquellas remuneradas con montos de \$ 4,000 a \$5,999 (24.1%) mensuales.

Tabla 6

Proporción de estudiantes provenientes de familias bi y mono parentales por sexo.

N=340	% familias bi parentales	% familia mono parentales
Hombres	35.0	11.5
Mujeres	36.4	16.9
% Total	71.5	28.5

Finalmente, la Tabla 6 muestra que más de la mitad de los estudiantes provienen de familias biparentales o conformadas por ambos padres (71.50%) y cerca de una tercera parte de los universitarios proceden de familias monoparentales⁹ (28.50%), existiendo mayor proporción de mujeres quienes habitan con un solo padre (16.93%) o con ambos (36.49%).

Variables del Modelo Familiar Estructural

En el presente apartado se presentan los resultados de la validación de los instrumentos de medición utilizados para evaluar cada uno de los sistemas que constituye la propuesta del MFE. En el Apéndice “G” se pueden consultar las tablas de resultados relativas al análisis discriminante, al Índice de Dificultad (ID) y al análisis factorial.

⁹ Encabezadas principalmente por las mujeres, es decir, en su mayoría son familias con jefatura de madres.



Sistema Individual

Conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS

Se obtuvo el índice de dificultad (*ID*) por reactivo, el cual indica la proporción de participantes que contestaron erróneamente al reactivo. Entre más se acerque su valor a uno, está indicando una mayor dificultad. En el Apéndice “G1” se muestran los reactivos de la prueba ordenados de mayor a menor dificultad. El *ID* con el valor de .5, ubicado en el eje de las abscisas (*eje Y*), indica el punto medio en el nivel de dificultad de esta prueba.

Los reactivos 10, 12, 15 (referentes a las características de las ITS) y 6 (referente a la transmisión del VIH/SIDA) se consideran de moderada dificultad, y el resto de los ítems de la prueba resultaron ser relativamente fáciles de contestar, entre más se acerque a cero el *ID*, de menor dificultad es el ítem.

Asimismo se obtuvo el *ID* por área de conocimiento y global para la prueba. El área de conocimientos sobre VIH (siete ítems) está conformada por reactivos fáciles de contestar ($ID=.27$), es decir, los ítems dirigidos a evaluar aspectos relativos a la sintomatología, transmisión y prevención del VIH fueron contestados por los participantes sin mucha dificultad. Por otro lado, el área de conocimientos sobre ITS (seis ítems) tiene una dificultad moderada ($ID=.48$), los estudiantes contestaron con facilidad los ítems referidos a la transmisión de las ITS; sin embargo, los reactivos de mayor complejidad fueron los relativos a las características de las ITS. En general, la Prueba de Conocimientos sobre el VIH/SIDA e ITS para esta población resultó ser de dificultad baja ($ID=.36$).

Se llevó a cabo el análisis discriminante por ítem utilizando la prueba *Ji Cuadrada*. En el Apéndice “G2” se muestra el porcentaje de respuestas correctas por reactivo para el grupo de puntajes altos y bajos. Estos porcentajes se derivaron de la suma de respuestas correctas de los reactivos que conforma la prueba. Todos los ítems resultaron ser sensibles para discriminar a las personas con un nivel alto y bajo de conocimientos sobre del VIH/SIDA e ITS.

Finalmente, se calculó la *media de los puntajes obtenidos en la muestra* (\bar{x}) y la *media teórica* (*MT*), para toda la prueba y por área de conocimiento (Apéndice



“G3”). La contrastación de la MT con la \bar{X} , indica que los universitarios tienen los conocimientos mínimos necesarios sobre sintomatología, transmisión y prevención del VIH y sobre transmisión y características de las ITS. Al comparar las medias globales de la prueba se puede apreciar que los estudiantes poseen buen nivel de información sobre el VIH y las ITS. Se debe de considerar que el ID global de la prueba fue de dificultad baja.

Cabe destacar, se modificó el ítem 10 “El virus del papiloma humano y el virus del herpes genital son infecciones de transmisión sexual provocadas por bacterias”, debido a las notas y sugerencias recibidas durante la aplicación, las cuales indican que la afirmación contenía la respuesta, porque la oración inicia señalando como virus al papiloma humano y herpes, por consecuencia no pueden ser bacterias. Aún así, este reactivo obtuvo un ID elevado (0.80), indicando la probabilidad de que los estudiantes no leyeron con atención el ítem y solo pusieron atención en la última parte de la afirmación donde se señala “...son causadas por bacterias” y pasan por alto el inicio de la oración donde se especifica que son infecciones por “virus”. Por tanto, el ítem fue modificado de la siguiente forma “El papiloma humano y el herpes genital son infecciones de transmisión sexual provocadas por bacterias”.

Finalmente, en el Apéndice “C” se puede consultar los reactivos de la Prueba de Conocimientos acerca del VIH/SIDA e ITS y en el Apéndice “G4” se describe la respuesta correcta de cada ítem y el área de conocimiento que evalúa, así como los elementos que constituyen cada dimensión de la prueba.

Conocimientos acerca del uso correcto del condón

Se determinó el índice de dificultad (*ID*) por reactivo para toda la prueba. El Apéndice “G5” muestra los ítems de la prueba, los cuales se encuentran ordenados de mayor a menor dificultad. Considerando el punto medio de dificultad de la prueba, a partir de .5 en el eje de las abscisas (*eje X*) se ubican los reactivos 18, 9, 13 y 16 como ítems de dificultad media-alta. Estos elementos hacen referencia a la forma correcta de colocar un condón, al uso de lubricantes en el látex y a la utilización del preservativo masculino y femenino al mismo tiempo en el



acto sexual. Los reactivos relativos a la caducidad del preservativo, la forma correcta de abrirlo y la colocación adecuada del condón en el pene resultaron ser de poca dificultad para los estudiantes (ítems 14, 20 y 4).

El ID global de la prueba fue de .52, lo cual indica un nivel de dificultad moderado. Se llevó a cabo el análisis discriminante por medio de la prueba *Ji Cuadrada*. El Apéndice “G6” muestra el porcentaje de respuestas correctas por reactivo para el grupo de puntajes altos y bajos. Estos porcentajes se derivaron de la suma de respuestas correctas de los reactivos que conforman la prueba. Todos los ítems resultaron ser sensibles para discriminar a las personas quienes poseen un nivel alto o bajo de conocimientos acerca de la utilización correcta del condón.

Finalmente, se calculó la media ($\bar{x}= 3.36$) y la media teórica ($MT=3.5$) de la prueba. Al comparar la \bar{x} con la MT , los estudiantes evaluados estuvieron ligeramente por debajo de la MT , es decir, se encuentran por debajo del nivel de conocimientos que se requieren para contestar correctamente esta prueba. Lo anterior implica desconocimiento del uso correcto del preservativo, es decir, los universitarios conocen el condón y su utilidad, pero no poseen los conocimientos suficientes respecto a cómo usarlo correctamente.

Finalmente, en el Apéndice “C” se puede consultar los reactivos de la Prueba de Conocimientos acerca del uso correcto del condón y en el Apéndice “G4” se puede consultar la respuesta correcta de cada ítem.

Comunicación sexual con la pareja

La Escala de Comunicación Sexual con la Pareja fue contestada solamente por 272 estudiantes. Inicialmente se determinó el *poder discriminativo* de cada reactivo. El Apéndice “G7” muestra las diferencias estadísticamente significativas obtenidas entre las medias observadas del grupo bajo y alto en cada uno de los 16 reactivos. Estas diferencias fueron determinadas por la prueba *t de Student para muestras independientes*. Todos los reactivos mostraron poder discriminativo, en consecuencia se incluyeron los 16 ítems de la escala en el análisis factorial.

Se obtuvo en la *medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* un valor de .947, en consecuencia el análisis factorial es adecuado para el



tratamiento de los datos. En el Apéndice “G8” se muestran los resultados obtenidos con el análisis factorial. La Escala de Comunicación Sexual con la Pareja quedó constituida por un primer factor de siete reactivos que explican el 59.18% de la varianza total. Los ítem agrupados en este factor hacen referencia a temas como la prevención de las ITS, VIH/SIDA y el condón masculino (Factor 1) y de acuerdo con sus cargas factoriales, éstos aparecen en el siguiente orden: identificación de los síntomas, prevención y consecuencias de las ITS/VIH/SIDA, seguido de los temas referentes al condón masculino y su uso para la prevención de las ITS y del VIH.

Por otro lado, nueve reactivos se agruparon en un segundo factor, explicando el 7.65% de la varianza total. Los reactivos pertenecientes a este factor versan sobre los métodos anticonceptivos y las consecuencias de tener relaciones sexuales (Factor 2).

Así, la varianza total explicada fue de 66.83%. El *alfa de Cronbach* global obtenida para esta escala fue de .952, es decir, la consistencia interna es alta y aceptable, indicando un elevado grado de relación entre los ítems de la escala (Prat-Santaolária & Doval-Diéguéz, 2003). El Factor 1 nombrado “Comunicación sexual sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino” obtuvo un α de .936 y el Factor 2 llamado “Comunicación sexual sobre métodos anticonceptivos y consecuencias de tener relaciones sexuales” logró un α de .915 en su consistencia interna (Apéndice “G8”).

A continuación se calculó la *media* (\bar{x}) y la *media teórica* (*MT*) global de la escala y por factor. El Apéndice “G9” muestra que los estudiantes se encuentran por arriba de la *MT*, es decir, los universitarios evaluados hablan con mucha frecuencia con su pareja sobre temas sexuales relativos a la prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino, así como de métodos anticonceptivos y las posibles consecuencias de tener relaciones sexuales.

Estilos de negociación del uso del condón

La Escala de Estilos de Negociación del uso del condón fue contestada solamente por 283 estudiantes. Utilizando la prueba *t de Student para muestras*



independientes se identificaron las diferencias estadísticamente significativas entre las medias del grupo bajo y alto en cada uno de los 15 reactivos de la escala. Todos los ítems mostraron tener poder discriminativo (Apéndice “G10”), en consecuencia se incluyeron los 15 ítems en el análisis factorial exploratorio.

Esta escala obtuvo una *medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) de .791; lo cual implicó la pertinencia de aplicar el *Análisis Factorial exploratorio* a los datos. Los resultados obtenidos son congruentes y similares a los reportados por Robles y Díaz-Loving (2011), cada estilo de negociación se conforma de manera independiente y los únicos estilos agrupados son Equidad-Colaboración en una misma dimensión, hecho congruente y documentado por Robles y Díaz-Loving (2006). El Apéndice “G11” muestra los cuatro factores obtenidos en la escala.

Estos cuatro factores explican el 59.93% de la varianza total. Seis reactivos conformaron el *Factor 1 Equidad-Colaboración* haciendo referencia a la búsqueda de acuerdos y soluciones pactadas por la pareja, equitativas y satisfactorias en el momento de negociar el uso del preservativo y esta dimensión explica el 26.68% de la varianza total. El *Factor 2 Acomodación* estuvo constituido por tres ítems que versan sobre el ajuste conductual ante los deseos y comportamientos de la pareja, quedando a merced de las decisiones del compañero sexual, este factor explica el 15.96% de la varianza total. En el *Factor 3 Evitación* se agruparon tres ítems referentes al acto de eludir a la pareja para hablar sobre temas sexuales o de actuar para prevenir conflictos/desacuerdos respecto a cómo deben de protegerse sexualmente, explicando un 10.20% de la varianza total. Finalmente, el *Factor 4 Contender* quedó conformado por tres reactivos alusivos a exigir e imponer a cualquier costo las decisiones unilaterales tomadas por la persona en la relación de pareja respecto a relacionarse y protegerse sexualmente, este último factor explica un 7.08% de la varianza total. En el Apéndice “G11” se muestra la validez de constructo de la escala y cada uno de sus factores.

La consistencia interna global de la escala fue de .668, indicando según Prat-Santaolária y Doval-Diéguez (2003) consistencia interna moderada. Utilizando el *alfa de Cronbach* se calculó la consistencia interna por factor. El



Factor 1 Colaboración-Equidad obtuvo un $\alpha=.877$, el *Factor 2 Acomodación* $\alpha=.632$, el *Factor 3 Evitación* $\alpha=.595$ y el *Factor 4 Contender* $\alpha=.495$ (Apéndice “G11”). Los índices de consistencia interna son altos para el Factor 1 y bajos para el Factor 2 y 3, sin embargo el Factor 4 obtuvo un *alfa de Cronbach* extremadamente bajo, lo cual indica que los reactivos del factor tienen poca correlación entre sí y con el constructo a evaluar. Por tanto, se deben de tomar con reserva los resultados del factor 4.

Finalmente, se calculó la *media* (\bar{x}) y la *media teórica* (*MT*) global de la escala y por factor. El Apéndice “G12” muestra que los estudiantes se encuentran por debajo de la *MT* en los estilos de acomodación y evitación, es decir, este grupo de estudiantes no se caracteriza por tener estos estilos para negociar el condón con su pareja. Por otro lado, la muestra evaluada utiliza principalmente el estilo de negociación equidad-colaboración y en segundo lugar el estilo contender.

Sistema fraterno

Escala de relaciones fraternas

Se llevó a cabo un estudio previo (cf. Enríquez, Arias, & Sánchez, 2013), con el objetivo de construir la Escala de Relaciones Fraternas (*ERFRA*). Después de una extensa revisión teórica y empírica sobre las relaciones entre hermanos, se delimitaron las áreas de incidencia y dimensiones significativas del constructo: comunicación, confianza y cercanía entre hermanos. Con una muestra intencional de estudiantes ($N=165$) entre los 15 y 26 años de edad ($\bar{X}=17.3$, $DE=2.47$), pertenecientes a una preparatoria (51.5%) y a una universidad pública (48.5%) ubicadas en el Distrito Federal se exploraron los constructos de interés con la *Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas* (*RSNM*) (Reyes-Lagunes, 1993), cuyo objetivo principal fue describir el significado psicológico con base en los núcleos de la red y los elementos más próximos a cada concepto.

Los resultados indican que la comunicación, la confianza y la cercanía fraterna no son elementos independientes, sino que forman una misma dimensión, lo cual es evidente al analizar la primera palabra definidora de cada estímulo. La



comunicación y cercanía entre hermanos está definida por la *confianza*, es decir, la confianza fraterna es la base y condición necesaria para que pueda existir comunicación y cercanía entre hermanos.

A su vez, la confianza fraterna es descrita por la *comunicación*, por tanto si hay comunicación debe de haber confianza y viceversa, de modo que la *cercanía fraterna* descansa sobre dos pilares estrechamente relacionados, los cuales son la confianza y la comunicación fraterna.

El orden de las palabras utilizadas para definir los estímulos (grado de acuerdo obtenido con la *rho de Spearman*) se correlacionaron significativamente con cada uno de los estímulos. Cabe mencionar que estos resultados parecen no depender del sexo, porque la *Ji cuadrada* no determinó diferencias estadísticamente significativas entre las palabras definidoras utilizadas por hombres y mujeres, favoreciendo la construcción de una sola escala para evaluar las relaciones fraternas independientemente del sexo.

Derivado de estos resultados, se construyó una escala para evaluar las relaciones fraternas. La propuesta estuvo constituida por nueve reactivos en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta de 1 (Nunca) a 5 (Una gran cantidad de veces). Esta propuesta fue validada con una muestra no probabilística de tipo accidental conformada por 347 estudiantes universitarios (28.5% varones y 71.5% mujeres), con promedio de edad de 19.8 ($DE= 1.8$) adscritos a cuatro carreras diferentes de una universidad pública ubicada en la zona oriente del Distrito Federal.

Algunos participantes se encontraron en la situación de tener tanto hermanos mayores como menores (25.9%), por ende pudieron contestar ambas escalas. De esta forma, se obtuvieron 216 instrumentos contestados en la sección referente al hermano mayor y 224 respecto del hermano menor. Así, el 60.8% de la muestra reportó tener al menos un hermano mayor, el 77% al menos un hermano menor, el 66% una hermana mayor y finalmente el 84% una hermana menor.

El análisis discriminante determinó que los reactivos de ambas escalas (para el hermano mayor y menor) son sensibles para diferenciar los puntajes altos



de los bajos. Las *medidas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) fueron altas; .922 para el instrumento dirigido al hermano mayor y .911 para el referente al hermano menor, en consecuencia, ambas escalas fueron susceptibles para ser analizadas con un modelo de análisis factorial exploratorio, debido a que los valores de la *KMO* se acercan a 1 (De Vicente-y-Oliva & Manera-Bassa, 2003).

Los resultados del análisis factorial exploratorio revelaron que ambas escalas son unidimensionales. Los reactivos del factor único hacen referencia a aspectos relativos de la comunicación, confianza y cercanía fraterna basados en el apoyo/ayuda y el amor/cariño hacia el/la hermano(a). La varianza explicada de la escala para el hermano mayor fue de 66.81% y obtuvo un coeficiente de consistencia interna de .938. La escala dirigida hacia la relación con el hermano menor explica el 68.91% de la varianza total y obtuvo un coeficiente de *alfa de Cronbach* de .943, es decir, ambas escalas tienen un nivel aceptable de consistencia interna.

Cercanía fraterna con el hermano mayor

De la muestra evaluada ($N=340$), el 55.2% reportó tener al menos un hermano mayor, en el 27.3% de los casos, éste era varón y en el 27.9% era mujer. Los análisis de validación de este apartado se llevaron a cabo considerando solamente 179 (52.6%) participantes, los cuales contestaron la sección relativa a la relación fraterna con el hermano mayor. De estos 179 estudiantes, el 48.8% contestó la escala pensando en su hermano y 51.2% en su hermana mayor.

Se realizó el *análisis discriminante* por cada uno de los reactivos con la prueba *t de Student para muestras independientes*, comparando las medias de los puntajes altos y bajos. El Apéndice "G13" muestra los resultados del análisis discriminante. Todos los elementos resultaron tener poder discriminativo, en consecuencia los nueve ítems de la escala fueron incluidos en el análisis factorial exploratorio.

Para saber si la escala era adecuada para ser analizada con el análisis factorial, se calculó la *medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin*



(*KMO*) obteniendo .944, en consecuencia fue pertinente el análisis factorial exploratorio.

El Apéndice “G14” muestra los resultados del análisis factorial exploratorio. La ERFRA para el hermano mayor se conformó por un solo factor “Cercanía afectiva-fraterna basada en el apoyo y la confianza en el hermano mayor” y explica el 79.81% de la varianza total. El *alfa de Cronbach* obtenido fue de .968, por tanto cuenta con un buen nivel de consistencia interna (Coolican, 2005).

Finalmente, se calculó la *media* ($\bar{X}=35.1$) y la *media teórica* ($MT=27$) de la escala, las cuales fueron contrastadas. Los resultados muestran que los estudiantes se encuentran por arriba de la *MT*, es decir, se perciben cercanos a sus hermanos/as mayores.

Cercanía fraterna con el hermano menor

De la muestra evaluada ($N=340$), el 44.7% reportó tener al menos un hermano menor; en el 21.0% de los casos, éste era del sexo masculino y en el 23.7% era femenino. Los análisis de validación de este apartado se llevaron a cabo considerando solamente a 193 (56.7%) participantes, los cuales contestaron la sección relativa a la relación fraterna con el hermano menor. De estos 193 estudiantes, el 46.2% contestó la escala pensando en su hermano y 53.8% en su hermana.

El Apéndice “G15” muestra los resultados del análisis discriminativo por reactivo a partir de la comparación de medias entre los puntajes altos y bajos por medio de la *t de Student para muestras independientes*. Todos los reactivos de la escala tuvieron poder discriminativo, en consecuencia, los nueve ítems fueron sometidos al análisis factorial exploratorio.

Se obtuvo una *medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin* (*KMO*) de .933, este resultado indicó la pertinencia de aplicar un modelo de análisis factorial porque los valores de la *KMO* se acercan a 1 (De Vicente-y-Oliva & Manera-Bassa, 2003). Los resultados del análisis factorial exploratorio se exponen en el Apéndice “G16”. La escala se constituyó en una sola dimensión, bajo la cual se agrupan reactivos relativos a la comunicación, confianza y cercanía



fraterna basados en el apoyo/ayuda y el amor/cariño hacia el/la hermano(a). Este factor único explica el 75% de la varianza total. La consistencia interna de la escala fue alta según el coeficiente del *alfa de Cronbach* ($\alpha=.958$).

Finalmente, se calculó la *media* ($\bar{X}=34.3$) y la *media teórica* ($MT=27$) de la escala. Los resultados muestran que los estudiantes se encuentran por arriba de la MT, es decir, se perciben cercanos a sus hermanos/as menores.

Sistema parental

Estilos parentales paternos

El Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental (CPAP) para el padre fue contestado solamente por 218 estudiantes. Utilizando la prueba *t de Student para muestras independientes*, se identificaron las diferencias estadísticamente significativas entre las medias del grupo bajo y alto en cada uno de los 31 reactivos de la escala. Todos los ítems, excepto el número 2, tuvieron poder discriminativo, en consecuencia este reactivo se eliminó y los ítems restantes fueron sometidos al análisis factorial exploratorio (Apéndice "G17").

El análisis factorial exploratorio es adecuado para el tratamiento de los datos debido a que se obtuvo .866 en la *medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)*, considerado por De Vicente-y-Oliva y Manera-Bassa (2003) como un resultado "sumamente aceptable".

El Apéndice "G18" muestra los resultados del análisis factorial exploratorio del CPAP para el padre. Así, este cuestionario quedó constituido por cuatro factores. El *Factor 1 Estilo negligente* estuvo constituido por nueve reactivos y explica el 25.69% de la varianza total, los ítems hacen referencia a la poca atención de los padres hacia sus hijos, así como a las escasas muestras de afecto que les brindan; ejemplos de estos reactivos son: es poco responsable conmigo; en la casa cada quien hace lo que quiere y nadie le pide cuentas; se mantiene alejado y ajeno a lo que hacemos sus hijos; se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos.



El *Factor 2 Estilo democrático* se conformó por ocho ítems, en conjunto, estos reactivos explican el 16.25% de la varianza total. Los reactivos agrupados en este factor hacen referencia a la clara exigencia que los padres demandan sin desatender las necesidades de sus hijos, al establecimiento de límites y a la promoción de la comunicación como vía para resolver conflictos entre padres e hijos; ejemplos de estos ítems son: cuando quiere que yo haga algo me explica las razones; toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos; me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone; cuando toma una decisión que me afecta, él está dispuesto a discutirla conmigo y aceptar que cometió un error.

El *Factor 3 Estilo autoritario* se estructuró con seis reactivos para explicar el 5.98% de la varianza total, vinculándose en este factor los ítems referentes a las altas exigencias de los padres y la poca atención a las necesidades de sus hijos; ejemplos de estos reactivos son: no acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones; me exige que haga las cosas exactamente como él quiere; cuando piensa que debo hacer algo me obliga a hacerlo aunque no quiera.

El *Factor 4 Estilo permisivo* se consolidó con cuatro ítems, los cuales explican el 4.03% de la varianza total. Estos reactivos hacen referencia a las pocas exigencias de los padres pero a la atención de las necesidades de sus hijos; ejemplos de estos reactivos son: acepta fácilmente las disculpas y justificaciones que doy de mis errores y malas conductas; es muy consentidor(a) conmigo; piensa que debe respetarse la manera de ser de los hijos.

Así, el *CPAP* para el padre explicó el 51.96% de la varianza total. Cabe mencionar que se eliminaron los reactivos 26, 27 y 31 porque no se asociaron con ninguno de los cuatro factores identificados.

La consistencia interna total del *CPAP* para el padre fue aceptable ($\alpha=.837$), esto significa un alto grado de relación entre los ítems del instrumento (Prat-Santaolária & Doval-Diéguéz, 2003). Respecto a los coeficientes de consistencia interna por dimensión, el *Factor 1 Estilo parental negligente*, obtuvo un α de .894; el *Factor 2 Estilo parental democrático*, logró un α de .824; el *Factor 3 Estilo parental autoritario*, consiguió un α de .745 y finalmente el *Factor 4 Estilo parental*



permisivo, obtuvo $\alpha=.692$ como indicador de la consistencia interna (Apéndice “G18”).

Finalmente, se calculó la *media* y la *media teórica (MT)* global de la escala y por factor. El Apéndice “G19” muestra que los estudiantes se encuentra por arriba de la *MT* en los estilos parentales paternos negligente y autoritario, es decir, los estudiantes perciben a sus padres como individuos autoritarios, con altas exigencias hacia ellos (estilo autoritario) pero con poco involucramiento y escasa atención a sus necesidades como hijos (estilo negligente).

Estilos parentales maternos

El Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental (*CPAP*) para la madre fue contestado solamente por 248 estudiantes. Utilizando la prueba *t de Student para muestras independientes* se identificaron las diferencias estadísticamente significativas entre las medias del grupo bajo y alto en cada uno de los 31 reactivos de la escala.

En el Apéndice “G20” se exponen los resultados del análisis discriminante por reactivo del *CPAP* para la madre. Todos los ítems tuvieron poder discriminativo, por ende, los 31 elementos del instrumento fueron sometidos al análisis factorial exploratorio.

La *medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* fue de .901. El resultado derivado de la *KMO* es considerado aceptable (De Vicente-y-Oliva y Manera-Bassa, 2003), motivo por el cual se procedió a analizar el *CPAP* para la madre con el modelo de análisis factorial exploratorio. En el Apéndice “G21” se muestran los resultados obtenidos en el análisis factorial exploratorio, la varianza total explicada y la varianza explicada por factor.

El análisis factorial agrupó los reactivos del *CPAP* para la madre en cuatro factores (Apéndice “G21”). El *Factor 1 Estilo negligente* se conformó por 9 reactivos y explica el 28.23% de la varianza total, los elementos de este factor hacen referencia principalmente a la escasa atención y afecto que los padres brindan a sus hijos; ejemplos de estos reactivos son: es poco responsable



conmigo; se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos y se mantiene alejado y ajeno a lo que hacemos sus hijos.

El *Factor 2 Estilo democrático* se constituyó por la agrupación de 9 reactivos, los cuales se refieren a los aspectos relativos de las demandas parentales, al establecimiento de reglas claras y a fomentar la resolución de conflictos por medio de la comunicación, sin desatender las necesidades de los hijos; ejemplos de estos ítems son: toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos; me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone, cuando quiere que yo haga algo me explica las razones. En este factor también se agruparon reactivos referentes a la libertad que los padres brindan a sus hijos, por ejemplo; me permite decidir la mayor parte de las cosas por mí mismo, me da libertad para actuar y comportarme como yo lo deseé y es muy tolerante y permisiva conmigo. Este factor explica el 13.39% de la varianza.

El *Factor 3 Estilo autoritario* explica el 5.18% de la varianza total, está organizado por seis reactivos concernientes a la escasa atención de las necesidades de los hijos y las altas exigencias parentales. Algunos ejemplos de estos ítems son: no acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones; piensa que una disciplina firme y rigurosa es la mejor manera de educar a los hijos, me exige que haga las cosas exactamente como ella quiere y me ha impuesto una disciplina rígida y severa.

El *Factor 4 Estilo permisivo* se configuró por medio de tres reactivos que versan sobre la atención parental a las necesidades de los hijos pero con poca exigencia hacia éstos. Los ítems de esta dimensión fueron: es muy consentidora conmigo, acepta fácilmente las disculpas y justificaciones que doy de mis errores y malas conductas y piensa que debe respetarse la manera de ser de los hijos. En conjunto, estos reactivos explican el 3.82% de la varianza total.

El *CPAP* para la madre explica 50.62% de la varianza total y quedaron excluidos los elementos 3, 13, 26 y 31 porque no se agruparon en ninguno de los cuatro factores identificados. La consistencia interna global del *CPAP* para la madre fue de $\alpha=.782$; para Robles y Díaz-Loving (2011) un puntaje de 0.70 en



adelante se considera como una adecuada consistencia interna. Respecto a las sub escalas, el estilo parental negligente (Factor 1) alcanzó un α de .896, el estilo parental democrático (Factor 2) obtuvo $\alpha=.880$ y el estilo parental autoritario $\alpha=.799$ (Factor 3). Estos resultados indican una consistencia interna alta y aceptable (Coolican, 2005) en cada una de las sub escalas; sin embargo, el coeficiente del *alfa de Cronbach* con menor valor fue el relativo al estilo parental permisivo (Factor 4), teniendo como resultado $\alpha=.657$; empero este resultado sigue siendo considerado por Prat-Santaolária y Doval-Diéguéz (2003) como *consistencia interna moderada*.

El Apéndice “G22” muestra la media teórica (*MT*) por cada uno de los factores del *CPAP* para la madre, así como la media estimada a partir de los puntajes de la muestra. Los estudiantes evaluados se encuentran por arriba de la *MT* en los estilos parentales negligente y autoritario, es decir, los estudiantes evaluados perciben a sus madres como autoritarias, con altas exigencias hacia ellos (estilo autoritario) pero con poco involucramiento y escasa atención a las necesidades de sus hijos (estilo negligente).

Comunicación sexual con el padre

La Escala de Comunicación Sexual con el padre fue contestada solamente por 281 participantes. Se obtuvo el *análisis discriminante* por reactivo al comparar las medias de cada ítem del grupo con puntajes altos y bajos por medio de la *t de Student para muestras independientes*. El Apéndice “G23” muestra los resultados de este análisis; los 17 reactivos de la escala tienen poder discriminativo, por tal motivo, todos los elementos fueron considerados para el análisis factorial.

Se obtuvo .947 en la *medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)*, por tanto, los datos son adecuados para ser analizados por un modelo de análisis factorial exploratorio según De Vicente-y-Oliva y Manera-Bassa (2003).

En el Apéndice “G24” se muestran los resultados del análisis factorial exploratorio, los cuales muestran como todos los ítems de la escala se agrupan en un factor único, el cual mide una sola dimensión de la comunicación sexual con el padre. Los reactivos que conforman este factor hacen referencia principalmente a



los aspectos relativos a cómo son los preservativos y los métodos anticonceptivos, su efectividad y uso; así como las posibles consecuencias de tener relaciones sexuales desprotegidas, tales como ITS/VIH/SIDA/embarazo no planeado y las formas de prevenir dichas consecuencias.

La varianza total explicada fue de 70.23%. El *coeficiente de consistencia interna* de la escala fue de .972, es decir, la escala posee un nivel de consistencia interna alto (Prat-Santaolária & Doval-Diéguez, 2003).

Finalmente se calculó la *media* ($\bar{X}=33.80$) y la *media teórica* ($MT=51$) de la escala. Los resultados muestran que los universitarios se encuentran muy por debajo de la *MT*; lo cual indica que hablan poco con el padre sobre cómo son los preservativos y los métodos anticonceptivos, su efectividad y uso; así como sobre las posibles consecuencias de tener relaciones sexuales desprotegidas.

Comunicación sexual con la madre

La Escala de Comunicación Sexual con la madre fue contestada solamente por 275 participantes. Se llevó a cabo el *análisis discriminante* por reactivo al comparar las medias de cada uno de los reactivos del grupo de puntajes altos y bajos por medio de la *t de Student para muestras independientes*. El Apéndice “G25” muestra como todos los ítems tiene poder discriminante, en consecuencia, la escala completa fue sometida al análisis factorial exploratorio.

El valor obtenido de la *medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* fue .960, en consecuencia los datos obtenidos de la muestra son adecuados para la aplicación del análisis factorial, debido a que entre más próximo sea el valor a 1, existe mayor pertinencia para este tipo de análisis (De Vicente-y-Oliva & Manera-Bassa, 2003).

El Apéndice “G26” muestra los resultados del análisis factorial exploratorio. La Escala de Comunicación Sexual con la madre es unidimensional, es decir, los ítems se agrupan en un factor único, el cual mide una sola dimensión de la comunicación sexual con la madre. Los reactivos que conforman este factor hacen referencia principalmente a aspectos relativos a cómo son los preservativos y los métodos anticonceptivos, su efectividad y uso; así como las posibles



consecuencias de tener relaciones sexuales desprotegidas, tales como ITS/VIH/SIDA/embarazo no planeado y las formas de prevenir dichas consecuencias.

Asimismo, el Apéndice “G26” muestra que la varianza total explicada fue de 64.61%, el valor del *alfa de Cronbach* fue de .967, lo cual indica una consistencia interna alta (Prat-Santaolária & Doval-Diéguez, 2003).

Finalmente, se calculó la *media* ($\bar{X}=43.5$) y la *media teórica* ($MT=51$) de la escala. Los resultados muestran que los estudiantes se encuentran por debajo de la *MT*; lo anterior indica que los participantes hablan poco con la madre sobre cómo son los preservativos y los métodos anticonceptivos, su efectividad y uso; así como las posibles consecuencias de tener relaciones sexuales desprotegidas, tales como ITS/VIH/SIDA/embarazo no planeado y las formas de prevenir dichas consecuencias.

Sistema cultural

Estereotipos de género

Solamente 313 participantes contestaron el Inventario para la Evaluación de la Ideología de Género. Se determinó el poder discriminativo de los reactivos por medio de la prueba *t de Student para muestras independientes*, la cual se utilizó para comparar las medias de cada uno de los reactivos del grupo de puntajes altos y bajos.

En el Apéndice “G27” se muestran los resultados del análisis discriminativo. Todos los reactivos resultaron sensibles para discriminar los puntajes altos de los bajos, por tal motivo se consideraron los 12 ítems para el análisis factorial exploratorio.

La *medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* fue de .895, entre más se acerque el valor a 1, más adecuado se torna el análisis factorial exploratorio para el análisis de los datos (De Vicente-y-Oliva & Manera-Bassa, 2003).



En el Apéndice “G28” se exponen los resultados del análisis factorial exploratorio. El Inventario para la Evaluación de la Ideología de Género quedó conformado por dos factores; el primer factor explica el 44.36% de la varianza total y está configurado por ocho elementos. Los reactivos agrupados en este factor hacen referencia al estereotipo del hombre macho, ejemplos de estos ítems son: el eje de una familia es indudablemente el padre; una familia funciona mejor si es el hombre quien establece las reglas del hogar; los hijos obedecen cuando es el padre y no la madre quien los regaña. Al agruparse los reactivos en este orden se redefinió el nombre del factor como “Machismo”.

Por otro lado, el segundo factor explica el 10.96% de la varianza total y se estructuró con cuatro reactivos referentes al marianismo, los ítems son: una madre es más cariñosa que un padre; los hijos son mejor educados por una madre que por un padre; la mujer tiene mayor capacidad para cuidar a los hijos enfermos y es el hombre quien debe encargarse de proteger a la familia. Por tanto el segundo factor fue denominado “Marianismo”.

La varianza total explicada fue de 55.40%. El *alfa de Cronbach* global obtenido para este inventario fue de .879, lo cual significa que el instrumento tiene una consistencia interna alta, es decir, existe un alto grado de relación entre los ítems que componen el inventario (Prat-Santaolária & Doval-Diéguéz, 2003).

El *Factor 1 Machismo* obtuvo un *coeficiente de consistencia interna* de $\alpha=.877$ y el *Factor 2 Marianismo* consiguió $\alpha=.702$ (Apéndice “G28”), ambos resultados indican un coeficiente moderado-alto de consistencia interna (Prat-Santaolária & Doval-Diéguéz, 2003).

En el Apéndice “G29” se expone la *media* (\bar{X}) y la *media teórica* (MT) para cada uno de los factores. La muestra se encuentra por debajo de la MT, es decir, los estudiantes no tienen una visión estereotipada de lo que implica ser un hombre y una mujer de acuerdo a las expectativas socioculturales en México; sin embargo, cabe destacar que existe un mayor nivel de acuerdo sobre lo que debería esperarse de una mujer tradicional (marianismo) a diferencia de un hombre (machismo).

7.3 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En términos generales, los resultados del presente estudio muestran que la mayoría de los instrumentos de evaluación fueron considerados con propiedades psicométricas adecuadas (Nunnally & Bernstein, 1995), lo cual permite que éstos puedan ser utilizados en el Estudio II de esta investigación.

El análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio instrumental conducen a las siguientes conclusiones:

La prueba de conocimientos acerca del VIH/SIDA e ITS obtuvo un índice de dificultad (*ID*) global de .36, lo que indica un nivel de dificultad bajo. Al analizar las áreas de la prueba por separado se encontró que el *ID* relativo a los “Conocimientos sobre VIH” fue baja (.27), esto significa que las preguntas sobre este tema fueron sencillas de contestar para los universitarios. Sin embargo, el área de conocimientos sobre ITS obtuvo un *ID* de .48, es decir, tiene una dificultad moderada. Estos resultados ponen de manifiesto que los estudiantes podrían tener suficiente información sobre el VIH/SIDA pero poseen menor información respecto a la sintomatología y transmisión de las ITS, siendo estos reactivos los más difíciles de la prueba, aunque en términos generales siguen siendo fáciles de responder para los estudiantes.

Estos *índices de dificultad* bajos pueden deberse a que existe suficiente información disponible sobre la sintomatología, transmisión y prevención del VIH, por tal motivo los estudiantes contestaron en su mayoría correctamente a cada una de las afirmaciones. Robles (2005) hace una revisión respecto a las múltiples campañas de prevención del VIH/SIDA emprendidas por CENSIDA como programas de *promoción de la salud*, las cuales se han caracterizado por difundir a través de diferentes medios, mensajes alusivos al SIDA, los cuales han cambiando a lo largo de los años como producto de evaluaciones que se han realizado sobre su impacto en distintos sectores de la población mexicana. La conclusión de esta revisión es que las acciones emprendidas por CENSIDA son responsables –entre otros factores- de que en diversos estudios realizados con



población adolescente y jóvenes universitarios se reporten niveles aceptables de conocimientos sobre las formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Juventud (2010) corroboran la conclusión de Robles (2005), al señalar en sus resultados que entre la población mexicana de entre 15 y 29 años, los conocimientos sobre medios de prevención de ITS están cada vez más difundidos, especialmente entre los más jóvenes. Esta encuesta estima que nueve de cada diez jóvenes conoce sobre métodos de prevención, siendo el condón el método de protección más conocido. Al aplicar este tipo de pruebas a los jóvenes, es posible que las preguntas sean fáciles de contestar porque se encuentran informados sobre estos temas.

Aún con el ID global de la prueba ($ID=.36$) el análisis discriminativo por reactivo resultó favorable porque cada uno de los elementos demostró tener poder discriminante, es decir, cada ítem de la prueba permite diferenciar a los participantes con altos niveles de conocimientos de quienes no poseen conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS.

Respecto a la prueba de conocimientos acerca del uso correcto del condón, se obtuvo un ID global de .52, lo cual significa que los reactivos tiene una dificultad moderada. Los ítems de esta prueba se encuentran equilibrados en el nivel de dificultad, la mitad de las afirmaciones se encuentran por arriba de .5 y el resto por debajo de .5 del ID . Todos los reactivos resultaron tener poder discriminativo, por tanto cada ítem permite diferenciar a los participantes quienes tienen conocimientos veraces sobre cómo usar correctamente un condón, de quienes no.

Cabe destacar que estas pruebas de conocimientos son versiones cortas que originalmente forman parte de la Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual (Moreno et al., 2011a). De esta encuesta, se seleccionaron las afirmaciones en función de la relevancia teórica y de la representatividad de los tópicos que abordan; y en el presente estudio se validaron.

La escala de comunicación sexual con la pareja obtuvo un $\alpha=.95$ y los 16 reactivos fueron sensibles para discriminar a los participantes que hablan frecuentemente con la pareja de quienes no. Este índice de consistencia interna es similar al reportado por Moreno et al. (2011a) cuando validó la escala ($\alpha=.97$).



Este instrumento de medición permite conocer la frecuencia con la cual los estudiantes se comunican con su pareja sobre temas relacionados con la prevención de ITS/VIH/SIDA/condón masculino ($\alpha=.93$), la utilización de métodos anticonceptivos y consecuencias de tener relaciones sexuales ($\alpha=.91$).

Esta escala es una versión corta de la construida y validada por Moreno et al. (2011a). Si bien la escala original es unidimensional, en el caso de esta muestra se agrupó en dos factores, el primero relativo a los temas de prevención de problemas de salud sexual por medio del uso del condón; el segundo factor hace referencia a las consecuencias de tener relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos como una forma de prevenirlos. Cabe destacar que problemas de salud sexual como las ITS y el VIH/SIDA, se encuentran asociados específicamente con el uso del preservativo. Otro tipo de consecuencias—como los embarazos—se vinculan con métodos anticonceptivos que no necesariamente son el condón.

Por otro lado, la escala de estilos de negociación del uso del condón obtuvo un *alfa de Cronbach* global $\alpha=.66$, la cual dista mucho del $\alpha=.89$ reportada por Robles y Díaz-Loving (2011). Al analizar la consistencia interna se obtuvieron niveles poco aceptables en el Factor 2 ($\alpha=.632$, acomodación), Factor 3 ($\alpha=.595$, evitación) y Factor 4 ($\alpha=.495$, contender). Solamente el Factor 1 ($\alpha=.877$, equidad-colaboración) obtuvo un coeficiente de *alfa de Cronbach* elevado. Es importante considerar que este primer factor se evalúa por medio de seis reactivos, el resto de las dimensiones solamente cuentan con tres ítems cada uno.

La diferencia en el número de reactivos por factor pudiera influir en el resultado de la consistencia interna, debido a que el *alfa de Cronbach*, se calcula a partir de un conjunto de ítems que se combinan *aditivamente* para obtener una puntuación global. Así, el número de reactivos incluidos en una escala puede representar un medio por el cual se aborde con mayor amplitud y profundidad un constructo —siempre y cuando los reactivos se relacionen entre sí para evaluar el constructo teórico—.

Por tanto, al elegir solamente tres reactivos en cada uno de los factores de la escala se corre el riesgo de sesgar y evaluar parcialmente una pequeña parte



de una de las dimensiones del constructo, lo cual afectaría la validez y la consistencia interna de la escala y de cada uno de sus factores. Obtener una versión corta de 15 de los 45 reactivos de la escala original representó un problema en la confiabilidad y validez de esta escala.

También es importante considerar el hecho de que los reactivos seleccionados hayan sido mal elegidos. Esto conlleva a reflexionar sobre los criterios utilizados para escoger los ítems, los cuales, probablemente no fueron los más adecuados. En este sentido, hubiera sido una decisión más acertada utilizar la escala completa para evaluar los cuatro estilos de negociación.

Sin embargo, cabe destacar que el Factor 1 obtuvo un $\alpha=.877$, lo cual indica un elevado nivel de consistencia interna. Esta dimensión (equidad-colaboración) es trascendental para entender el comportamiento sexual protegido porque este estilo de negociación es el que se encuentra asociado con el uso del condón en las relaciones sexuales según diversos estudios (Robles & Díaz Loving, 2011; Robles et al., 2011; Jiménez, 2010).

Respecto a los instrumentos de medición para evaluar las relaciones fraternas con el hermano mayor ($\alpha= .968$) y menor ($\alpha= .958$), ambas escalas representan una adecuada opción para evaluar la cercanía fraterna en términos de la frecuencia y percepción de proximidad con la cual se interactúa con un hermano para favorecer el sentimiento de una relación cálida, solidaria y afectiva. Las dos escalas son unidimensionales y tienen nueve reactivos, lo que las hace breves, optimizando el tiempo para responder, además, ambas escalas tienen un índice de consistencia interna aceptable.

Referente a la relación con los padres, el Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental para el padre obtuvo un $\alpha= .894$. De los cuatro factores extraídos del cuestionario, el último obtuvo un $\alpha=.692$. La versión del cuestionario para la madre obtuvo un $\alpha= .782$ global e igualmente en el cuarto factor se obtuvo un $\alpha= .657$. En ambas escalas, la dimensión referida al padre/madre permisivo tiene un α bajo. Cabe destacar que ambos factores están constituidos por tres ítems. Estas dimensiones se encuentran en la misma situación que el Factor 4 de la escala de estilos de negociación. Los factores al estar constituidos por pocos



reactivos se ven afectados en su nivel de consistencia interna. Sin embargo, los factores restantes que conforman este cuestionario se encuentran en condiciones óptimas para ser utilizados en el Estudio II.

Aun así, cabe destacar que la conducta sexual protegida se encuentra asociada no a un estilo parental negligente –la cual obtuvo un α bajo-, sino a prácticas y estilos caracterizados por un adecuado control e involucramiento afectivo, como por ejemplo, el estilo democrático (cf. Climent, 2009; Huebner & Howell, 2003), el cual obtuvo un $\alpha=.88$.

En torno a las escalas de comunicación sexual con el padre ($\alpha=.972$) y la madre ($\alpha=.967$), éstas obtuvieron índices de consistencia interna aceptables y todos los reactivos son sensibles para discriminar a quienes hablan frecuentemente con el padre/madre de quienes no. Este índice de consistencia interna es similar al reportado por Moreno et al. (2011a) para el padre ($\alpha=.98$) y la madre ($\alpha=.97$) cuando validaron las escalas. Ambos instrumentos permiten conocer la frecuencia con la cual los estudiantes hablan con sus padres sobre diversos tópicos sexuales como ITS/VIH/SIDA y condón masculino. Las escalas aquí presentadas son una versión corta de la construida y validada por Moreno et al. (2011a).

Por último, el Inventario para la Evaluación de la Ideología de Género obtuvo un índice de consistencia interna aceptable ($\alpha=.879$). Los dos factores que constituyen el inventario resultan útiles para evaluar el conjunto de creencias y prescripciones sobre el significado que tiene ser hombre y ser mujer en la cultura mexicana, principalmente en el área familiar y del hogar. Esta es una versión breve del inventario original construido por Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005), solamente se validaron dos de los cuatro factores originales del inventario.

En resumen, el coeficiente de *consistencia interna global* de todos los instrumentos de medición varió en un rango de .668 a .972. Los valores de este coeficiente oscilan entre 0 y 1, entre más se acerque el valor a 1 mayor consistencia interna tiene la escala o instrumento de medición. En todas las escalas, cuestionarios e inventarios con un nivel de medición intervalar, con opción de respuesta tipo Likert, se obtuvieron propiedades psicométricas



adecuadas en la mayoría de los casos -a excepción de la escala de negociación del uso del condón y los factores del estilo parental negligente paterno y materno-. Los resultados del análisis discriminativo fueron favorables, todos los reactivos, de todas las escalas resultaron ser sensibles para identificar a los participantes con puntajes altos y bajos. Solamente se eliminó un reactivo del CPAP para el padre por no tener poder discriminativo.

Las *medidas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* fueron elevadas en todos los casos, encontrándose valores desde .791 hasta .960. De Vicente-y-Oliva y Manera-Bassa (2003) señalan que esta medida indica qué tan adecuados son los datos obtenidos para un modelo de análisis factorial. Un valor próximo a 1 de *KMO* indicaría la pertinencia de utilizar en el tratamiento de los datos el análisis factorial, de esta forma, un valor de la medida *KMO* de .80 a .90 son considerados como “muy aceptables”, en comparación con los puntajes por debajo de .50, considerados no admisibles.

Respecto a la varianza total explicada por los instrumentos de medición, se encontró que el nivel más bajo de varianza explicada fue de 50.6% (Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental para la madre) y el nivel más alto de varianza explicada fue de 79.8%(Escala de Relaciones Fraternas para el hermano menor y para el hermano mayor). Las escalas que menor varianza explicada aportan son: Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental para la madre (50.6%), Cuestionario de Patrones de Autoridad parental para el padre (51.9%), inventario para la Evaluación de la Ideología de Género (55.4%) y la Escala de Estilos de Negociación del uso del condón con la pareja (59.9%). No obstante, cabe hacer mención sobre el hecho de que explicar más del 50% de la varianza total es un atributo positivo y tienen un aporte moderado en el entendimiento del constructo.

Las escalas con mayor nivel de varianza explicada son: Escala de Comunicación Sexual con el padre (64.6%), Escala de Comunicación Sexual con la pareja (66.8%), Escala de Comunicación Sexual con la madre (70.2%), Escala de Relaciones Fraternas para el hermano menor (75.0%) y Escala de Relaciones Fraternas para el hermano mayor (79.8%). Todas estas escalas de medición



contribuyen en un nivel moderadamente alto al entendimiento de la varianza de los constructos que cada instrumento evalúa.

En este estudio instrumental se validaron dos pruebas de conocimientos, seis escalas, dos cuestionarios y un inventario (Apéndices “C”, “D”, “E” y “F”). El concentrado de reactivos de todos estos instrumentos de evaluación genera una gran cantidad de ítems, lo que implica un mayor costo de tiempo para los respondientes. Lo anterior no es favorable para las condiciones de aplicación; Bellido y Montealegre (2006) señalan que en la aplicación de un instrumento de evaluación se deben de tomar en cuenta aspectos relacionados con el contexto, tales como el lugar para responder, el nivel educativo de los participantes, espacio físico, mobiliario o incluso el tiempo disponible para la aplicación de la escala o cuestionario, en este sentido, los profesores de las entidades académicas no brindaron más de 60 minutos para la aplicación.

En esta misma línea de pensamiento, González y Crespo (2006) hacen referencia al criterio de *practicabilidad* en la evaluación, es decir, a todos aquellos aspectos ambientales, formales y materiales implicados en la elaboración, aplicación, interpretación y corrección de los instrumentos de evaluación, de tal forma, que sugieren buscar la adecuación del instrumento en función de las posibilidades materiales para su construcción, del tiempo disponible para su administración, del lenguaje de los participantes, de la corrección y captura de resultados.

Entonces, al tener en promedio una hora para contestar el concentrado de instrumentos, el costo en tiempo fue elevado para los respondientes, por tanto fue imperante atender al criterio de *practicabilidad* en la evaluación (Bellido & Montealegre, 2006; González & Crespo, 2006) y crear versiones cortas de las escalas de medición para: a) reducir la cantidad de ítems, b) mermar los tiempos de administración, facilitando la cooperación de los profesores y reduciendo la afectación a los estudiantes al quitarles menor tiempo de sus horas de clase, c) reducir los costos de tiempo para los respondientes, favoreciendo su cooperación (la evaluación fue voluntaria) al tener una versión corta de cada una de las escalas de medición y d) el tener versiones cortas evita la fatiga, favorece la atención al



responder los ítems y en palabras de Meliá et al. (1990) coadyuva a la disposición y motivación de los respondientes al contestar un instrumento breve de evaluación (reducir la exhaustividad del contenido).

Sin embargo, se debe de considerar que al elaborar versiones cortas de cada uno de los instrumentos de medición se pueden generar serios problemas en la validez y la confiabilidad –p. ej. la Escala de Estilos de Negociación del uso del condón-. En este punto se genera una disyuntiva que es importante discutir.

Por un lado, las propuestas como las de Kotchick et al. (2001) y Minuchin (1974) requieren la evaluación de múltiples sistemas en los cuales se ven implicadas diversas variables. El número de factores que se requieren medir deriva en una gran cantidad de escalas, instrumentos o cuestionarios que deben de aplicarse a una muestra.

Lo anterior se traduce en disponibilidad y tiempo -que en muchas ocasiones no se tiene-, sobre todo en instituciones educativas donde los maestros ceden sus espacios de clase y donde los estudiantes se encuentran preocupados por sus actividades académicas más que por participar en la investigación. Por tanto, las versiones cortas pueden constituirse como una alternativa –práctica y con menor costo de tiempo- para recoger información sobre las diversas variables implicadas en este tipo de propuestas como las de Kotchick et al. (2001) y Minuchin (1974).

Sin embargo, al elaborar versiones cortas, el instrumento de medición se puede sesgar y quedar incompleto, lo cual se traduce en afectación para la confiabilidad y validez. Pero, si se aplican las versiones completas de las escalas se complicaría el estudio a nivel metodológico y operativo, corriendo el riesgo de perder una cantidad significativa de casos debido a la fatiga de los estudiantes, a la falta de tiempo para contestar las escalas o a la poca disposición y motivación para participar en el estudio y responder un instrumento de medición tan extenso.

Considerando lo anterior, se generaron versiones cortas de algunos de los instrumentos de medición para llevar a cabo el Estudio II. La Tabla 7 muestra las características de las escalas en su versión original, el ajuste de estos instrumentos para el Estudio I y las versiones breves para el Estudio II de esta investigación.

Tabla 7

Dimensiones, número de reactivos y coeficiente de consistencia interna en las versiones de los instrumentos de medición.

Instrumentos de medición	Versión del instrumento de medición							
	Original			Validada en Estudio I			Breve para estudio II	
	Factores/dimensiones	Ítems	α	Factores/dimensiones	Ítems	α	Ítems	α
Prueba de conocimientos uso correcto del condón	Prueba de conocimientos uso correcto del condón	9	.65*	Prueba de conocimientos uso correcto del condón	7	*.52	7	*.46
	Prueba de conocimientos VIH/SIDA e ITS	36	.67*	Prueba de conocimientos VIH/SIDA e ITS	13	*.36	13	*.35
Escala de comunicación sexual con la pareja	Comunicación sexual con pareja	30	.97	Comunicación prevención ITS/VIH/SIDA/condón	7	.93	7	.92
				Comunicación anticonceptivos y consecuencias sexo	9	.91	4	.88
	α global	–	.97	–	.95	–	.94	
	Total ítems	30	–	16	–	11	–	
Estilos de negociación del uso del condón	Equidad	9	.90	–	–	–	–	
	Colaboración	9	.87	Equidad-colaboración	6	.87	6	.84
	Acomodación	9	.79	Acomodación	3	.63	3	.69
	Contender	9	.76	Contender	3	.49	3	.68
	Evitación	9	.70	Evitación	3	.59	3	.64
	α global	–	.89	–	.66	–	.72	
Total ítems	45	–	15	–	15	–		
Escala de relaciones fraternas hermano mayor	Cercanía hermano mayor	9	.93	Cercanía hermano mayor	9	.96	9	.97
	α global	–	.93	–	.96	–	.97	
	Total ítems	9	–	9	–	9	–	
Escala de relaciones fraternas hermano menor	Cercanía hermano mayor	9	.94	Cercanía hermano mayor	9	.95	9	.96
	α global	–	.94	–	.95	–	.96	
	Total ítems	9	–	9	–	9	–	

Instrumentos de medición	Versión del instrumento de medición							
	Original			Validada en Estudio I			Breve para estudio II	
	Factores/dimensiones	Ítems	α	Factores/dimensiones	Ítems	α	Ítems	α
Cuestionario de patrones de autoridad parental para el padre	Padre democrático	7	.83	Padre democrático	8	.82	5	.70
	Padre autoritario	9	.79	Padre autoritario	6	.74	6	.72
	Padre permisivo	8	.77	Padre permisivo	4	.69	4	.66
	Padre negligente	7	.86	Padre negligente	9	.89	7	.88
	α global	–	–		–	.83	–	.81
	Total ítems	31	–		27	–	22	–
Cuestionario de patrones de autoridad parental para la madre	Madre democrática	7	.74	Madre democrática	9	.88	6	.83
	Madre autoritaria	9	.74	Madre autoritaria	6	.79	6	.83
	Madre permisiva	8	.65	Madre permisiva	3	.65	3	.60
	Madre negligente	7	.71	Madre negligente	9	.89	8	.92
	α global	–	–		–	.78	–	.71
	Total ítems	31	–		27	–	23	–
Comunicación sexual con el padre	Comunicación con padre	30	.98	Comunicación con padre	17	.97	12	.96
	α global	–	.98		–	.97	–	.96
	Total ítems	30	–		17	–	12	–
Comunicación sexual con la madre	Comunicación con madre	30	.97	Comunicación con madre	17	.96	7	.96
	α global	–	.97		–	.96	–	.96
	Total ítems	30	–		17	–	7	–
Inventario para la evaluación de la ideología de género	Estereotipos ámbito familiar	11	.84	Marianismo	4	.70	4	.72
	Estereotipos ámbito hogareño	7	.82	Machismo	8	.87	8	.87
	Estereotipos contexto social	7	.75					
	Estereotipos ámbito interpersonal	6	.78					
	α global	.93	–		–	.87	–	.89
	Total ítems	–	31		12	–	12	–

*Se obtuvo el *índice de dificultad* (ID) en lugar del índice de consistencia interna, debido a que es una prueba de conocimientos y no una escala de medición.



Por otra parte, no hay que perder de vista que para poder abordar propuestas como las de Kotchick et al. (2001) y Minuchin (1974), es necesario evaluar este tipo de modelos en su conjunto, por tanto, se requiere obtener información de las variables implicadas en cada uno de los sistemas. Esto conlleva a establecer las condiciones necesarias para poder llevar a cabo la investigación –tiempo, disposición y operatividad- sin descuidar la calidad de la medición –extensión del instrumento, confiabilidad y validez-.

Para finalizar, es indispensable comentar brevemente algunas limitaciones del presente estudio como por ejemplo, el procedimiento de la selección de la muestra fue no aleatorio, por tanto solamente participaron alumnos pertenecientes al área de Ingeniería y Ciencias Físico Matemáticas. Los estudiantes formados en esta área tienen características particulares que les permite desempeñarse adecuadamente en sus carreras; sin embargo, el nivel de conocimientos puede cambiar en relación al área de formación académica. Robles (1999) reportó como el nivel de conocimientos referentes a la salud sexual varía en torno a la carrera. Al parecer, la formación profesional orientada al área de la salud influye en el nivel de conocimientos del estudiante, en este sentido, un alumno de ingeniería tendría mayores posibilidades de encontrarse alejado de aspectos relativos a los procesos de salud-enfermedad, en consecuencia, la información y conocimientos del alumnado pudiera ser diferente en comparación con otro tipo de estudiantes de otras carreras universitarias. Lo anterior lleva a la consideración de ampliar la muestra con alumnos de carreras enfocadas a las ciencias sociales y/o de la salud.

Otro de los riesgos de utilizar un muestreo no aleatorio es que se obtiene una muestra no representativa, es decir, al seleccionar intencionalmente a los participantes se corre el riesgo de omitir características típicas de la población de interés. En consecuencia, se puede tener una muestra, la cual no sea semejante a la población meta propuesta para el estudio, lo cual limita la generalización de los resultados más allá del grupo de personas evaluadas, debido a que la media de esa muestra puede estar alejada de la media poblacional. Sin embargo, Kerlinger y Lee (2008) señalan que las muestras no probabilísticas en ocasiones son



inevitables y puntualizan que una forma de mitigar las consecuencias de este tipo de muestreo es conocer en profundidad la población meta y el fenómeno de estudio, con el objetivo de cuidar la selección de participantes y sus características.

En conclusión, se torna fundamental la ampliación de la muestra para el Estudio II, así como la rigurosidad de la selección de los participantes que conformarán dicha muestra. Las pruebas de conocimientos validadas en este estudio son útiles para discriminar aquellos estudiantes quienes tienen conocimientos sobre VIH/SIDA/ITS y uso correcto del condón de quienes no poseen esta información, independientemente de que los universitarios tengan suficiente información para contestar de forma sencilla los reactivos.

El inventario y las escalas validadas en el estudio, resultaron con propiedades psicométricas adecuadas para evaluar el MFE en el Estudio II aún cuando se elaboraron versiones breves. A pesar de que la Escala de Estilos de Negociación del uso del condón con la pareja obtuvo un índice de consistencia interna bajo junto con las dimensiones de los estilos parentales negligente paterno/materno, cabe destacar que a nivel teórico el estilo equidad-colaboración resulta de mayor importancia para explicar la consistencia del uso del condón, y esta dimensión obtuvo un α adecuado.

En el caso de los estilos parentales, el estilo democrático cobra especial relevancia teórica para comprender la conducta sexual protegida, esta dimensión en ambas escalas (para el padre y la madre) obtuvo un α adecuado. Por tanto, las escalas, las pruebas y el inventario validados en este estudio son adecuados y pertinentes para evaluar la propuesta del MFE.

CAPÍTULO 8

ESTUDIO II. EVALUACIÓN DEL MODELO FAMILIAR ESTRUCTURAL

El presente estudio describe la relación entre variables culturales (estereotipos de género), parentales (comunicación sexual con padres y estilos parentales), fraternas (cercanía con los hermanos) e individuales (conocimientos sobre uso correcto del condón/ITS/VIH/SIDA, intenciones para usar el preservativo en la próxima relación sexual, comunicación sexual y estilos de negociación del condón con la pareja) y determina qué tipo de relaciones entre ellas explican y predicen la conducta del uso consistente del condón en estudiantes universitarios, tomando en consideración el sexo, el tipo de familia (mono/biparental) y el tipo de hermanos con el cual se convive (presencia/ausencia de hermano mayor/menor).

8.1 MÉTODO

8.1.1 Definición de la población universo

Para este estudio, la población universo estuvo definida por todos los estudiantes entre los 18 y 24 años de edad, que estuvieran inscritos en las carreras de Ingeniería Química Industrial, Textil, Industrial, Geológica, Geofísica y Petrolera del Instituto Politécnico Nacional unidad Zacatenco y unidad Ticomán; así como de las carreras de Arquitectura, Pedagogía, Relaciones internacionales, Derecho, Diseño Industrial, Comunicación y periodismo, Economía e Ingeniería Eléctrica de la Facultad de Estudios Superiores Aragón.

8.1.2 Procedimiento de selección de la muestra

Se amplió la muestra del Estudio I (n=553) y se incluyeron 785 estudiantes adscritos al área de Ciencias Sociales y Humanidades de una universidad pública. Se utilizó el mismo procedimiento de selección de la muestra que en el Estudio I, por tanto, fue un muestreo *no probabilístico*, de tipo accidental (Kerlinger & Lee, 2008), intencionado (Namakforoosh, 2005) y por cuota. La cuota fue determinada



de la misma manera que en el estudio I; sin embargo, se buscó duplicar la cantidad de estudiantes en la muestra, con el objetivo de evitar perder datos cuando los universitarios decidieran no contestar alguna sección o el instrumento completo.

8.1.3 Participantes

Participaron en la evaluación 1338 estudiantes (40.4% hombres y 59.6% mujeres) de los cuales solamente 590 (44.09%) cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra. De este grupo de 590 estudiantes, 258 fueron hombres (43.7%) y 332 mujeres (56.3%) con edad promedio de 20.42 ($DE=1.84$), el 70.2% provenían de familias biparentales y el 29.8% de familias monoparentales. El 59.0% de los estudiantes informaron vivir en el Distrito Federal con predominancia de las delegaciones Gustavo A. Madero (110 estudiantes) e Iztapalapa (60 alumnos) y el 41.0% de los alumnos informó vivir en algún municipio del Estado de México, principalmente Ciudad Nezahualcoyotl (89 estudiantes) y Ecatepec (81 alumnos). Cabe destacar que la muestra la conformaron alumnos de 13 carreras diferentes (6 ingenierías y 7 carreras del área de Ciencias Sociales y Humanidades) con predominancia de Derecho (24.4%), Pedagogía (12.5%), Comunicación y periodismo (12.2%) e Ingeniería textil (12.0%). La mayor parte de los estudiantes se encontraba cursando primero (14.7%), segundo (47.6%) y octavo semestre (10.8%).

8.1.4 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Los *criterios de inclusión* fueron: a) tener entre 18 y 24 años de edad, b) asistir presencialmente a clases dentro del plantel educativo donde se llevó a cabo la evaluación, c) tener experiencia sexual, es decir, haber tenido por lo menos una vez relaciones sexuales con penetración vaginal o anal, d) habitar en una familia monoparental (con un solo padre) o biparental (con ambos padres), e) tener al menos un hermano o hermana mayor o menor, f) vivir en el Estado de México o Distrito Federal, y g) ser de nacionalidad mexicana. Los *criterios de exclusión* fueron: a) que el participante, después de escuchar las indicaciones reporte tener



algún impedimento físico o psicológico para contestar por sí solo el instrumento de evaluación, b) vivir en una familia que no sea mono o biparental, c) cohabitar en la misma casa con la pareja y d) tener al menos un hermano o hermana mayor o menor.

8.1.5 Escenario

La aplicación del instrumento de evaluación se llevó a cabo en los salones de clase de los grupos seleccionados. Cada estudiante contestó el cuadernillo en su mesa de trabajo o pupitre.

8.1.6 Tipo de estudio

El estudio estuvo centrado en probar el MFE para explicar y predecir la consistencia en el uso del condón. De acuerdo con la clasificación de Méndez et al. (2008), este estudio es de tipo *transversal* al tomar medidas en una sola ocasión, *comparativo* debido a que se contrastarán las variables del MFE por sexo, tipo de familia y relación fraterna con el hermano mayor/menor; y *descriptivo* porque se cuenta con una sola población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables –las del MFE- para así determinar qué tipo de relaciones prescritas por el MFE predicen la conducta del uso consistente del condón en estudiantes universitarios.

8.1.7 Variables e instrumentos

Las variables que se evaluaron en este estudio se clasificaron en: variables sociodemográficas, variables de comparación, variables del patrón de comportamiento sexual y variables del MFE.

8.1.7.1 Variables sociodemográficas

Se obtuvo información de las mismas variables sociodemográficas individuales y familiares definidas en el Estudio I. Las preguntas utilizadas para obtener esta información pueden consultarse en el Apéndice “A” y “B”.



Individuales

1. Carrera profesional.
2. Semestre.
3. Delegación/Municipio de residencia.
4. Sexo.
5. Edad.
6. Estado civil.
7. Religión.
8. Preferencia sexual.
9. Tener relaciones sexuales con penetración.

Familiares

1. Número de hermanos.
2. Experiencia sexual de los hermanos.
3. Embarazo no planeado de algún hermano.
4. Estado actual de convivencia parental.
5. Cohabitación parental y de pareja en el hogar.
6. Edad de los padres.
7. Escolaridad de los padres.
8. Situación laboral de los padres.
9. Horas laboradas diariamente por los padres.
10. Religión de los padres.
11. Estado civil de los padres.
12. Número de personas que reciben remuneración económica por su trabajo.
13. Ingresos mensuales familiares.

8.1.7.2 Variables de comparación

1. Sexo (1. hombre, 2. mujer).
2. Tipo de familia (1. Monoparental, 2. Biparental).



3. Relación con el hermano mayor (1. *Tener hermano/a mayor*, 2. *No tener hermano/a mayor*).
4. Relación con el hermano menor (1. *Tener hermano/a menor*, 2. *No tener hermano/a menor*).

8.1.7.3 Variables del patrón de comportamiento sexual

El patrón de comportamiento sexual se refiere a aquellas conductas específicas realizadas desde la edad del debut sexual hasta la última relación sexual, las cuales permiten responder de forma riesgosa o preventiva ante una situación que implique relacionarse sexualmente con una pareja. Las variables del patrón de comportamiento sexual se organizaron en tres rubros: 1) características de la primera relación sexual (edad del debut sexual, persona, planeación, lugar, uso de método anticonceptivo y uso de condón en la primera relación sexual), 2) comportamiento sexual subsecuente al debut sexual (número de parejas sexuales durante toda la vida, consistencia del uso del condón y frecuencia de prácticas sexuales –vaginales, anales y orales- en los últimos seis meses y uso del condón en cada una de las prácticas sexuales en el mismo periodo de tiempo, frecuencia de las relaciones sexuales y uso del condón en los últimos tres meses) y 3) otros indicadores de riesgo (presencia de alguna ITS, realizarse la prueba de detección del VIH/SIDA, tener un embarazo no planeado y aborto). Las preguntas para evaluar el patrón de comportamiento sexual pueden consultarse en el Apéndice “H”.

Primera relación sexual

Se obtuvo información sobre diversas características del primer encuentro sexual:

1. Edad del debut sexual. Esta variable hace referencia a la edad cronológica que un individuo tiene cuando experimentó su primera relación sexual con penetración anal o vaginal. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta abierta cuantificada en años.
2. Persona con la cual se tuvo la primera relación sexual. Esta variable hace referencia a la persona con la cual el participante informó haber tenido su



primera relación sexual con penetración (anal y/o vaginal). Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (la persona que era tu novio(a) / un amigo(a) / un familiar / una persona desconocida / una persona trabajadora del sexo / ninguna de las anteriores).

3. Planeación de la primera relación sexual. Esta variable hace referencia a la planificación de las acciones requeridas para llevar a cabo el primer encuentro sexual. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta dicotómica (si / no).
4. Lugar de la primera relación sexual. Esta variable hace referencia al espacio físico donde el individuo informó tener su primera relación sexual con penetración (anal y/o vaginal) con algún hombre o mujer. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (un hotel / en casa de mi novio(a) / en un auto / en mi casa / en casa de un amigo(a) / en un antro-bar-disco / ninguna de las anteriores).
5. Métodos anticonceptivos utilizados en la primera relación sexual. Esta variable hace referencia a la utilización de algún método que impida o reduzca las posibilidades de un embarazo al tener relaciones sexuales vaginales. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (ningún método anticonceptivo / condón masculino / condón femenino / pastillas anticonceptivas / pastilla del día siguiente-anticoncepción de emergencia / otros).
6. Uso del condón en la primera relación sexual. Esta variable hace referencia a la utilización del preservativo en la primera relación sexual con penetración anal y/o vaginal. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta dicotómica (si / no).

Comportamiento sexual subsecuente al debut sexual

Se obtuvo información sobre el comportamiento sexual de los participantes posterior a la primera relación sexual.



7. Número de parejas sexuales durante toda la vida. Esta variable hace referencia al número de personas con las cuales el individuo ha tenido relaciones sexuales con penetración anal y/o vaginal a lo largo de toda la vida. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta abierta, cuantificada a partir del número de parejas sexuales que el participante informó tener hasta el momento de la evaluación.
8. Frecuencia y tipo de práctica sexual con pareja regular en los últimos seis meses. Esta variable hace referencia al número de veces que un individuo tiene relaciones sexuales orales, con penetración anal o vaginal con un compañero sexual. Se obtuvo información de esta variable por medio de tres reactivos (uno para cada tipo de práctica –vaginal, anal y oral-), con opciones de respuesta en formato tipo Likert (nunca he tenido este tipo de prácticas con mi pareja / poco frecuente / algo frecuente / frecuentemente / muy frecuentemente).
9. Frecuencia del uso del condón con pareja regular en cada práctica sexual en los últimos seis meses. Esta variable hace referencia a la utilización del preservativo al tener relaciones sexuales orales, anales y vaginales con un compañero sexual. Se obtuvo información de esta variable por medio de tres reactivos (uno para cada tipo de práctica –vaginal, anal y oral-) con opciones de respuesta en formato tipo Likert (nunca uso condón / poco frecuente / algo frecuente / frecuentemente / muy frecuentemente uso condón).
10. Frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses. Esta variable hace referencia al número de veces que el individuo utilizó el preservativo en alguna práctica sexual en el periodo de tres meses previos al momento de contestar el cuadernillo de evaluación. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo cuantificado a partir del número de veces que el participante informó usar condón en sus relaciones sexuales en los últimos tres meses.
11. Frecuencia de relaciones sexuales en los últimos tres meses. Esta variable hace referencia al número de veces que el individuo ha tenido alguna



práctica sexual en los últimos tres meses previos al momento de contestar el cuadernillo de evaluación. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opción de respuesta abierta, cuantificada a partir del número de veces que la persona informó tener relaciones sexuales con penetración en los últimos tres meses.

12. Consistencia del uso del condón. Esta variable hace referencia a utilizar el condón en todas y cada una de las relaciones sexuales. La consistencia del uso del condón se obtuvo a partir del criterio establecido por DiClemente y Wingood (1995), el cual consiste en dividir el número de veces que se usa el condón en los últimos tres meses entre el número de veces que se tienen relaciones sexuales en el mismo periodo de tiempo. Cuando el valor es uno se interpreta como consistencia en el uso del preservativo, cuando el valor es menor a uno se conceptúa como inconsistencia en el uso del condón.

Otros indicadores de riesgo

Se obtuvo información sobre diversas condiciones que impactan en la salud sexual de los universitarios.

13. Presencia de alguna ITS durante toda su vida. Esta variable hace referencia a si la persona ha tenido alguna ITS a lo largo de su vida. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (sí / no / no sé).
14. Realización de prueba de detección del VIH. Esta variable hace referencia a si el individuo, alguna vez, se ha realizado una prueba que determine si es portador del VIH. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (sí / no / no sé como hacérmela).
15. Presencia de embarazo durante toda su vida. Esta variable hace referencia a si la persona ha estado embarazada (en el caso de las mujeres) o si alguna pareja ha tenido un embarazo por tener relaciones sexuales con él (en el caso de los hombres). Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (sí /no /no sé).



16. Presencia de aborto durante toda su vida. Esta variable hace referencia a si algún miembro de la pareja ha interrumpido un embarazo. Se obtuvo información de esta variable por medio de un reactivo con opciones de respuesta categóricas (sí /no / no sé).

8.1.7.4 Variables del Modelo Familiar Estructural (MFE)

Para evaluar estas variables se crearon versiones cortas de los instrumentos de medición validados en el Estudio I, con el objetivo de reducir la exhaustividad del contenido y favorecer la disposición y motivación del participante al contestar un instrumento de evaluación breve, además se buscó evitar la fatiga y mantener la atención al responder (Meliá et al., 1990).

Para mantener niveles de consistencia interna aceptables se partió de cinco criterios fundamentales para la eliminación de ítems y la selección de reactivos que conformarían las versiones cortas de los instrumentos de evaluación. A continuación se describen cada uno de estos criterios:

- 1) Selección del ítem a partir del análisis guiado por aspectos conceptuales y resultados empíricos.
- 2) Consideración de la estructura factorial, es decir, no se suprimieron ítems que pudieran desintegrar algún factor compuesto mínimamente por tres reactivos.
- 3) Valor del estadístico *alfa de Cronbach si se elimina el ítem*, que indica cuál es el reactivo menos consistente del conjunto de elementos (Prat-Santaolária & Doval-Diéguez, 2003), por ende, se suprimieron aquellos reactivos que al eliminarse incrementaron el índice de consistencia interna global de la escala.
- 4) Valor del estadístico *correlación elemento-total corregida*, el cual señala la correlación del reactivo con el total calculado como suma de todos los ítems menos el analizado, se recomienda eliminar aquel ítem que muestre una correlación pequeña con el total (Prat-Santaolária & Doval-Diéguez, 2003) con valores de cero o negativo (García-Bellido, González-Such, & Jornet-Meliá, 2010)



- 5) Las cargas factoriales de cada ítem, las cuales son coeficientes usados para expresar una variable estandarizada en términos de los factores e indican el peso atribuido a cada factor, es decir, la carga factorial indica la correlación existente entre cada variable y dicho factor (Montoya, 2007).

La versión breve de cada uno de los instrumentos de evaluación utilizados en este estudio puede consultarse en el Apéndice "I". Cabe destacar que no se crearon versiones breves de todos los instrumentos de medición, debido a que en algunos casos los instrumentos no eran extensos o estaban conformados como versiones cortas.

A continuación se describen las variables del MFE organizadas por sistemas y las características psicométricas de los instrumentos de medición en sus versiones cortas.

8.1.7.4.1 Sistema individual

1. Conocimientos acerca del VIH/SIDA e ITS. Misma conceptualización y prueba de conocimientos validada en el Estudio I. El índice de dificultad global fue de .35. Las afirmaciones de esta prueba pueden consultarse en el Apéndice "C".
2. Conocimientos acerca del uso correcto del condón. Misma conceptualización y prueba de conocimientos validada en el Estudio I. El Índice de Dificultad global fue de .46. Las afirmaciones de esta prueba pueden consultarse en el Apéndice "C".
3. Comunicación sexual con la pareja. Misma conceptualización que en el Estudio I. La versión breve de la Escala de Comunicación Sexual con la pareja quedó conformada por 11 reactivos (consultar Apéndice "I") configurados en dos factores: 1) Comunicación sexual sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino, conformado por siete ítems ($\alpha=.92$) y 2) Comunicación sexual sobre métodos anticonceptivos y consecuencias de tener relaciones sexuales, conformado por cuatro ítems ($\alpha=.88$). El α global de la escala fue de .94. Las opciones de respuesta de los reactivos se encuentran en formato tipo Likert (nunca / rara vez / algunas veces / muchas veces / una gran cantidad de veces).



4. Estilos de negociación del uso del condón. Misma conceptualización y escala validada en el Estudio I. El *alfa de Cronbach* global de la escala fue de $\alpha=.72$. La consistencia interna para cada factor fue la siguiente: estilo equidad-colaboración ($\alpha= .84$); acomodación ($\alpha= .69$); contender ($\alpha=.68$) y evitación ($\alpha=.64$). Los reactivos de esta escala pueden consultarse en el Apéndice “C”.
5. Intenciones para usar el condón. Esta variable hace referencia a percibir la posibilidad de realizar la conducta en un futuro, por ejemplo, usar condón en la próxima relación sexual (Ajzen & Fishbein, 1980). Se obtendrá información de esta variable por medio de un reactivo: *¿Qué tan probable es que en la próxima vez que tengas relaciones sexuales (sexo vaginal o anal) con tu pareja estable uses condón?* Las opciones de respuesta se encuentran en un continuo de 1 a 7, en un extremo se encuentra la opción de respuesta “nada probable” y en el otro extremo “totalmente probable”.

8.1.7.4.2 Sistema fraterno

6. Cercanía fraterna con el hermano mayor. Misma conceptualización y escala validada en el Estudio I. El *alfa de Cronbach* global de la escala fue de $\alpha=.97$.
7. Cercanía fraterna con el hermano menor. Misma conceptualización y escala validada en el Estudio I. El *alfa de Cronbach* global de la escala fue de $\alpha=.96$. Ambas escalas pueden consultarse en el Apéndice “D”.

8.1.7.4.3 Sistema parental

8. Estilos parentales. Misma conceptualización que en el Estudio I. La versión breve del Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental (CPAP) para el padre quedó constituida por 22 ítems configurados en cuatro factores: 1) estilo negligente, siete ítems y $\alpha=.88$, 2) estilo democrático, cinco ítems y $\alpha=.70$, 3) estilo autoritario, seis ítems y $\alpha=.72$, y 4) estilo permisivo, cuatro ítems y $\alpha=.66$. El *alfa de Cronbach* global del cuestionario dirigido hacia el padre fue de $\alpha=.81$. La versión breve del Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental (CPAP) para la madre quedó constituida por 23 ítems configurados en cuatro factores: 1) estilo negligente, ocho ítems y $\alpha=.92$, 2) estilo



democrático, seis ítems y $\alpha=.83$, 3) estilo autoritario, seis ítems y $\alpha=.83$, y 4) estilo permisivo, tres ítems y $\alpha=.60$. El *alfa de Cronbach* global del cuestionario dirigido hacia la madre fue de $\alpha=.71$. Todos los reactivos tienen un formato de respuesta en escala tipo Likert, con valores de 1 (totalmente cierto), 2 (medianamente cierto), 3 (poco cierto) y 4 (muy poco cierto). Ambas escalas en sus versiones breves pueden consultarse en el Apéndice “I”.

9. Comunicación sexual con los padres. Misma conceptualización que en el Estudio I. La versión breve de la Escala de Comunicación Sexual con el padre quedó conformada por 12 ítems agrupados en un solo factor “Comunicación sexual con el padre sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino” y obtuvo un índice de consistencia interna $\alpha=.96$. La versión breve de la Escala de Comunicación Sexual con la madre quedó constituida por un solo factor “Comunicación sexual con la madre sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino” con 7 ítems y tiene un índice de consistencia interna $\alpha=.96$. Las opciones de respuesta de los reactivos se encuentran en formato tipo Likert (nunca / rara vez / algunas veces / muchas veces / una gran cantidad de veces). Ambas escalas en sus versiones breves pueden consultarse en el Apéndice “I”.

8.1.7.4.4 Sistema cultural

10. Estereotipos de género. Misma conceptualización que en el Estudio I. La versión breve del Inventario para la Evaluación de la Ideología de Género quedó constituido por 12 reactivos configurados en dos factores: 1) Machismo, conformado por ocho ítems ($\alpha=.87$) y 2) Marianismo, conformado por cuatro ítems ($\alpha=.72$). El *alfa de Cronbach* global fue de $\alpha=.89$. Las opciones de respuesta de los reactivos están definidas en formato tipo Likert, con valores de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Este inventario en su versión breve puede consultar en el Apéndice “I”.



8.1.8 Procedimiento

Se presentó a la institución educativa el proyecto de investigación. El director de la institución autorizó la evaluación. Las autoridades contactaron a los profesores interesados en colaborar en la investigación. La participación de los docentes consistió en ceder una hora de clase para llevar a cabo la evaluación. El cuadernillo de evaluación se aplicó de forma grupal en todos y cada uno de los grupos seleccionados por la dirección. Una vez en el salón se agradeció la colaboración de los participantes, se les informó el objetivo del proyecto y la importancia del estudio. Se hizo énfasis en la participación voluntaria y anónima. Se dieron instrucciones generales y se resolvieron dudas. El aplicador permaneció en el salón de clase durante los 60 minutos -en promedio- que los alumnos tardaron en contestar el cuadernillo de preguntas.

8.1.9 Medidas y análisis de datos

Se describieron las características sociodemográficas individuales y familiares con un nivel de medición nominal a través del porcentaje de participantes que respondieron a cada una de las opciones de respuesta de los ítems. Para las variables ubicadas en un nivel de medición intervalar o de razón (por ejemplo: edad, número de hermanos, edad de los padres, horas laboradas diariamente por los padres, número de personas que reciben remuneración económica por su trabajo), se utilizaron medidas de tendencia central (media, desviación estándar, moda y rango) para describir los resultados.

Para las variables implicadas en el patrón de comportamiento sexual y en el MFE, las cuales se encontraban medidas en escala tipo Likert, éstas fueron tratadas numéricamente dado que se sumaron las puntuaciones obtenidas en un conjunto de reactivos y la medida fue la media de la sumatoria. Para todas las variables con un nivel de medición nominal -sean dicotómicas o politómicas- se estimó como medida, el porcentaje de participantes quienes respondieron a cada una de las opciones de respuesta de los reactivos. A partir de estas medidas se comparó por sexo, tipo de familia y presencia/ausencia de hermanos mayores/menores en las



variables del patrón de comportamiento sexual y las variables que constituyen la propuesta del MFE.

Para conocer las diferencias por sexo, tipo de familia y presencia/ausencia de hermanos mayores/menores, se compararon las medias en cada una de las variables con un nivel de medición de intervalo o razón. Para lograr este cometido se utilizó la prueba *t de Student* para muestras independientes (*t*). Asimismo, se utilizó la *Ji cuadrada* (χ^2) para comparar variables con un nivel de medición nominal.

Una vez obtenidas las diferencias de las variables del MFE por sexo, tipo de familia y presencia/ausencia de hermano mayor/menor, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple con método *stepwise*, con aquellas variables de comparación donde se obtuvo mayor número de diferencias significativas, así como para toda la muestra. La regresión lineal múltiple con método *stepwise* se estimó con el objetivo de conocer cuáles son las variables que mejor predicen la consistencia del uso del preservativo y cómo se relacionan las variables en los diferentes sistemas (individual, fraterno, parental y cultural) con las variables predictoras de la conducta sexual protegida.

Para realizar la estimación de las ecuaciones de regresión lineal, inicialmente se convirtieron las puntuaciones totales de cada una de las escalas de medición a *puntuaciones estandarizadas* o *puntuaciones z*, debido a que algunas escalas se encontraban medidas con opciones de respuestas tipo Likert de 4 y 5 puntos, y un reactivo –intenciones para usar el condón en el próximo encuentro sexual- se midió en una escala de 1 a 7. Las *puntuaciones z* permiten comparar en un análisis de regresión lineal, los puntajes estandarizados en β para determinar el peso explicativo de cada variable independiente sobre una dependiente.

Previamente se obtuvo la matriz de correlación entre la variable dependiente (a predecir) y las variables del MFE, utilizando la prueba *r de Pearson*. Las variables que correlacionaron fueron introducidas al análisis de regresión lineal múltiple con método *stepwise* para obtener los predictores de la variable criterio o dependiente. Se inició el análisis con la consistencia del uso del condón. Este mismo procedimiento se realizó en diversas ocasiones para determinar las variables



predictoras; sin embargo, la variable dependiente fue cambiando en función de los análisis previos. Las variables que resultaron significativas en el análisis de regresión lineal ya no fueron consideradas en los análisis de regresiones lineales posteriores.

Debido a que en los análisis de regresión lineal múltiple se incluyeron una gran cantidad de variables, se utilizaron los siguientes criterios para evitar problemas en la interpretación teórica y de multicolinealidad: 1) la selección de variables incluidas en el análisis de predicción fue guiada por aspectos teóricos y conceptuales, 2) se consideró el diagnóstico de colinealidad –Tolerancia y Factor de Inflación de la Varianza (FIV)-, los cuales deben de mantenerse en valores iguales a uno, lo cual indica que no existe colinealidad entre las variables, 3) asimismo, se calculó el estadístico de *Durbin-Watson (DW)* para determinar la no independencia de los datos. Finalmente se estimaron los errores por medio de la construcción de histogramas, gráficos de probabilidad normal (P-P) y diagramas de dispersión de los residuos de las variables dependientes.

8.2 RESULTADOS

En concordancia con los objetivos del estudio, los resultados se exponen en tres secciones. En la primera se describen las características sociodemográficas de la muestra, del patrón de comportamiento sexual y se presentan las medidas de tendencia central y dispersión de las variables individuales, parentales, fraternas y culturales de toda la muestra (8.2.1 Análisis descriptivo de la muestra). En la segunda sección se presentan los resultados de las comparaciones por sexo, tipo de familia y por la condición de tener o no un hermano mayor y/o menor entre las distintas variables evaluadas (8.2.2 Análisis comparativo). Finalmente, en la última sección se describen los resultados de los análisis de predicción, con el objetivo de presentar un modelo para describir cómo cada uno de los sistemas - individual, fraterno, parental y cultural- se relacionan y predicen la consistencia del uso del condón (8.2.3 Análisis de predicción).

8.2.1 Análisis descriptivo de la muestra

Variables sociodemográficas

En la Tabla 35 se presentarán los resultados correspondientes a las variables sociodemográficas evaluadas. En términos generales, se encontró una proporción semejante de hombres (43.7%) y de mujeres (56.3%), que en su mayoría se asumieron como heterosexuales y de religión católica. En promedio, dos personas integrantes de la familia ($M= 1.93$, $DE=.93$, $Mo=2$, $Rango= 0-7$) contribuyen con el ingreso familiar mensual.

Respecto a los datos de los padres, la Tabla 35 muestra que la mayor parte de las madres tienen un nivel educativo de secundaria (25.4%) y preparatoria (23.1%) terminada y un poco más de la mitad de las madres (55.7%) se encuentra trabajando actualmente en promedio cuatro horas diarias ($M= 4.64$, $DE=4.75$, $Mo=0$, $Rango= 0-24$). Por otro lado, la mayor parte de los estudiantes señalaron que sus padres terminaron la preparatoria (26.1%) o la universidad (28.4%) y en promedio trabajan diariamente nueve horas ($M= 8.83$, $DE=4.30$, $Mo=8$, $Rango= 0-24$).



Gran parte de la proporción de padres (82.9%) y madres (83.6%) profesan la religión católica y se encuentran casados (padres, 78.0% y madres, 67.5%). Respecto a la edad de los padres, en promedio tienen 49 años ($M= 49.8$, $DE=7.33$, $Mo=49$, $Rango= 34-89$). En el caso de las madres, su promedio de edad fue de 47 años ($M= 47.02$, $DE=6.21$, $Mo=45$, $Rango= 34-69$).

Referente a los datos sociodemográficos fraternos, en promedio se tiene dos hermanos ($M= 1.99$, $DE=1.15$, $Mo=1$, $Rango= 1-9$). Cabe destacar que poco más de una tercera parte de la muestra informó tener hermanos con experiencia sexual fuera del matrimonio (38.8%) y una proporción cercana al 20% señaló tener hermanos quienes han tenido un embarazo no planeado (Tabla 35).

Análisis descriptivo del patrón de comportamiento sexual

Los resultados correspondientes al comportamiento de la primera y subsecuentes relaciones sexuales se muestran en las tablas 36 y 37, respectivamente. En promedio, los estudiantes universitarios debutaron sexualmente a la edad de 17 años ($M=16.98$, $DE=1.84$, $Rango=9-23$, $Mo=18$) y han tenido cuatro parejas sexuales a lo largo de su vida ($M=3.94$, $DE=4.45$). Una proporción importante informó que su primera relación sexual fue planeada, la tuvieron con y en la casa de su novio/a y para protegerse utilizaron el condón masculino.

En torno a la consistencia en el uso del condón, se debe recordar que valores menores a uno indican inconsistencia en el uso del preservativo. Los resultados muestran que en promedio, el 64% de las relaciones sexuales que tuvieron los participantes fueron protegidas ($M= .64$, $DE=.41$), es decir, los universitarios usan el preservativo en un poco más de la mitad de sus encuentros sexuales.

Tabla 35

Características sociodemográficas individuales, parentales y fraternas de la muestra.

	Individuales		Parentales				Fraternas	
	n	%	Padre		Madre		n	%
			n	%	n	%		
Sexo								
Hombres	258	43.7						
Mujeres	332	56.3						
Total	590	100.0						
Religión								
Católica	374	63.5						
Cristiana	33	5.6						
Testigo de Jehová	18	3.1						
No profesa ninguna religión	132	22.4						
No sé	11	1.9						
Otra	21	3.6						
Total	589	100.0						
Orientación sexual								
Homosexual	19	3.2						
Bisexual	18	3.1						
Heterosexual	549	93.5						
No sé	1	0.2						
Total	587	100.0						
Ingresos mensuales								
De \$57.5 a menos de \$2, 000	61	10.5						
De \$2, 000 a \$3, 999	148	25.5						
De \$ 4,000 a \$5,999	142	24.5						
De \$6,000 a \$9,999	116	20.0						
Más de \$10, 000)	79	13.6						
No sé	34	5.9						
Total	580	100.0						
Nivel de estudios								
Sin estudios	3	0.6	3	0.6	8	1.4		
Primaria	51	10.5	51	10.5	79	13.9		
Secundaria	107	22.0	107	22.0	144	25.4		
Preparatoria	127	26.1	127	26.1	131	23.1		
Universidad	138	28.4	138	28.4	85	15.0		
Posgrado	26	5.3	26	5.3	19	3.3		
Carrera Técnica	34	7.0	34	7.0	102	18.0		
Total	486	100.0	486	100.0	568	100.0		
Trabaja								
Sí	442	92.1	442	92.1	317	55.7		
No	38	7.9	38	7.9	252	44.3		
Total	480	100	480	100	569	100.0		
Religión								
Católica	401	82.9	401	82.9	474	83.6		
Cristiana	23	4.8	23	4.8	49	8.6		
Testigo de Jehová	3	0.6	3	0.6	5	0.9		
Ninguna religión	35	7.2	35	7.2	21	3.7		
No sé	17	3.5	17	3.5	9	1.6		
Otra	5	1.0	5	1.0	9	1.6		
Total	484	100.0	484	100.0	567	100.0		
Estado civil								
Casado/a	379	78.0	379	78.0	386	67.5		
Unión libre	55	11.3	55	11.3	63	11.1		
Soltero/a	6	1.2	6	1.2	14	2.5		
Divorciado/a	9	1.9	9	1.9	28	4.9		
Separado/a	34	7.0	34	7.0	59	10.4		
Viudo/a	3	0.6	3	0.6	19	3.3		
Total	486	100.0	486	100.0	569	100.0		
Hermanos c/experiencia sexual								
Sí	226	38.8						
No	225	38.6						
No sé	132	22.6						
Total	583	100.0						
Hermanos con embarazo no planeado								
Sí	110	18.8						
No	452	77.1						
No sé	24	4.1						
Total	586	100.0						

Tabla 36

Características de la primera relación sexual.

Persona	<i>n</i>	%	Planeación	<i>n</i>	%	Lugar	<i>n</i>	%	Uso de método anticonceptivo	<i>n</i>	%	Uso del condón	<i>n</i>	%
Novio/a	483	82.8	Sí	326	55.5	Hotel	116	19.7	Ninguno	96	16.7	Si	433	73.6
Amigo/a	85	14.6	No	261	44.5	Casa de novio/a	212	36.0	Condón masculino	437	76.0	No	155	26.4
Familiar	1	0.2	Total	587	100.0	Auto	11	1.9	Condón femenino	1	0.2	Total	588	100.0
Desconocido/a	8	1.4				En mi casa	130	22.1	Pastilla anticonceptiva	10	1.7			
NA*	6	1.0				Casa de amigo	80	13.6	Pastillas emergencia	28	4.9			
Total	583	100.0				Antro/bar/disco	2	0.3	Otro	3	0.5			
						NA*	38	6.5	Total	575	100.0			
						Total	589	100.0						

*Ninguna de las anteriores

Tabla 37

Medidas de tendencia central y dispersión de los indicadores del comportamiento sexual subsecuente al debut sexual.

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Rango</i>	<i>Mo</i>
Número de parejas sexuales	570	3.96	4.45	1-50	1
Consistencia en el uso del condón	506	0.64	0.41	0-1	1
Frecuencia sexo vaginal últimos 6 meses	574	4.02	1.28	1-5	5
Frecuencia uso condón sexo vaginal últimos 6 meses	590	3.49	1.56	1-5	5
Frecuencia sexo anal últimos 6 meses	552	1.65	1.08	1-5	1
Frecuencia uso condón sexo anal último 6 meses	403	2.36	1.71	1-5	1
Frecuencia sexo oral últimos 6 meses	559	3.13	1.38	1-5	4
Frecuencia uso condón sexo oral últimos 6 meses	504	1.60	1.14	1-5	1



Respecto al tipo de prácticas sexuales, la Tabla 37 muestra que los universitarios llevan a cabo con mayor frecuencia relaciones vaginales ($M=4.02$, $DE=1.28$), seguidas de las orales ($M=3.13$, $DE=1.38$) y finalmente, las anales ($M=1.65$, $DE=1.08$).

En relación al uso del condón en cada una de estas prácticas, en el sexo vaginal, es en promedio en el acto en el cual se utiliza el preservativo con mayor frecuencia ($M=3.49$, $DE=1.56$), seguido de las relaciones sexuales anales ($M=2.36$, $DE=1.71$) y donde menos se utiliza es en las prácticas orales ($M=1.60$, $DE=1.14$). Cabe destacar que estos resultados muestran que los estudiantes no utilizan en todos y cada uno de sus encuentros sexuales el condon, no importando la práctica sexual (Tabla 37).

Tabla 38

Otros indicadores de riesgo en el comportamiento sexual.

				Tener un				
Tener alguna vez ITS	<i>n</i>	%	Embarazo no planeado	<i>n</i>	%	Realizarse prueba de VIH/SIDA	<i>n</i>	%
Sí	20	3.4	Sí	94	16.1	Sí	90	15.5
No	517	88.4	No	482	82.5	No	473	81.3
No sé	48	8.2	No sé	8	1.4	No sé como hacérmela	19	3.3
Total	585	100.0	Total	584	100.0	Total	582	100.0
Tipo de ITS			Aborto					
Sífilis	1	5.9	Sí	76	13.1			
Condiloma	1	5.9	No	500	85.9			
VPH	11	64.7	No sé	6	1.0			
Vaginitis transmitida	2	11.8	Total	582	100.0			
Cándida	2	11.8						
Total	17	100.0						

Finalmente, una pequeña proporción de estudiantes (3.4% equivalente a 20 estudiantes) informaron haber tenido en algún momento de su vida alguna ITS, principalmente Virus del Papiloma Humano (11 estudiantes). Cabe destacar que más de tres cuartas partes de la muestra no conocen su estado inmunológico (81.3%), es decir, no se han realizado la prueba de detección del VIH/SIDA. También, existe una proporción similar entre el porcentaje de embarazos no planeados (16.1%) y abortos (13.1%) en la muestra, por tanto, para determinar



cuántos embarazos finalizan en abortos se llevó a cabo un análisis de frecuencias. De los 94 embarazos no planeados registrados en la muestra, 69 terminaron en abortos, lo cual equivale al 90.8% de los embarazos no planeados (Tabla 38), es decir, existe una asociación entre la no planeación de un embarazo y la práctica del aborto ($\chi^2=472.904$, $p < .001$).

Variables individuales, parentales, fraternas y culturales

En la Tabla 39 se describen los puntajes mínimos y máximos, el rango posible de respuesta, así como los promedios obtenidos en los puntajes de cada una de las variables individuales, parentales, fraternas y culturales.

En las variables que constituyen el sistema individual, los estudiantes se encuentran por debajo de la media teórica (MT) respecto de los conocimientos sobre uso correcto del condón ($MT=3.5$, $M=3.3$) y por arriba de la MT en la prueba de conocimientos relativos a ITS ($MT=2.5$, $M=2.7$) y VIH/SIDA ($MT=4$, $M=5.0$). Estos resultados indican que los universitarios tienen suficientes conocimientos sobre ITS y el VIH/SIDA pero conocen poco sobre cómo usar correctamente el preservativo.

A pesar de tener pocos conocimientos sobre el uso correcto del condón, los universitarios hablan frecuentemente con su pareja sobre métodos anticonceptivos, las relaciones sexuales y sus consecuencias ($MT=3$, $M=3.95$). En segundo término, los tópicos de conversación giran en torno a la prevención de las ITS, el VIH/SIDA y el uso del condón ($MT=3$, $M=3.4$).

Además de tener una alta frecuencia en la comunicación sexual con la pareja, la muestra de estudiantes se caracteriza por utilizar un estilo de negociación del preservativo basado en la colaboración-equidad ($MT=3$, $M=4.2$) y acomodación ($MT=3$, $M=3.0$), es decir, en general tienden a mostrar una preocupación por sí mismos y por sus parejas respecto a protegerse sexualmente, exponen los beneficios y ganancias de ambas partes respecto al hecho de protegerse sexualmente (estilo equidad-colaboración); sin embargo, también suelen cubrir las necesidades e intereses de su pareja, dejando de lado los suyos propios, es decir, se ajustan a las decisiones de la pareja respecto a utilizar o no el



preservativo (estilo de acomodación). Respecto a la posibilidad de usar el condón en el próximo encuentro sexual, la mayor parte de los universitarios informaron tener la intención de utilizarlo ($MT=4$, $M=5.5$).

Tabla 39

Medidas de tendencia central y dispersión de las variables individuales.

	<i>N</i>	<i>Media Teórica</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mínimo Máximo</i>	<i>Mo</i>
Variables Individuales						
Conocimientos						
VIH/SIDA	590	4.0	5.02	1.10	0-8	5
ITS	590	2.5	2.76	1.01	0-5	2
Uso correcto del condón	590	3.5	3.31	1.36	0-7	3
Intenciones para usar condón	590	4.0	5.55	2.12	1-7	7
Estilo de negociación del condón						
Colaboración-equidad	590	3.0	4.21	.88	1-5	5
Acomodación	590	3.0	3.06	1.12	1-5	3
Evitación	590	3.0	2.14	1.08	1-5	1
Contender	590	3.0	2.75	1.09	1-5	1
Comunicación sexual con la pareja						
Prevenición de ITS/VIH/SIDA/condón	590	3.0	3.48	1.16	1-5	5
Métodos anticonceptivos, relaciones sexuales y sus consecuencias	590	3.0	3.95	.97	1-5	5
Variables Parentales						
Comunicación sexual						
Padre	436	3.0	2.06	1.08	1-5	1
Madre	581	3.0	2.62	1.29	1-5	1
Estilos parentales paternos						
Negligente	434	2.5	1.86	.84	1-4	1
Democrático	434	2.5	2.75	.71	1-4	3
Autoritario	434	2.5	2.32	.68	1-4	2
Permisivo	434	2.5	2.73	.72	1-4	3
Estilos parentales maternos						
Negligente	571	2.5	1.80	.90	1-4	1
Democrática	571	2.5	2.93	.79	1-4	4
Autoritaria	571	2.5	2.11	.78	1-4	2
Permisiva	571	2.5	2.76	.77	1-4	3
Variables Fraternas						
Cercanía con						
Hermano mayor	339	3.0	3.69	1.16	1-5	5
Hermano menor	398	3.0	3.77	1.10	1-5	5
Variables Culturales						
Machismo	590	3.0	1.93	.86	1-5	1
Marianismo	590	3.0	2.52	1.09	1-5	1



En torno a las variables parentales, los resultados muestran que los universitarios se encuentran por debajo de la *MT* respecto a la comunicación sexual con el padre ($MT=2.0$, $M=3$) y la madre ($MT=2.6$, $M=3$), lo cual indica que los estudiantes hablan poco con papá y mamá sobre diversos temas relativos al sexo. Asimismo, ambos padres son percibidos con un estilo parental democrático –alto nivel de control y afecto- ($M=2.7$ padre y $M=2.9$ madre) y permisivo -bajo nivel de control y alto nivel de afecto- ($M=2.7$ padre y $M=2.7$ madre) según la diferencia entre la media obtenida y la *MT* (2.5).

Este último resultado indica que los estudiantes perciben a ambos padres como atentos y responsivos a sus demandas, con un nivel de control adecuado e involucrados afectivamente con ellos (estilo parental democrático); sin embargo, también son percibidos con ciertas dificultades para regular el comportamiento de sus hijos (estilo parental permisivo).

En el caso de los hermanos, el promedio obtenido en la cercanía fraterna con el hermano mayor ($MT=3$, $M=3.6$) y menor ($MT=3$, $M=3.7$) se encuentra por arriba de la *MT*, lo cual indica que los universitarios perciben cercanía con los hermanos no importando si es mayor o menor que él/ella. De esta forma, los estudiantes llevan a cabo con mucha frecuencia acciones para brindar apoyo fraterno, perciben entre ellos proximidad, así como un sentimiento de una relación cálida, solidaria y afectiva.

Finalmente, el análisis de las variables culturales indica que los universitarios se encuentran por debajo de la *MT* en los puntajes de los estereotipos del machismo ($MT=3$, $M=1.9$) y marianismo ($MT=3$, $M=2.5$). Este resultado indica que los estudiantes no tienen una visión estereotipada de lo que implica ser un hombre en la cultura mexicana, es decir, una persona que es el eje de familia, quién establece las reglas en casa, a quién los hijos obedecen y quién se constituye como el sostén familiar. Entre las creencias que conforman este estereotipo masculino se encuentran: que una mujer debe de llegar virgen al matrimonio y que ellas no se realizan plenamente hasta que se convierten en madres. Además, se piensa como parte del estereotipo, que una buen esposa



debe de dedicarse al hogar porque tiene habilidades innatas para hacer el quehacer.

Lo mismo sucede con la construcción social estereotipada de la mujer (marianismo), al obtener puntajes por debajo de la MT los resultados indican que los estudiantes no perciben con tanta rigidez el estereotipo femenino; en otras palabras, tanto hombres como mujeres no están tan de acuerdo con que una mujer sea más cariñosa, que eduque y cuide mejor a los hijos, a diferencia del padre.

Cabe destacar, en la muestra existe un mayor nivel de acuerdo sobre lo que debería esperarse de una mujer tradicional (marianismo) a diferencia de un hombre (machismo).

8.2.2 Análisis comparativo

Patrón de comportamiento sexual

Respecto a la edad del debut sexual, los hombres ($M=16.60$, $DE=1.92$) iniciaron su vida sexual a una edad más temprana que las mujeres ($M=17.28$, $DE=1.72$), encontrándose diferencias significativas ($t=-4.539$, $p <.001$). Asimismo, es mayor la proporción de mujeres que tuvieron su primera relación sexual con su novio a diferencia de los hombres, pero es mayor la proporción de varones que tuvieron su primer encuentro sexual con una amiga a diferencia de las mujeres ($\chi^2=38.128$, $p <.001$). La proporción de mujeres que planearon su primera relación sexual fue significativamente mayor que la de hombres ($\chi^2=10.807$, $p <.001$); y el lugar de la primera relación sexual varió significativamente a partir del sexo ($\chi^2=48.844$, $p <.001$). En la Tabla 40 se puede consultar a detalle estos resultados.

También, cabe destacar que el método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual fue diferente dependiendo del sexo ($\chi^2=11.643$, $p <.015$), existe mayor proporción de mujeres -en comparación con los hombres- que utilizaron el preservativo en el primer encuentro sexual, aunque también es mayor la proporción de varones que no utilizaron ningún método anticonceptivo a diferencia de las mujeres (Tabla 40).



La Tabla 41 muestra que los varones tienen mayor número de parejas sexuales ($t=4.962$, $p <.001$) y llevan con mayor frecuencia que las mujeres prácticas anales ($t=2.981$, $p <.003$) y orales ($t=2.164$, $p <.031$). Por su parte, las mujeres practican más el sexo vaginal a diferencia de los varones ($t=-2.111$, $p <.035$). No existen diferencias significativas respecto al uso del condón en cada una de las prácticas sexuales a excepción de las relaciones sexuales anales, los hombres lo utilizan con mayor frecuencia ($t=3.769$, $p <.001$). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de las relaciones sexuales vaginales por tipo de familia ($t=-2.165$, $p <.031$).

En la Tabla 42 se muestra que es mayor el número de parejas sexuales para quienes informaron tener un hermano mayor ($t=2.175$, $p <.030$). También, en promedio, aquellos estudiantes que no tienen hermanos menores informaron tener mayor número de compañeros sexuales ($t=-2.515$, $p <.012$). Asimismo, es mayor la frecuencia del uso del condón en prácticas anales de quienes tienen hermanos mayores a diferencia de quienes no los tienen ($t=2.034$, $p <.043$).

Finalmente, tener o no un embarazo no planeado varía significativamente a partir del sexo ($\chi^2=11.889$, $p <.003$), existe mayor proporción de mujeres quienes informaron en algún momento encontrarse en esta situación. De igual forma fue mayor la proporción de abortos registrados por mujeres a diferencia de los varones ($\chi^2=7.685$, $p <.021$). Los resultados muestran mayor incidencia de embarazos no planeados en familias monoparentales en comparación con las biparentales ($\chi^2=6.193$, $p <.045$). Estos resultados pueden consultarse en la Tabla 43.

Tabla 40

Características de la primera relación sexual, comparación por sexo, tipo de familia y por hermano.

	Sexo		Tipo de familia				Hermano									
							Mayor				Menor					
	Hombres	Mujeres	Biparental	Monoparental	Con	Sin	Con	Sin	Con	Sin	Con	Sin				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Persona primera relación sexual																
Novio/a	185	72.3	298	**91.1	331	80.9	152	87.4	274	81.8	209	84.3	325	82.7	158	83.2
Amigo/a	61	23.8	24	7.3	65	15.9	20	11.5	51	15.2	34	13.7	57	14.5	28	14.7
Familiar	0	0.0	1	0.3	1	0.2	0	0.0	0	0.0	1	0.4	1	0.3	0	0.0
Persona desconocida	6	2.3	2	0.6	7	1.7	1	0.6	7	2.1	1	0.4	6	1.5	2	1.1
Ninguna de las anteriores	4	1.6	2	0.6	5	1.2	1	0.6	3	0.9	3	1.2	4	1.0	2	1.1
Total	256	100.0	327	100.0	409	100.0	174	100.0	335	100.0	248	100.0	393	100.0	190	100.0
Planeación de la primera relación sexual																
Sí	122	47.8	204	**61.4	231	56.1	95	54.3	188	55.6	138	55.4	225	56.8	101	52.9
No	133	52.2	128	38.6	181	43.9	80	45.7	150	44.4	111	44.6	171	43.2	90	47.1
Total	255	100.0	332	100.0	412	100.0	175	100.0	338	100.0	249	100.0	396	100.0	191	100.0
Lugar de la primera relación sexual																
Hotel	44	17.1	72	**21.7	82	19.8	34	19.4	64	18.9	52	20.7	82	20.6	34	17.8
Casa del novio/a	60	23.3	152	45.8	147	35.5	65	37.1	134	39.6	78	31.1	137	34.3	75	39.3
En el auto	5	1.9	6	1.8	8	1.9	3	1.7	4	1.2	7	2.8	11	2.8	0	0.0
En mi casa	80	31.1	50	15.1	87	21.0	43	24.6	74	21.9	56	22.3	83	20.9	47	24.6
En casa de un amigo/a	46	17.9	34	10.2	60	14.5	20	11.4	45	13.3	35	13.9	52	13.1	28	14.7
En un antro/bar/disco	2	0.8	0	0.0	1	0.2	1	0.6	1	0.3	1	0.4	2	0.5	0	0.0
Ninguna de las anteriores	20	7.8	18	5.4	29	7.0	9	5.1	16	4.7	22	8.8	31	7.8	7	3.7
Total	257	100.0	332	100.0	414	100.0	175	100.0	338	100.0	251	100.0	398	100.0	191	100.0
Método anticonceptivo primera relación sexual																
Ninguno	51	20.5	45	*13.8	69	17.1	27	15.7	49	14.9	47	19.1	62	16.0	34	18.2
Condón masculino	184	73.9	253	77.6	310	76.9	127	73.8	257	78.1	180	73.2	301	77.6	136	72.7
Condón femenino	1	0.4	0	0.0	0	0.0	1	0.6	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.5
Pastillas anticonceptivas	5	2.0	5	1.5	6	1.5	4	2.3	6	1.8	4	1.6	6	1.5	4	2.1
Pastillas del día siguiente/emergencia	6	2.4	22	6.7	17	4.2	11	6.4	14	4.3	14	5.7	16	4.1	12	6.4
Otro	2	0.8	1	0.3	1	0.2	2	1.2	2	0.6	1	0.4	3	0.8	0	0.0
Total	249	100.0	326	100.0	403	100.0	172	100.0	329	100.0	246	100.0	388	100.0	187	100.0
Uso del condón en la primera relación sexual																
Sí	183	70.9	250	75.8	412	74.5	126	71.6	258	76.1	175	70.3	295	74.5	138	71.9
No	75	29.1	80	24.2	105	25.5	50	28.4	81	23.9	74	29.7	101	25.5	54	28.1
Total	258	100.0	330	100.0	307	100.0	176	100.0	339	100.0	249	100.0	396	100.0	192	100.0

**p<.001 *p<.01

Tabla 41

Características del comportamiento sexual subsecuente al debut sexual, comparación por sexo y tipo de familia.

	Sexo							Tipo de familia						
	Hombres			Mujeres				Biparental			Monoparental			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
No. de parejas sexuales	245	5.00	5.04	325	3.17	3.76	.001	395	3.82	4.16	175	4.28	5.04	
Consistencia condón	214	0.67	0.40	292	0.62	0.42		349	0.65	0.41	157	0.63	0.40	
Frecuencia últimos seis meses														
Sexo vaginal	248	3.89	1.35	326	4.12	1.22	.035	402	3.95	1.31	172	4.19	1.20	.031
Sexo anal	238	1.81	1.18	314	1.53	0.97	.003	383	1.66	1.07	169	1.63	1.09	
Sexo oral	240	3.28	1.36	319	3.03	1.38	.031	391	3.14	1.37	168	3.13	1.39	
Frecuencia uso del condón últimos seis meses en prácticas														
Vaginales	258	3.40	1.59	332	3.57	1.53		414	3.52	1.55	176	3.44	1.57	
Anales	191	2.69	1.78	212	2.06	1.59	.001	284	2.44	1.75	119	2.16	1.61	
Orales	224	1.66	1.21	280	1.56	1.08		354	1.62	1.15	150	1.55	1.13	

Tabla 42

Características del comportamiento sexual subsecuente al debut sexual, comparación por tipo de hermano.

	Hermano													
	Mayor							Menor						
	Con			Sin				Con			Sin			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
No. de parejas sexuales	325	4.31	3.36	245	3.49	5.10	.030	386	3.64	1.86	184	4.64	5.87	.012
Consistencia condón	289	0.64	0.41	217	0.64	0.41		342	0.64	0.41	164	0.65	0.40	
Frecuencia últimos seis meses														
Sexo vaginal	331	4.05	1.27	243	3.98	1.30		384	4.05	1.23	190	3.95	1.39	
Sexo anal	318	1.69	1.08	234	1.60	1.07		373	1.65	1.09	179	1.65	1.06	
Sexo oral	322	3.19	1.34	237	3.05	1.40		377	3.15	1.36	182	3.09	1.42	
Frecuencia uso del condón últimos seis meses en prácticas														
Vaginales	339	3.53	1.58	251	3.44	1.54		398	3.43	1.58	192	3.63	1.49	
Anales	240	2.50	1.61	163	2.15	1.76	.043	270	2.31	1.68	133	2.46	1.76	
Orales	288	1.60	1.12	216	1.60	1.16		343	1.62	1.14	161	1.57	1.15	

Tabla 43

Comparación de otros indicadores de riesgo sexual por sexo, tipo de familia y por hermano.

	Sexo				Tipo de familia					Hermano										
	Hombres		Mujeres		p	Biparental		Monoparental		p	Mayor				Menor				p	
	n	%	n	%		n	%	n	%		Con		Sin		Con		Sin			
											n	%	n	%	n	%	n	%		
Tener alguna vez ITS																				
Sí	6	2.4	14	4.2		11	2.7	9	5.1		12	3.6	8	3.2		12	3.0	8	4.2	
No	229	89.8	288	87.3		367	89.5	150	85.7		299	89.3	218	87.2		345	87.6	172	90.1	
No sé	20	7.8	28	8.5		32	7.8	16	9.1		24	7.2	24	9.6		37	9.4	11	5.8	
Total	255	100.0	330	100.0		410	100.0	175	100.0		335	100.0	250	100.0		394	100.0	191	100.0	
¿Qué ITS has enido?																				
Sífilis	1	33.3	0	0.0		1	11.1	0	0.0		0	0.0	1	14.3		1	9.1	0	0.0	
Condiloma	0	0.0	1	7.7		1	11.1	0	0.0		1	10.0	0	0.0		0	0.0	1	16.7	
VPH	2	66.7	9	69.2		5	55.6	6	75.0		2	50.0	6	85.7		7	63.6	4	66.7	
Vaginitis transmitida	0	0.0	1	7.7		1	11.1	1	12.5		5	20.0	0	0.0		1	9.1	1	16.7	
Candida	0	0.0	2	15.4		1	11.1	1	12.5		2	20.0	0	0.0		2	18.2	0	0.0	
Total	3	100.0	13	100.0		9	100.0	8	100.0		10	100.0	7	100.0		11	100.0	6	100.0	
Prueba VIH/SIDA																				
Sí	42	16.5	48	14.7		60	14.7	30	17.2		49	14.7	41	16.5		67	17.0	23	12.2	
No	203	79.6	270	82.6		333	81.6	140	80.5		275	82.3	198	79.8		310	78.9	163	86.2	
No sé como hacérmela	10	3.9	9	2.8		15	3.7	4	2.3		10	3.0	9	3.6		16	4.1	3	1.6	
Total	255	100.0	327	100.0		408	100.0	174	100.0		334	100.0	248	16.5		393	100.0	189	100.0	
Embarazo no planeado																				
Sí	30	11.8	64	19.4	.003	19.4	13.7	38	21.7	.045	54	16.2	40	16.0		63	16.0	31	16.3	
No	217	85.4	265	80.3		80.3	85.1	134	76.6		277	82.9	205	82.0		324	82.2	158	83.2	
No sé	7	2.8	1	0.3		3	1.2	3	1.7		3	0.9	5	2.0		7	1.8	1	0.5	
Total	254	100.0	330	100.0		56	100.0	175	100.0		334	100.0	250	100.0		394	100.0	190	100.0	
Aborto																				
Sí	25	9.8	51	15.5	.021	47	11.5	29	16.7		42	12.7	34	13.6		53	13.5	23	12.2	
No	224	88.2	276	84.1		355	87.0	145	83.3		286	86.1	214	85.6		335	85.2	165	87.3	
No sé	5	2.0	1	0.3		6	1.5	0	0.0		4	1.2	2	.8		5	1.3	1	0.5	
Total	254	100.0	328	100.0		408	100.0	174	100.0		332	100.0	250	13.6		393	100.0	189	100.0	



VARIABLES DEL MODELO FAMILIAR ESTRUCTURAL

Variables individuales

Los resultados de la Tabla 44 muestran que las mujeres en comparación con los hombres, tienen mayor conocimiento sobre el uso correcto del condón ($t=-2.230$, $p < .026$) y hablan con mayor frecuencia con sus parejas sobre métodos anticonceptivos, relaciones sexuales y sus consecuencias ($t=-3.316$, $p < .001$), así como de las formas de prevenir las ITS, el VIH/SIDA y la utilización del condón ($t=-2.911$, $p < .004$). Asimismo, las mujeres a diferencia de los varones, tienen estilos de negociar el preservativo basados en la equidad-colaboración o en la imposición, es decir, las universitarias negocian el preservativo por medio del diálogo para encontrar soluciones de mutuo acuerdo y satisfactorias para ambos miembros de la pareja ($t=-2.627$, $p < .009$); sin embargo, también pueden imponerse ante su compañero sexual para utilizar el preservativo durante el coito ($t=-3.531$, $p < .001$).

Tabla 44

Variables individuales: comparación de medias por sexo y tipo de familia.

	Sexo					Tipo de familia				
	Hombres (n=258)		Mujeres (n=332)		p	Biparental (n=414)		Monoparental (n=176)		p
	M	DE	M	DE		M	DE	M	DE	
Conocimientos sobre										
ITS	2.72	1.06	2.80	0.97		2.71	1.10	2.90	.99	.030
VIH/SIDA	5.02	1.27	5.02	0.95		4.98	1.01	5.11	1.10	
Uso correcto del condón	3.17	1.37	3.42	1.34	.026	3.31	1.34	3.30	1.38	
Total conocimientos	11.54	2.48	11.88	2.06		11.63	2.32	11.96	2.10	
Comunicación sexual con la pareja										
Prevención de ITS/VIH/SIDA/condón	3.32	1.17	3.60	1.14	.004	3.48	1.18	3.47	1.13	
Métodos anticonceptivos, sexo y sus consecuencias	3.80	0.98	4.07	0.94	.001	3.93	0.96	4.00	0.98	
Estilos de negociación del condón										
Colaboración-equidad	4.10	0.93	4.29	0.82	.009	4.22	.90	4.18	0.82	
Acomodación	3.49	1.03	2.72	1.07	.001	3.05	1.13	3.08	1.08	
Evitación	2.55	1.14	1.81	0.90	.001	2.16	1.10	2.09	1.02	
Contender	2.57	1.07	2.89	1.09	.001	2.72	1.10	2.81	1.09	
Intenciones para usar condón	5.52	2.08	5.58	2.15		5.58	2.10	5.50	2.16	



En el caso de los varones, sus estilos de negociación se basan en la acomodación y la evitación (Tabla 44), es decir, los hombres se ajustan a lo que las mujeres decidan respecto a utilizar o no el preservativo durante el acto sexual ($t=8.763$, $p <.001$) o cambian su postura respecto a usar condón con el fin de evitar conflictos con la pareja ($t=8.774$, $p <.001$).

La media estimada a partir de las respuestas correctas de la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA es mayor para los estudiantes provenientes de familias monoparentales en comparaciones con quienes provienen de familias biparentales ($t=-1.978$, $p <.049$). No se observaron diferencias significativas en ninguna otra variable del sistema individual por tipo de familia (Tabla 44).

Tampoco se observaron diferencias significativas en las variables del sistema individual al comparar aquellos estudiantes quienes informaron tener un hermano menor y quienes señalaron lo contrario, a excepción del estilo de contender para negociar el preservativo. Quienes informaron tener un hermano mayor – en comparación de quienes no tienen- ($t=2.692$, $p <.007$) son aquellos estudiantes que se imponen ante su compañero sexual para utilizar el preservativo durante el coito (Tabla 45).

Tabla 45

Variables individuales: comparación de medias por tipo de hermano.

	Tener hermano									
	Mayor					Menor				
	Con		Sin		<i>p</i>	Con		Sin		<i>p</i>
	(n=339)		(n=251)			(n=398)		(n=192)		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Conocimientos sobre										
ITS	2.78	1.02	2.75	1.01		2.73	1.03	2.84	0.97	
VIH/SIDA	5.02	1.06	5.02	1.16		4.98	1.14	5.10	1.01	
Uso correcto del condón	3.32	1.40	3.30	1.30		3.32	1.36	3.27	1.34	
Total conocimientos	11.75	2.30	11.70	2.21		11.67	2.31	11.86	2.16	
Comunicación sexual con la pareja										
Prevención de ITS/VIH/SIDA/condón	3.51	1.17	3.45	1.14		3.48	1.15	3.48	1.18	
Métodos anticonceptivos, sexo y sus consecuencias	3.96	1.02	3.94	0.90		3.96	0.94	3.93	1.03	
Estilos de negociación del condón										
Colaboración-equidad	4.22	0.90	4.20	0.85		4.20	0.86	4.23	0.92	
Acomodación	3.08	1.16	3.03	1.05		3.09	1.08	2.98	1.18	
Evitación	2.19	1.12	2.07	1.01		2.11	1.05	2.18	1.13	
Contender	2.85	1.13	2.61	1.03	.007	2.73	1.07	2.79	1.14	
Intenciones para usar condón	5.52	2.12	5.61	2.12		5.51	2.17	5.65	2.01	



perciben a sus madres como negligentes ($t=-2.609$, $p <.009$) y los estudiantes pertenecientes a familias biparentales las perciben como permisivas ($t=-2.022$, $p <.044$).

Tabla 47

Variables parentales: comparación de medias por tipo de hermano.

	Tener hermano													
	Mayor							Menor						
	Con			Sin				Con			Sin			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
Comunicación sexual														
Padre	251	2.02	1.10	185	2.12	1.06		294	2.02	1.05	142	2.14	1.14	
Madre	334	2.53	1.33	247	2.73	1.23		389	2.62	1.27	192	2.61	1.33	
Estilos parentales														
Padre negligente	249	1.82	0.79	185	1.91	0.91		294	1.90	0.89	140	1.76	0.73	
Padre autorizativo	249	2.75	0.73	185	2.75	0.70		294	2.71	0.73	140	2.83	0.69	
Padre autoritario	249	2.30	0.68	185	2.34	0.68		294	2.35	0.68	140	2.24	0.68	
Padre permisivo	249	2.76	0.74	185	2.68	0.68		294	2.68	0.71	140	2.83	0.72	.035
Madre negligente	326	1.78	0.87	245	1.83	0.95		384	1.84	0.93	187	1.72	0.85	
Madre autorizativa	326	2.95	0.77	245	2.91	0.81		384	2.90	0.79	187	2.99	0.78	
Madre autoritaria	326	2.09	0.78	245	2.14	0.78		384	2.13	0.79	187	2.07	0.76	
Madre permisiva	326	2.80	0.77	245	2.71	0.77		384	2.72	0.77	187	2.85	0.76	

No existen diferencias significativas entre las variables parentales y la condición de tener o no un hermano mayor. Sin embargo, los universitarios quienes informaron no tener hermanos menores perciben al padre con un estilo permisivo a diferencia de los estudiantes con un hermano menor ($t=-2.124$, $p <.035$) (Tabla 47).

Variables Culturales

Los hombres ($n= 258$, $M=2.17$, $DE=.87$) a diferencia de las mujeres ($n= 332$, $M=1.74$, $DE=.80$) informaron tener creencias más rígidas sobre lo que se espera socialmente de un hombre ($t=6.162$, $p <.001$). Asimismo, las mujeres ($n= 332$, $M=2.36$, $DE=1.09$) universitarias tienen estereotipos menos rígidos respecto de lo que implica ser una mujer dentro de la cultura mexicana a diferencia de los varones ($n= 258$, $M=2.73$, $DE=1.05$, $t=4.162$, $p <.001$). No se encontraron diferencias significativas por tipo de familia y por la condición de tener o no hermano mayor y menor.



8.2.3 Análisis de predicción

Para conocer el efecto predictor de las variables individuales, fraternas, parentales y culturales sobre el comportamiento sexual protegido, se llevó a cabo un análisis de regresión por pasos o *stepwise* con la finalidad de conocer cuáles son las variables que mejor predicen la consistencia del uso del preservativo y cómo se relacionan las variables en los diferentes sistemas (individual, fraterno, parental y cultural) con las variables predictoras de la conducta sexual protegida.

Se calcularon solamente tres modelos de predicción: 1) el de la muestra general, 2) el de hombres, y 3) el de mujeres. Se desarrollaron análisis de predicción por cada uno de los sexos (hombres y mujeres) debido a que en la comparación de las variables del MFE por sexo, tipo de familia y presencia/ausencia de hermano mayor/menor (Tablas 44, 45, 46 y 47), en su mayoría, las diferencias estadísticamente significativas se encontraron al comparar las medias de cada una de las variables por sexo.

Para llevar a cabo el análisis de predicción, inicialmente se obtuvo la matriz de correlaciones entre todas las variables del MFE y la consistencia del uso del condón por medio de la prueba *r de Pearson*. Posteriormente se calcularon los estadísticos de la regresión lineal múltiple con método *stepwise* utilizando como variable criterio inicial, la consistencia del uso del condón.

8.2.3.1 Análisis de regresión lineal múltiple *stepwise* para toda la muestra

En el Apéndice “J” se muestran los coeficientes de correlación de Pearson estimados para toda la muestra. Este análisis determinó el grado de correlación existente entre la consistencia del uso del condón con las variables que constituyen el MFE, así como el nivel de relación entre las variables que conforman los diversos subsistemas del MFE.

Una vez confirmada la relación entre variables y a partir del análisis teórico-conceptual del MFE, se calcularon las diversas ecuaciones que conformarían la regresión lineal por pasos o *stepwise*. La Figura 4 muestra el modelo de predicción



estimado para toda la muestra y en la Tabla 48 se especifican los estadísticos relativos al resumen y ajuste del modelo, así como el diagnóstico de colinealidad representado por el índice de Tolerancia y el Factor de Inflación de la Varianza (FIV) y la prueba Durbin-Watson (*DW*) para determinar la no dependencia de los datos.

La Tabla 48 y la Figura 4 muestran que el mejor predictor del uso consistente del condón para esta muestra de universitarios es la intención de usar preservativo en la próxima relación sexual ($R^2=.323$, $R^2_{aj}=.392$, $F=381.015$, $p=.001$; $\beta=.627$, $t=19.520$, $p=.001$).

Esta intención de utilizar el condón se predice a partir del estilo de negociación del uso del preservativo basado en la equidad-colaboración ($R^2=.068$, $R^2_{aj}=.066$, $F=42.636$, $p=.001$; $\beta=.260$, $t=6.530$, $p=.001$). Así, los estudiantes que consideraron tener una alta probabilidad de usar condón en su próximo encuentro sexual son aquellos quienes hablan, argumentan y comparten con la pareja los problemas implicados para cuidar su salud sexual, de tal forma que buscan llegar a acuerdos sobre las formas en las cuales se protegerán sexualmente. De esta forma, se busca la ayuda del compañero sexual para encontrar una solución equitativa, de mutuo acuerdo y satisfactoria para ambas partes respecto a usar el condón en las relaciones sexuales (Tabla 48).

Este estilo particular de negociar el preservativo con la pareja puede estimarse en la ecuación de la regresión lineal por medio de la comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos -por ejemplo, como usarlos, ventajas y desventajas, donde comprarlos, etcétera- y las posibles consecuencias de tener relaciones sexuales -por ejemplo, embarazo, ITS, VIH/SIDA, ventajas del condón sobre otros métodos anticonceptivos, etcétera- ($R^2=.072$, $R^2_{aj}=.070$, $F=45.488$, $p=.001$; $\beta=.268$, $t=6.744$, $p=.001$).

Para que los universitarios hablen sobre métodos anticonceptivos y las posibles consecuencias de tener relaciones sexuales, es fundamental que primero conversen sobre las ITS, el VIH/SIDA y el uso del condón masculino (Figura 4). En otras palabras, cuando los estudiantes hablan frecuentemente con su pareja sobre como identificar y prevenir las ITS y el VIH/SIDA, pero además, incluyen dentro de



la conversación aspectos concernientes al preservativo -tales como su uso y efectividad para prevenir estos problemas de salud sexual-, entonces se incrementa la probabilidad de que éstos hablen sobre los métodos anticonceptivos y las posibles consecuencias de tener relaciones sexuales ($R^2=.602$, $R^2_{aj}=.601$, $F=888.662$, $p=.001$; $\beta=.776$, $t=29.810$, $p=.001$).

A su vez, la comunicación con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino pueden predecirse a partir del nivel de conocimientos que se posee sobre el uso correcto del condón ($\beta=.123$, $t=3.233$, $p=.001$) y de la frecuencia de comunicación sexual con la madre ($\beta=.371$, $t=9.764$, $p=.001$). Lo anterior indica que cuando los universitarios tienen suficientes conocimientos sobre cómo usar correctamente un preservativo, pero además, frecuentemente hablan con su madre sobre cómo usar los métodos anticonceptivos para protegerse en sus relaciones sexuales y prevenir problemas de salud sexual; y dentro de la conversación destacan las ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos y su eficacia para evitar las ITS y el VIH/SIDA, entonces se puede explicar el 15% de la varianza ($R^2=.152$, $R^2_{aj}=.150$, $F=52.791$, $p=.001$) respecto a la comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino (Tabla 48 y Figura 4).

Hasta este momento, todos los predictores descritos se pueden ubicar dentro del sistema individual. La comunicación sexual con la madre es la única variable del sistema parental que predice la comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino. Cabe destacar que no se determinaron –ni teóricamente, ni estadísticamente- predictores de la variable “conocimientos sobre el uso correcto del condón”, pero, si se estimaron variables predictoras de la comunicación sexual con la madre.

Las variables que predicen la comunicación sexual con la madre sobre métodos anticonceptivos, prevención de ITS/VIH/SIDA y el uso del condón son: la comunicación sexual con el padre ($\beta=.494$, $t=14.161$, $p=.001$) y la cercanía fraterna con el hermano menor ($\beta=.180$, $t=5.157$, $p=.001$). Estos resultados indican que cuando los estudiantes hablan frecuentemente con el padre sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales, de métodos anticonceptivos, de los



síntomas y consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA y sobre dónde comprar y cómo usar los condones masculinos, pero además, perciben apoyo, muestras de cariño y una relación de confianza basada en el respeto y la comunicación con el hermano menor, entonces se puede explicar casi el 30% de la varianza ($R^2=.296$, $R^2_{aj}=.294$, $F=123.440$, $p=.001$) de la comunicación sexual con la madre (Figura 4).

No se determinaron predictores para la cercanía con el hermano menor – por criterio teórico y estadístico-, sin embargo, se estimaron los predictores de la comunicación sexual con el padre (Tabla 48).

La Figura 4 muestra que cuando los estudiantes perciben un padre con estilo democrático, es decir, padres quienes ponen reglas claras de comportamiento, son receptivos a las opiniones de sus hijos y utilizan el diálogo – explican y exponen argumentos y razones- para justificar sus acciones y decisiones, aceptando cuando se equivocan ($\beta=.156$, $t=3.629$, $p=.001$); y además perciben apoyo, muestras de cariño y una relación de confianza basada en el respeto y la comunicación con el hermano mayor ($\beta=.123$, $t=2.862$, $p=.004$), entonces se puede predecir la comunicación sexual con el padre ($R^2=.044$, $R^2_{aj}=.040$, $F=11.930$, $p=.001$).

Así, las variables fraternas –cercanía con el hermano mayor y menor- se constituyeron como predictoras de la comunicación sexual con padres –sistema parental- y no de variables ubicadas dentro del sistema individual (Figura 4). Finalmente, no se determinaron predictores para la cercanía con el hermano mayor debido a la falta de evidencia para justificar alguna relación entre la cercanía fraterna con alguna otra variable de orden parental e individual, sin embargo, se estimó el predictor del estilo parental paterno democrático.

El estilo parental materno democrático fue el predictor del estilo paterno democrático ($R^2=.323$, $R^2_{aj}=.392$, $F=381.015$, $p=.001$; $\beta=.437$, $t=11.793$, $p=.001$). En otras palabras, cuando los estudiante perciben una madre que fomenta la autonomía, -permite que sus hijos decidan sus cosas por sí mismos-, que establece reglas claras de comportamiento, con receptividad a las opiniones de sus hijos y utiliza el diálogo –explica y expone argumentos y razones- para



justificar sus acciones y decisiones, aceptando cuando se equivoca, entonces se predice la percepción de un padre democrático en un 43%.

Hasta el momento se han expuesto los estadísticos relativos a la bondad de ajuste del modelo para determinar en qué medida los datos obtenidos son representados adecuadamente por un modelo lineal (Tabla 48). Adicionalmente se valoraron los supuestos teóricos de la regresión lineal, con el objetivo de detallar el ajuste del modelo y discutir la capacidad explicativa de las variables independientes incluidas en las ecuaciones de la regresión lineal.

En este sentido, es necesario considerar los siguientes supuestos según Martín, Cabero y de Paz (2008); Rial-Boubeta y Varela-Mallou (2008); Hair, Anderson, Thatham y Black (2007) y Silva (1992, 1998):

- a) Linealidad: evaluar si los resultados se ajustan a la ecuación de regresión. Se puede obtener un análisis de residuos –*estimación de errores*- para determinar en qué medida los datos se distribuyen normalmente sobre la recta de la ecuación calculada. Para lograr este objetivo es útil un gráfico de probabilidad normal. En los Apéndices “k2”, “k5”, “k8”, “k11”, “k14”, “k17”, “k20”, “k23” y “k26” se muestran los gráficos P-P normal de la regresión residual, donde se señala la distribución acumulativa de los residuos de las variables dependientes incluidas en cada una de las ecuaciones de regresión lineal.
- b) Independencia: indica que el valor observado de una persona no tiene nada que ver con el valor de otra. Lo anterior se puede valorar con el *análisis de residuos*, el cual no debe dejar ver ninguna tendencia (Apéndices “k3”, “k6”, “k9”, “k12”, “k15”, “k18”, “k21”, “k24” y “k27”). Para tener mayor certeza se aplicó la prueba *Durbin-Watson (DW)*, si el valor del estadístico es próximo a dos, los residuos estarán incorrelacionados, si es próximo a cuatro se encuentran negativamente autocorrelacionados y si se aproxima a cero están positivamente autocorrelacionados. La regla de decisión para la prueba DW es, *si el valor se encuentra entre 1.5 y 2.5 se puede decir que los residuos son independientes*. En la Tabla 48 se muestran los valores obtenidos en la prueba DW, cabe destacar, todos los valores observados cumple con el



- supuesto de independencia debido a que los valores obtenidos en la prueba DW oscilan entre 1.5 y 2.5.
- c) Para evaluar la normalidad de los datos, es útil la creación de histogramas con los residuos tipificados en relación a una curva normal, lo cual puede ser complementado con un gráfico de probabilidad normal para así determinar si los residuos se distribuyen normalmente con media cero. En los Apéndices “k1”, “k4”, “k7”, “k10”, “k13”, “k16”, “k19”, “k22” y “k25” se muestran los histogramas de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para las variables dependientes incluidas en cada una de las ecuaciones de la regresión lineal.
- d) Finalmente, el último supuesto es el de no-colinealidad. Para este cometido, se interpretan los índices de Tolerancia y del Factor de Inflación de la Varianza (FIV). Autores como Martín et al. (2008), Rial-Boubeta y Varela-Mallou (2008), Hair et al. (2007) y Silva (1992, 1998) señalan la importancia de poner atención a estos estadísticos para detectar este tipo de problemas y tomar decisiones respecto a la inclusión o eliminación de las variables dentro del modelo. La tolerancia es el porcentaje de la varianza de cada variable independiente que no está explicada por las variables independientes que ya se encuentran en el modelo. Para que una variable entre al modelo, la tolerancia tiene que ser próxima a uno, lo cual significa que la variable no estaría relacionada con las independientes que ya han entrado en el modelo. Si alguna variable tiene tolerancia próxima a cero significa que no debe ser incluido en el modelo, pues su contribución ya ha sido aportada por otras variables. Tampoco se introducen variables si esto provoca que la tolerancia de otra ya presente en el modelo de regresión se sitúe por debajo del criterio de tolerancia. El FIV es el inverso de la tolerancia, por tanto, cuando la tolerancia disminuye el FIV incrementa. Un valor de tolerancia reducido y elevados valores de FIV denotan un serio problema de colinealidad. Las variables con las cuales se calcularon las ecuaciones de regresión lineal obtuvieron en su mayoría índices de Tolerancia y FIV de 1.000 lo cual indica ausencia de colinealidad.

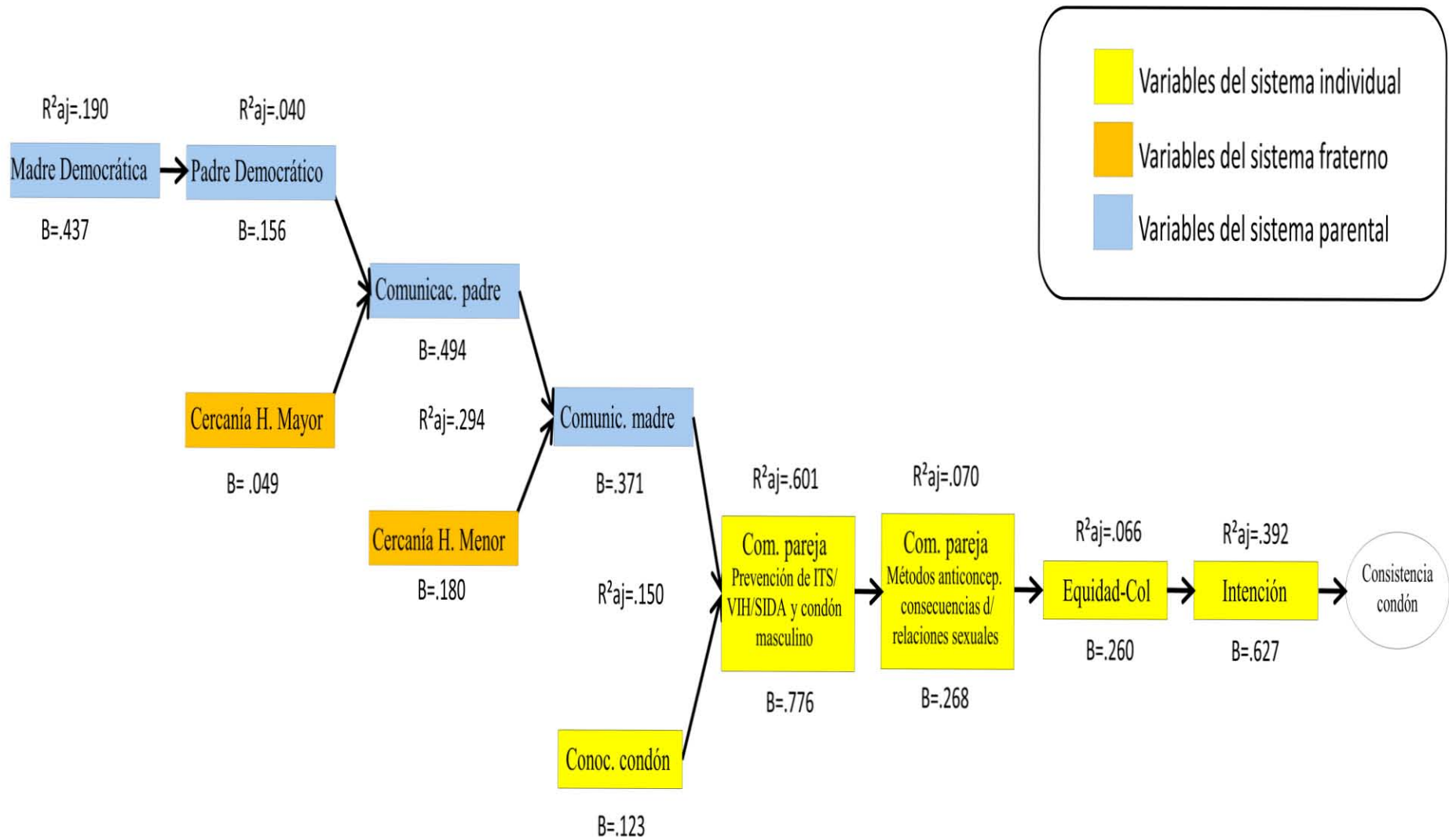


Figura 4. Modelo predictor de la consistencia del uso del condón para toda la muestra.

Tabla 48

Resumen y ajuste del modelo de predicción para la conducta del uso consistente del condón en toda la muestra.

Predictores	Variable criterio	Resumen del modelo			ANOVA		r Pearson		Coeficientes del modelo			Estadísticos colinealidad		DW	
		R	R ²	R ² aj	F	p	r	p	β	Error típico	t	p	Tolerancia		FIV
Intenciones condón	Consistencia condón	.627	.323	.392	381.015	.001	.661	.001	.627	.030	19.520	.001	1.000	1.000	1.986
Colaboración-equidad	Intenciones condón	.260	.068	.066	42.636	.001	.260	.001	.260	.040	6.530	.001	1.000	1.000	2.122
Comunicación pareja anticonceptivos y consecuencias d/sexo	Equidad-Colaboración	.268	.072	.070	45.488	.001	.268	.001	.268	.040	6.744	.001	1.000	1.000	1.996
Comunicación pareja prevención de ITS/VIH/condón	Comunicación pareja anticonceptivos y consecuencias sexo	.776	.602	.601	888.662	.001	.766	.001	.776	.026	29.810	.001	1.000	1.000	1.884
Comunicación sexual madre	Comunicación pareja prevención de ITS/VIH/condón	.390	.152	.150	52.791	.001	.373	.001	.371	.038	9.764	.001	1.000	1.000	2.073
Conocimientos condón							.122	.003	.123	.038	3.233	.001	1.000	1.000	
Comunicación sexual padre	Comunicación sexual madre	.544	.296	.294	123.440	.001	.602	.001	.494	.040	14.161	.001	.987	.1013	2.080
Cercanía hermano menor							.298	.001	.180	.042	5.157	.001	.987	.1013	
Padre democrático	Comunicación sexual padre	.209	.044	.040	11.930	.001	.208	.001	.156	.043	3.629	.001	9.88	1.012	1.891
Cercanía hermano mayor							.170	.001	.123	.094	2.862	.004	9.88	1.012	
Madre democrática	Padre democrático	4.37	.191	.190	139.064	.001	.548	.001	.437	.032	11.793	.001	1.000	1.000	2.065



Finalmente, cabe destacar, que las variables culturales –machismo y marianismo- no figuraron en el modelo estimado para toda la muestra, debido a que las ecuaciones de regresión lineal mostraron que no existe una relación entre las variables culturales y las variables familiares e individuales. Este resultado y el papel de las variables culturales se analizan en la discusión del estudio.

8.2.3.2 Análisis de regresión lineal múltiple *stepwise* para varones

Para desarrollar este modelo, se siguió el mismo procedimiento de estimación descrito en el apartado anterior. El Apéndice “L” muestra la matriz de correlaciones de todas las variables incluidas en el estudio para el grupo de hombres. A partir de estos resultados y del criterio teórico se fue desarrollando el modelo que se muestra en la Figura 5. La Tabla 49 contiene el resumen y ajuste del modelo, así como los estadísticos relativos al diagnóstico de colinealidad y el resultado de la prueba DW.

Cabe destacar, para los varones (Figura 5) –en comparación con toda la muestra (Figura 4)-, el modelo se mantuvo estable en las variables ubicadas en el sistema individual, a excepción de los conocimientos relativos al uso correcto del condón, los cuales no figuran en este modelo exclusivo para hombres.

Para evitar redundar y volver a describir la relación lineal entre las variables individuales -ya que son las mismas descritas en el apartado anterior-¹⁰, solamente se mencionan las relaciones entre el predictor y la variable criterio, así como los indicadores de bondad de ajuste en cada una de las ecuaciones de la regresión lineal.

Para el grupo de varones, las intenciones de utilizar preservativo predicen el uso consistente del condón en 30% ($R^2=.303$, $R^2_{aj}=.300$, $F=111.251$, $p=.001$; $\beta=.550$, $t=10.548$, $p=.001$). La probabilidad de usar preservativo en el próximo encuentro sexual se predice por el estilo de negociación del condón

¹⁰ Para una explicación más detallada de cómo se relacionan estas variables del sistema individual en el grupo de varones, remitirse al apartado previo titulado “Análisis de regresión lineal múltiple *stepwise* para toda la muestra”, ya que el modelo estimado para toda la muestra se mantuvo estable en las variables del sistema individual con los varones.



basado en la equidad-colaboración ($R^2=.059$, $R^2_{aj}=.056$, $F=16.163$, $p=.001$; $\beta=.244$, $t=4.020$, $p=.001$).

Sin embargo, para que los varones puedan negociar el condón con un estilo basado en la equidad-colaboración, es necesario que hablen con su pareja sobre métodos anticonceptivos y las posibles consecuencias de tener relaciones sexuales ($R^2=.090$, $R^2_{aj}=.087$, $F=25.347$, $p=.001$; $\beta=.300$, $t=5.035$, $p=.001$). La condición que explica un 54% de la varianza en torno a la comunicación sexual con la pareja sobre estos temas, es que conversen sobre las formas de prevenir las ITS y el VIH/SIDA, pero además, se requiere incluir dentro de la conversación aspectos concernientes al preservativo ($R^2=.546$, $R^2_{aj}=.544$, $F=307.989$, $p=.001$; $\beta=.739$, $t=17.550$, $p=.001$).

La vinculación entre variables individuales y parentales se genera en este punto, porque la comunicación sexual con la madre y el estilo parental paterno negligente de forma inversa, predicen la comunicación sexual con la pareja sobre ITS/VIH/SIDA/condón (Tabla 49). En otras palabras, que los hombres frecuentemente hablen con su madre sobre métodos anticonceptivos, prevención de ITS/VIH/SIDA y uso del condón ($\beta=.428$, $t=7.756$, $p=.001$), pero además, perciban al padre con cualidades diferentes al estilo de crianza negligente ($\beta= -.182$, $t=-3.291$, $p=.001$), se asocia con un 22% de la varianza explicada de la frecuencia de la comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y uso del condón ($R^2=.234$, $R^2_{aj}=.228$, $F=38.992$, $p=.001$).

Aquí es importante analizar la interpretación del estilo parental negligente con signo negativo en β . Se debe recordar que la conceptualización de los estilos parentales se deriva de dos dimensiones ortogonales (control y apoyo) en dos niveles (alto y bajo); la combinación de estos elementos genera perfiles diferentes de control e involucramiento parental (Tabla 1 y Figura 1)¹¹. Ahora, al ser un constructo derivado de un análisis ortogonal –y no dicotómico- no se puede interpretar el signo negativo de β como características opuestas o inversas a las que tiene un padre con estilo de crianza negligente.

¹¹ Consultar capítulo 3.



Lo anterior implica que padres negligentes con un bajo nivel de control y apoyo tienen cualidades como: a) prestar poca atención a las necesidades de sus hijos, b) no involucrarse afectivamente con ellos (son distantes y con actitud fría), c) no comunicarse con sus adolescentes, d) no establecer normas de comportamiento, e) actuar bajo el principio de no tener problemas o de minimizar los que se presentan, y f) rechazar o abandonar a sus hijos; por tanto, son cualidades que se deben evitar para que el estilo parental del padre junto con la comunicación sexual con la madre se constituyan como predictores de la comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y uso del condón.

Por lo tanto, si se deben evitar estas cualidades del padre con estilo negligente –bajo nivel de control y apoyo-, entonces se tendría que pensar en un padre con características diferentes. De acuerdo con la literatura especializada en el campo de la salud sexual, existe evidencia que señala que el estilo parental democrático –alto nivel de control y apoyo- funge como factor protector ante diversos comportamientos sexuales de riesgo (cf. Climent, 2009; Huebner & Howell, 2003), en consecuencia, este estilo de crianza pudiera ser el más adecuado –y diferente al negligente- para impactar de manera positiva en la comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y uso del condón.

No se determinaron predictores del estilo parental paterno negligente –por criterio teórico –, sin embargo, se estimaron las variables independientes que predicen la comunicación sexual con la madre. La Figura 5 muestra cómo aquellos varones quienes tienen una alta frecuencia de comunicación con el padre sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales, de métodos anticonceptivos, de los síntomas y consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA y sobre dónde comprar y como usar los condones masculinos, son quienes hablan también con mayor frecuencia de temas sexuales con la madre. Por tanto, la comunicación sexual con el padre, predice en 37% la varianza explicada de la comunicación sexual con la madre ($R^2=.377$, $R^2_{aj}=.375$, $F=155.216$, $p=.001$; $\beta=.614$, $t=12.459$, $p=.001$).

Finalmente, se destacan las relaciones fraternas como una condición influyente en la frecuencia de la comunicación sexual entre varones y padres



(Tabla 49). En otras palabras, una alta frecuencia en la comunicación sexual con el padre -sobre métodos anticonceptivos/síntomas-consecuencias de ITS/VIH/SIDA y uso del condón- puede predecirse en un 13% por las relaciones cercanas entre hermanos ($R^2=.138$, $R^2_{aj}=.131$, $F=20.377$, $p=.001$), tanto con el menor ($\beta=.241$, $t=4.045$, $p=.001$) como con el mayor ($\beta=.233$, $t=3.915$, $p=.001$). Por relaciones fraternas cercanas se hace referencia a la percepción de apoyo, de muestras de cariño y de una relación basada en la confianza, el respeto y la comunicación con los hermanos.

Adicionalmente a los estadísticos de bondad de ajuste del modelo (Tabla 49) se evaluó la linealidad, la independencia, la normalidad de los datos y la no colinealidad de las variables incluidas en el modelo estimado para varones.

Para evaluar la linealidad se obtuvieron gráficos P-P normal de la regresión residual, con el objetivo de determinar si los resultados se ajustan a la ecuación de regresión (Apéndices “M2”, “M5”, “M8”, “M11”, “M14”, “M17”, “M20” y “M23”). La independencia de los datos se evaluó con el *análisis de residuos*, el cual no debe dejar ver ninguna tendencia dentro de los gráficos (Apéndices “M3”, “M6”, “M9”, “M12”, “M15”, “M182”, “M21” y “M24”); asimismo, se utilizó la prueba DW, donde la regla de interpretación es *si el valor se encuentra entre 1.5 y 2.5 se puede decir que los residuos son independientes*. En la Tabla 49 se muestran los valores obtenidos en la prueba DW, cabe destacar que todos los valores observados cumple con el supuesto de independencia, debido a que los valores obtenidos en la prueba oscilan entre 1.5 y 2.5.

Finalmente, se tomó en cuenta el diagnóstico de colinealidad –análisis de la Tolerancia y del FIV- (Tabla 49), el cual indica no colinealidad en la mayor parte de las variables independientes (valores de 1.000) implicadas en el modelo estimado, a excepción de la “comunicación sexual con la madre” y el “estilo parental paterno negligente” como predictores de la “comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH y uso del condón”; y de la “cercanía fraterna con el hermano mayor y menor” como predictores de la comunicación sexual con el padre. Sin embargo, los valores de Tolerancia y del FIV en estas variables



independientes son muy bajos, lo cual no representa un problema para dejar estas variables dentro del modelo.

En resumen, para el grupo de varones, las variables del sistema individual se relacionan de la misma forma que para toda la muestra (Figura 4) a excepción de los conocimientos del uso correcto del condón, los cuales no aparecen en el modelo estimado para los hombres (comparar Figura 4 y 7).

Así, los varones que informaron tener la intención de utilizar el preservativo en su próximo encuentro sexual, son aquellos quienes negocian con la pareja el preservativo a través del diálogo y de la argumentación, la cual es dirigida a buscar acuerdos y soluciones equitativas para ambos, donde tanto él como ella ganen al utilizar el preservativo (estilo de negociación equidad-colaboración).

Esta forma de negociar el condón con la compañera sexual, depende de la comunicación sexual con la pareja y de los temas discutidos. Cuando los varones conversan con su pareja sobre los métodos anticonceptivos y de las posibles consecuencias de tener relaciones sexuales, entonces se abre el espacio para la negociación del preservativo a través del diálogo. Para que la pareja discuta sobre estos temas –anticonceptivos y consecuencias del sexo- es necesario que los varones también hablen con su pareja sobre la prevención de ITS/VIH/SIDA y uso del condón masculino.

La comunicación sexual con la pareja sobre estos temas se favorece a partir de las prácticas parentales maternas y del estilo parental paterno. Cuando los varones hablan frecuentemente con la madre sobre métodos anticonceptivos, prevención de ITS/VIH/SIDA y uso del condón, pero además perciben al padre con características inversas a las de un padre con estilo negligente, entonces, estas cualidades de las relaciones familiares influyen para que los hombres discutan con su pareja aspectos relativos a la prevención de ITS/VIH/SIDA y uso del condón masculino.

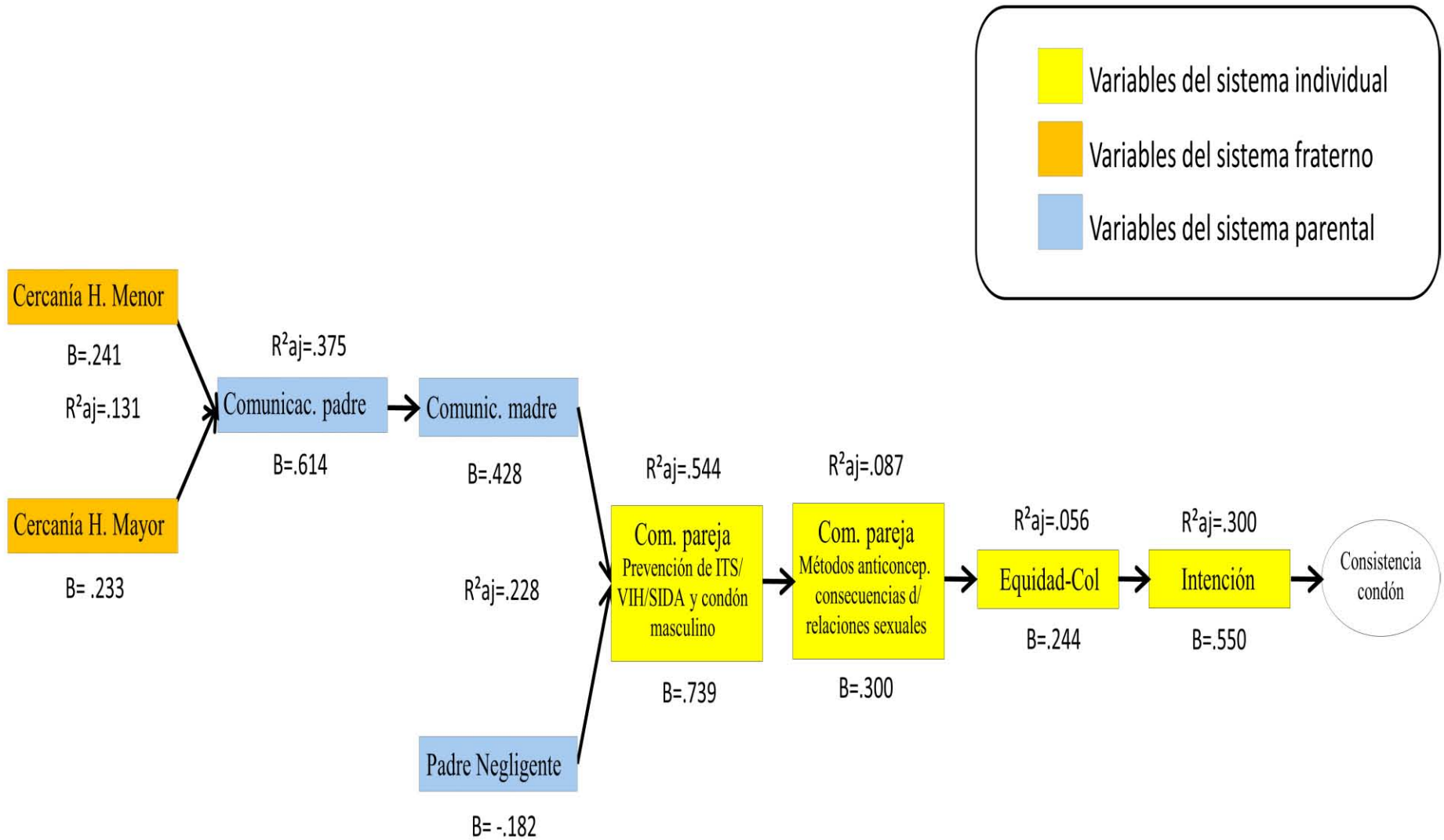


Figura 5. Modelo predictor de la consistencia del uso del condón para varones

Tabla 49

Resumen y ajuste del modelo de predicción para la conducta del uso consistente del condón para varones.

Predictores	Variable criterio	Resumen del modelo			ANOVA		r Pearson		Coeficientes del modelo			Estadísticos colinealidad		DW	
		R	R ²	R ² aj	F	p	r	p	β	Error típico	t	p	Tolerancia		FIV
Intenciones condón	Consistencia condón	.550	.303	.300	111.251	.001	.596	.001	.550	.047	10.548	.001	1.000	1.000	2.114
Equidad-colaboración	Intenciones condón	.244	.059	.056	16.163	.001	.244	.001	.244	.056	4.020	.001	1.000	1.000	2.116
Comunicación pareja anticonceptivos y consecuencias d/sexo	Equidad-colaboración	.300	.090	.087	25.347	.001	.300	.001	.300	.062	5.035	.001	1.000	1.000	1.990
Comunicación pareja prevención de ITS/VIH/condón	Comunicación pareja anticonceptivos y consecuencias sexo	.739	.546	.544	307.989	.001	.739	.001	.739	.043	17.550	.001	1.000	1.000	1.947
Comunicación sexual madre	Comunicación pareja prevención de ITS/VIH/condón	.484	.234	.228	38.992	.001	.453	.001	.428	.058	7.756	.001	.986	1.014	2.179
Padre negligente	Comunicación sexual padre	.614	.377	.375	155.216	.001	-.260	.001	-.182	.060	-3.291	.001	.986	1.014	
Comunicación sexual padre	Cercanía hermano menor	.371	.138	.131	20.377	.001	.718	.001	.614	.054	12.459	.001	1.000	1.000	1.945
Cercanía hermano mayor	Comunicación sexual padre						.404	.001	.241	.068	4.045	.001	.950	1.052	1.905
							.401	.001	.233	.064	3.915	.001	.950	1.052	



A partir de los valores de β , se puede identificar que para los varones es más importante la comunicación sexual materna que la percepción en torno a la forma en la cual el padre se relaciona con ellos. Los resultados muestran que un hombre que se comunica frecuentemente con la madre sobre anticonceptivos, ITS/VIH/SIDA y uso del condón, también lo hace con el padre.

Finalmente, las relaciones fraternas estrechas basadas en el apoyo, el cariño, la confianza, el respeto y la comunicación favorecen la comunicación sexual parental paterna. El papel de los hermanos se relaciona con las variables parentales paternas y no con las variables ubicadas dentro del sistema individual.

8.2.3.3 Análisis de regresión lineal múltiple *stepwise* para mujeres

El proceso de estimación del modelo para mujeres se llevó a cabo bajo el mismo procedimiento de los dos modelos anteriores. Inicialmente se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las variables implicadas en el estudio (Apéndice "N"). A partir de estos resultados -y del análisis teórico- se llevaron a cabo los análisis de predicción a través de la regresión lineal múltiple con método *stepwise*.

En lo que respecta a las variables individuales, el modelo estimado para mujeres (Figura 6) es similar al calculado para varones (Figura 5), con la diferencia de que para las mujeres, los conocimientos sobre el uso correcto del condón se constituyen como parte del modelo, mientras que para los varones, no. Sin embargo, cabe destacar que el modelo estimado para toda la muestra (Figura 4) se mantuvo idéntico al de las mujeres (Figura 6), tanto en las variables individuales como en algunas de las variables parentales.

Por tanto, para evitar duplicar la descripción del modelo de la Figura 4 y Figura 5, solamente se describe la relación entre variables predictoras y variables criterio, así como los indicadores de la bondad de ajuste del modelo. Posteriormente, se describen a detalle aquellas relaciones entre variables que hacen diferente a este modelo del estimado para varones y para toda la muestra.



Para las mujeres, el predictor directo del uso consistente del condón es la intención de usar preservativo en el próximo encuentro sexual ($R^2=.466$, $Raj=.465$, $F=288.469$, $p=.001$; $\beta=.683$, $t=16.984$, $p=.001$). La posibilidad de considerar el utilizar preservativo en el siguiente encuentro sexual se predice a partir del estilo de negociación del condón basado en la equidad-colaboración ($R^2=.076$, $Raj=.073$, $F=27.071$, $p=.001$; $\beta=.275$, $t=5.203$, $p=.001$).

Este estilo de negociación del uso del condón, depende de la comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos y las posibles consecuencias de tener relaciones sexuales ($R^2=.048$, $Raj=.045$, $F=16.482$, $p=.001$; $\beta=.218$, $t=4.060$, $p=.001$). Para que la pareja hable sobre estos temas, es fundamental que previamente discutan sobre las ITS, el VIH/SIDA y el uso del condón masculino ($R^2=.640$, $Raj=.638$, $F=585.411$, $p=.001$; $\beta=.800$, $t=585.411$, $p=.001$).

Para poder predecir la comunicación sexual con la pareja sobre ITS, el VIH/SIDA y el uso del condón masculino, es necesario considerar la frecuencia de la comunicación sexual con la madre ($\beta=.296$, $t=5.671$, $p=.001$) y el nivel de conocimientos que las mujeres poseen sobre el uso correcto del condón ($\beta=.133$, $t=2.558$, $p=.011$). Ambas variables, en conjunto, predicen el 10% de la varianza explicada de la comunicación sexual con la pareja. Así, las discusiones que las mujeres establecen con sus madres sobre ITS/VIH/SIDA y sobre el condón, aunado con los conocimientos sobre el uso correcto del preservativo, favorecen las conversaciones frecuentes con la pareja sobre las diferentes ITS, el VIH/SIDA, así como la forma de prevenirlas a través del uso del preservativo (Tabla 50 y Figura 6).

No se estimaron predictores para los conocimientos sobre el uso correcto del condón –debido a criterios estadísticos y teóricos–, sin embargo, si se determinaron las variables predictoras de la comunicación sexual entre madre e hija. La comunicación sexual con el padre ($\beta=.502$, $t=11.072$, $p=.001$) y el estilo parental materno democrático ($\beta=.238$, $t=5.240$, $p=.001$) predicen en conjunto el 32% de la varianza explicada de la comunicación sexual con la madre ($R^2=.326$, $Raj=.3220$, $F=79.662$, $p=.001$), lo cual indica que cuando las mujeres hablan frecuentemente con sus padres sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales,



de métodos anticonceptivos, de los síntomas y consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA y sobre dónde comprar y cómo usar los condones masculinos, pero además, perciben un estilo parental democrático en la madre, es decir, consideran que su madre fomenta la autonomía, establece reglas claras de comportamiento y se muestra receptiva a las opiniones de sus hijas y utiliza el diálogo para explicar y exponer sus argumentos y razones de sus acciones y decisiones; entonces se favorece una alta frecuencia en la comunicación sexual con la madre (Figura 6).

A su vez, este estilo parental democrático materno se explica en 17% por la cercanía fraterna con el/la hermano/a mayor ($R^2=.186$, $Raj=.171$, $F=12.119$, $p=.001$; $\beta=.431$, $t=3.481$, $p=.001$), es decir, las mujeres que informaron tener cercanía con su hermano/a mayor a través del apoyo, de la expresión del afecto y consideran que su relación con el/la hermano/a está basada en la confianza, el respeto y la comunicación, son quienes informaron percibir a la madre con un estilo parental democrático (Tabla 50).

Por otro lado, la comunicación sexual con el padre en el grupo de mujeres, se predice por medio del estilo parental paterno democrático ($R^2=.033$, $Raj=.028$, $F=7.885$, $p=.001$; $\beta=.181$, $t=2.808$, $p=.005$). Así, cuando el padre es percibido como democrático, es decir, como sensible a las opiniones de sus hijas, que busca fomentar la autonomía y resolver los problemas a través del diálogo, el razonamiento y la argumentación, entonces, esta condición en la relación predice la comunicación sexual del padre con las hijas (Tabla 50). A su vez, este estilo parental paterno puede estimarse a partir de la cercanía con el hermano menor ($R^2=.029$, $Raj=.023$, $F=4.872$, $p=.029$; $\beta=.171$, $t=2.207$, $p=.029$), por tanto, las características de la relación entre padres democráticos y las hijas, estarían influidos por la relación estrecha, afectiva, de confianza, respeto y comunicación que las mujeres tienen con su hermano/a menor (Figura 6).

En la Tabla 50, además de mostrar los indicadores de bondad de ajuste de este modelo, también se presentan el diagnóstico de colinealidad y los indicadores de la prueba DW; que en conjunto con los histogramas de los residuos tipificados comparados con una distribución normal –de la variable dependiente- (Apéndices “Ñ1”, “Ñ4”, “Ñ7”, “Ñ10”, “Ñ13”, “Ñ162”, “Ñ19”, “Ñ252” y “Ñ28”), los gráficos P-P



normal de la regresión residual (Apéndices “Ñ2”, “Ñ5”, “Ñ8”, “Ñ11”, “Ñ14”, “Ñ17”, “Ñ20”, “Ñ23”, “Ñ26” y “Ñ29”) y del análisis de residuos (Apéndices “Ñ3”, “Ñ6”, “Ñ9”, “Ñ12”, “Ñ15”, “Ñ18”, “Ñ21”, “Ñ24”, “Ñ27” y “Ñ30”) permiten evaluar la linealidad, la independencia de los datos y la no colinealidad de las variables que constituyen el modelo.

Los resultados de la prueba DW (Tabla 50) muestran la inexistencia de dependencia entre los datos, ya que todos los estadísticos se encuentran *entre 1.5 y 2.5, por tanto los residuos son independientes*. Respecto a la no colinealidad, en la misma tabla, se muestra que en todas las variables del modelo, los niveles de Tolerancia y del FIV tienen un valor de 1.000, lo cual indica la ausencia de colinealidad, a excepción de la “comunicación sexual con el padre” y “el estilo parental materno democrático” como predictores de la comunicación sexual con la madre, donde el valor de Tolerancia decrecienta .005 y en consecuencia el valor del FIV aumenta .005, lo cual no representa un problema para dejar estas variables dentro del modelo.

A manera de resumen, el mejor predictor de la consistencia del uso del condón en las mujeres, es la intención de utilizar preservativo en su próximo encuentro sexual. Para que ellas perciban esta posibilidad de usarlo con su compañero sexual, es importante la habilidad para negociarlo a través del diálogo y exponiéndole a la pareja las posibles soluciones, donde ambas partes ganen al protegerse sexualmente con el condón.

Para brindar argumentos y buscar estas soluciones equitativas, es indispensable que ellas discutan con su pareja, aspectos relativos a los métodos anticonceptivos y las posibles consecuencias de tener relaciones sexuales. Lo anterior favorecería que las mujeres puedan buscar este espacio de diálogo y conversación con la pareja para negociar el preservativo. Sin embargo, una condición necesaria para que ellas hablen -sobre anticonceptivos y las consecuencias de las relaciones sexuales con sus parejas- con sus parejas es, la comunicación sobre la prevención de ITS, del VIH/SIDA y el uso del condón masculino.



Para que ellas puedan discutir con sus parejas temas como las ITS/VIH/SIDA y el uso del condón, es necesario que posean conocimientos sobre la forma correcta de utilizar el preservativo, pero más importante se torna la frecuencia con la cual la madre discute con ellas estos temas.

Para que se pueda favorecer la comunicación sexual entre madres e hijas y así discutir estos tópicos - ITS/VIH/SIDA/condón-, se requiere de la participación paterna (comunicación sexual con el padre) y de un estilo de relación flexible y abierto por parte de la madre (estilo parental democrático materno). El estilo de relación con la madre basado en reglas claras, en fomentar la autonomía y mantenerse receptiva a las opiniones de sus hijas, siempre utilizando el diálogo, la razón y exponiendo los argumentos de las acciones parentales, favorece la comunicación sexual con la madre. Y este estilo democrático se encuentra influido por las relaciones fraternas estrechas que se tienen con el/la hermano/a mayor, las cuales se caracterizan por el apoyo, la confianza, la comunicación, el respeto y el afecto.

Como se mencionó anteriormente, un estilo parental democrático materno influye en la comunicación sexual con la madre, aunado a la comunicación sexual con el padre. Las mujeres que hablan frecuentemente con la madre sobre ITS/VIH/SIDA y sobre el condón, también tratan los mismos temas con el padre.

Esta apertura del padre, para tratar estos tópicos con sus hijas, está influido por el estilo parental paterno democrático, es decir, cuando los padres se muestran abiertos al diálogo, usan la razón y exponen sus argumentos para justificar sus acciones como padres, pero además, fomentan la autonomía de sus hijas y se muestran interesados en sus necesidades, entonces, estas características de la relación con el padre es lo que predice la comunicación sexual paterna.

Finalmente, para favorecer el estilo parental democrático entre padres e hijas, los hermanos menores juegan un papel importante. Las mujeres que informaron tener relaciones cercanas, de confianza, respeto, comunicación y apoyo con sus hermanos/as menores, son quienes percibieron un estilo parental democrático en sus padres.

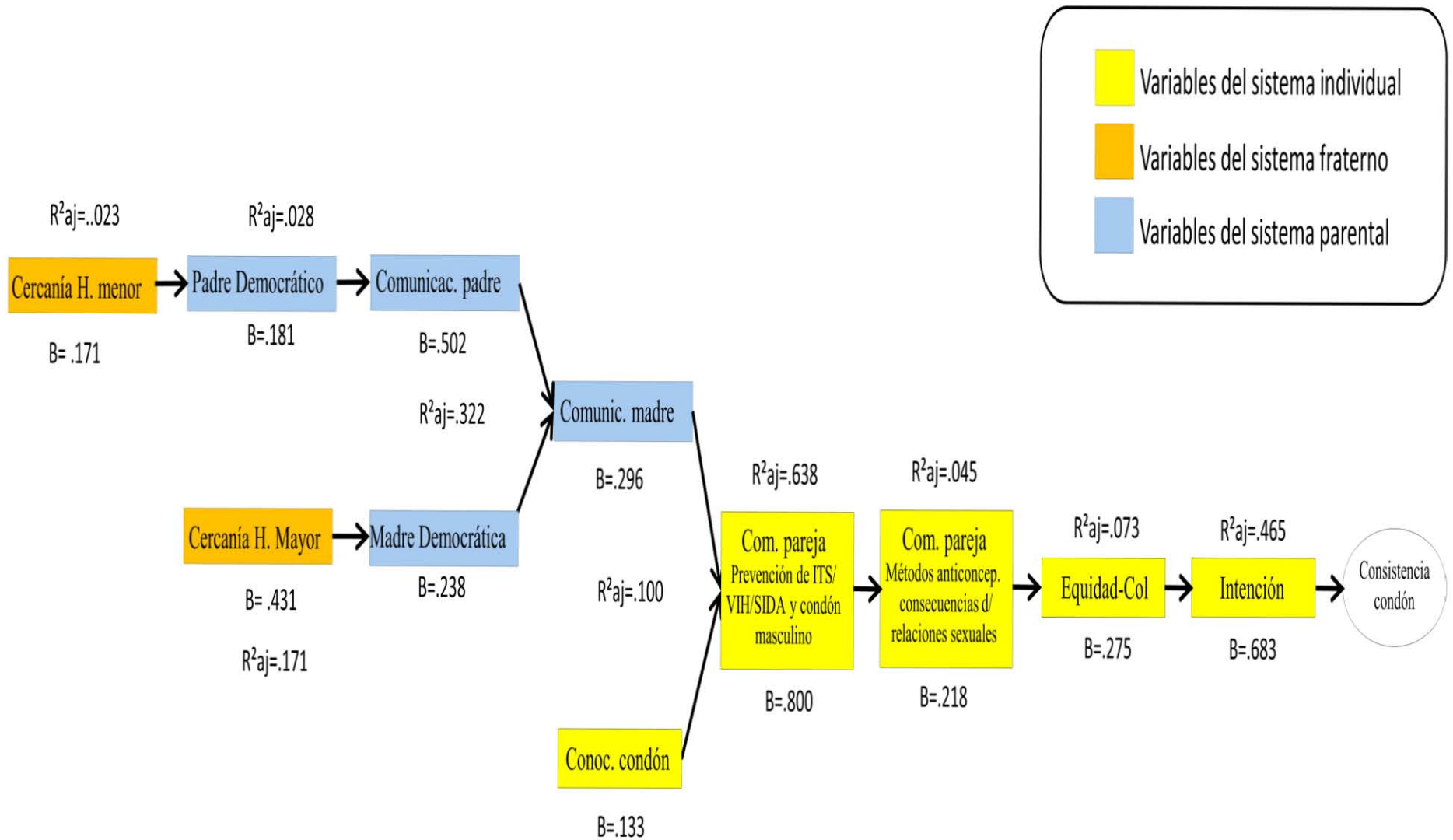


Figura 6. Modelo predictor de la consistencia del uso del condón para mujeres.

Tabla 50

Resumen y ajuste del modelo de predicción para la conducta del uso consistente del condón para mujeres.

Predictores	Variable criterio	Resumen del modelo			ANOVA		r Pearson		Coeficientes del modelo			Estadísticos colinealidad		DW	
		R	R ²	R ² aj	F	p	r	p	β	Error típico	t	p	Tolerancia		FIV
Intenciones condón	Consistencia condón	.683	.466	.465	288.469	.001	.707	.001	.683	.038	16.984	.001	1.000	1.000	1.999
Equidad-colaboración	Intenciones condón	.275	.076	.073	27.071	.001	.275	.001	.275	.057	5.203	.001	1.000	1.000	2.013
Comunicación pareja anticonceptivos y consecuencias d/sexo	Equidad-colaboración	.218	.048	.045	16.482	.001	.218	.001	.218	.052	4.060	.001	1.000	1.000	1.970
Comunicación pareja prevención de ITS/VIH/condón	Comunicación pareja anticonceptivos y consecuencias d/sexo	.800	.640	.638	585.411	.001	.800	.001	.800	.033	585.411	.001	1.000	1.000	1.949
Comunicación sexual madre	Comunicación pareja prevención de	.325	.106	.100	19.425	.001	.298	.001	.296	.051	5.671	.001	1.000	1.000	1.895
Conocimientos condón	ITS/VIH/condón						.135	.014	.133	.052	2.558	.011	1.000	1.000	
Comunicación sexual padre	Comunicación sexual madre	.571	.326	.322	79.662	.001	.610	.001	.502	.058	11.072	.001	.995	1.005	2.003
Madre democrática							.277	.001	.238	.047	5.240	.001	.995	1.005	
Padre democrático	Comunicación sexual padre	.181	.033	.028	7.885	.005	.181	.006	.181	.062	2.808	.005	1.000	1.000	1.798
Cercanía hermano mayor	Madre democrática	.431	.186	.171	12.119	.001	.358	.001	.431	.077	3.481	.001	1.000	1.000	2.395
Cercanía hermano menor	Padre democrático	.171	.029	.023	4.872	.029	.171	.029	.171	.053	2.207	.029	1.000	1.000	2.295

8.3 DISCUSIÓN

La discusión de los resultados se encuentra dividida en cinco secciones. La primera está centrada en analizar el perfil sociodemográfico de los estudiantes de nivel superior y se discute cómo el nivel educativo juega un papel importante en variables psicosociales y socioculturales. En la segunda sección, se analiza el patrón de comportamiento sexual de los universitarios y se describe el perfil de riesgo de la muestra. En la tercera sección, se discute cómo la cultura, las relaciones y estructura familiar constituyen un marco analítico para el comportamiento sexual. En la cuarta sección, se debaten los resultados en torno a la comparación de las variables del MFE por sexo, tipo de familia y presencia/ausencia de hermano mayor y menor. Finalmente, en la quinta sección se discuten los modelos de predicción estimados para toda la muestra y por sexo.

I. Perfil sociodemográfico del estudiante universitario de Ingeniería y de Ciencias Sociales y Humanidades

Para generar un marco de interpretación del patrón de comportamiento sexual, inicialmente, se torna prioritario caracterizar –sociodemográficamente- a quienes participan en la relación sexual. Describir los aspectos sociodemográficos permite, según Hoffmeyer-Zlotnik (2008), conocer el contexto social y demográfico en el cual una persona actúa, además se puede definir y delimitar un grupo de interés.

No se debe pasar por alto el nivel educativo y la formación académica de quienes conformaron la muestra para la presente investigación. La educación permite cuestionar mandatos culturales y estereotipos (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005) y la formación académica permea la forma en la cual se percibe el mundo, por tanto, los estudiantes del área físico-matemático e ingeniería tienen pensamiento científico, numérico, analítico, abstracto y práctico (Othman et al., 2012; Venables, 1959 en Dettmer, 2003) y los alumnos adscritos a las carreras de Ciencias Sociales y Humanidades desarrollan pensamiento crítico y reflexivo, basado en procesos cognitivos de reinterpretación y explicación de las acciones de



otros, además de un pensamiento basado en el análisis, síntesis y en la cualidad de tomar conciencia de sí mismo y de su entorno (Valencia, 2004).

Esta condición educativa permite reposicionarse en torno a las estructuras ideológicas prevalecientes en la cultura mexicana (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005), lo cual podría favorecer un estilo de afrontamiento de contracultura (Díaz-Guerrero, 1995) ante una serie de patrones educativos tradicionales –fuerzas culturales- aprendidos a través de la socialización familiar, como por ejemplo los roles de género tradicionales.

Estos estudiantes con edades entre 18 y 24 años son un sector representativo de la población mexicana (CONAPO, 2010), se estima a nivel nacional una matrícula aproximada de 3 500 000 universitarios (Subsecretaría de Educación Superior, 2012), pero cada año la matrícula se incrementa (Tuirán, 2011; Subsecretaría de Educación Superior, 2012), con lo cual se hace necesario el conocimiento y comprensión del comportamiento sexual de este grupo en particular.

La mayor parte de la muestra se asume como católica, característica sociocultural típica del mexicano (González & Reyes-Lagunes, 2012), sin que esto implique necesariamente llevar a cabo comportamientos para expresar las creencias y valores del catolicismo (De Visser, Smith, Richters, & Rissel, 2007). Asimismo, el contexto sociocultural de México favorece el emparejamiento heterosexual en parejas entre los 18 y 24 años (Consejo Nacional de los Derechos Humanos del Distrito Federal, 2008), siendo esta la tendencia a nivel nacional, lo cual es congruente con los resultados del presente estudio (93.5%).

Finalmente, cabe destacar que el hecho de tener una identidad de género heterosexual –asumirse como tal (*cf.* García-Leiva, 2005; Orozo et al., 2009) - no necesariamente implica concordancia con el comportamiento, por ejemplo, un hombre se puede asumir como heterosexual, pero tener prácticas sexuales orales con otro varón –discordancia entre identidad y comportamiento-. Por este motivo, se torna importante evaluar “el comportamiento” para así tener indicadores específicos sobre los niveles de riesgo a los que una persona se expone a partir de lo que hace o deja de hacer en el terreno sexual (Brody, 1995).



En este contexto, cobra sentido evaluar el patrón de comportamiento sexual para analizar en qué medida las conductas sexuales del pasado y las actuales potencializan o merman el riesgo de infección por VIH y otras ITS.

II. Patrón de comportamiento sexual en universitarios y perfil de riesgo

El patrón de comportamiento sexual permite dar cuenta de cómo y bajo qué circunstancias las personas responden de forma riesgosa o preventiva ante una situación que implique relacionarse sexualmente con una pareja. Este análisis considera el factor temporal, el cual permite identificar la historia conductual del individuo desde su debut sexual hasta la última relación sexual, lo cual favorece analizar conjuntamente una serie de comportamientos –donde se ven implicados diferentes niveles de riesgo- para generar un perfil de riesgo sexual a partir de lo que los estudiantes hacen o dejan de hacer al momento de relacionarse sexualmente con una pareja. En este contexto, se discuten los resultados en tres rubros: a) la primera relación sexual, b) comportamiento sexual subsecuente al debut sexual, y c) reporte de ITS/VIH, embarazo y aborto. Estos aspectos llevan al análisis y discusión del perfil sexual de los universitarios.

Primera relación sexual

Los resultados muestran que en promedio los universitarios debutaron sexualmente a los 17 años y más de tres cuartas partes de los universitarios tuvieron su primera relación sexual con y en la casa de su novio/a. Este acto fue planeado por un poco más de la mitad de los estudiantes (55.5%) y para protegerse utilizaron principalmente el condón masculino (45.3%).

De acuerdo con Longmore, Manning y Giordano (2001), debutar sexualmente antes de los 16 años es un factor de riesgo porque se tiene un rango mayor de tiempo para tener múltiples experiencias sexuales, las cuales potencializan situaciones en las cuales se pueda contraer alguna ITS o el VIH/SIDA. Algunas investigaciones muestran que en población mexicana universitaria, la vida sexual se inicia a los 16 años y en promedio tienen tres



parejas (Barranco, 2012; Robles, Moreno, Rodríguez, & Frías, 2013) o entre dos y cuatro compañeros sexuales durante toda la vida (Reyes & Robles, 2012); lo cual es un patrón muy similar al encontrado en la muestra del presente estudio.

Diversos estudios (Moreno, Robles, Frías, Rodríguez, & Barroso, 2011b; Rendón & Bárcena, 2011; Robles, Frías, Moreno, Rodríguez, & Barroso, 2011; Santana, Ovies, Verdeja, & Fleitas, 2006) muestran esta tendencia de debutar sexualmente con la persona quien en ese momento, era la pareja (novio/novia), aunque también existe un segundo grupo –no mayoritario- de personas quienes informan iniciar su vida sexual con un/a amigo/a (Cabral, Sánchez, & Guzmán, 2013; Manlove, Wildsmith, Ikramullah, Terry-Humen, & Schelar, 2012; Robles et al., 2011), lo cual es concordante con los resultados del presente estudio. El debut sexual con el novio/a obedece al establecimiento de una relación romántica, la cual se encuentra cargada de un compromiso afectivo (Vargas & Barrera, 2002), se aprueba a nivel familiar y se vuelve pública con los amigos (Jones, 2010), quienes influyen –en gran medida- para tomar la decisión de iniciar la vida sexual (Skinner, Smith, Fenwick, Fyfe, & Hendriks, 2008). Mientras que el debut sexual con un amigo/a puede ser debido a factores del contexto, como los efectos del alcohol (Boislard & Poulin, 2011), o por las diferencias de género, en donde se espera culturalmente del varón aprovechar cualquier oportunidad de iniciar su vida sexual, independientemente de que la pareja sea una amiga o su novia (Jones, 2010).

Independientemente de si los participantes iniciaron su vida sexual con su pareja o con una amistad, es importante señalar que el lugar del primer encuentro sexual es generalmente la casa propia, seguida de la casa de la pareja. Este resultado, que también se ha reportado tanto en estudiantes universitarios (Enríquez, Sánchez, & Robles, 2005; Moreno, Robles, Frías, Rodríguez, & Barroso, 2012) como en adolescentes de secundaria y preparatoria (Robles et al., 2011), puede denotar información sobre el tiempo que los padres están fuera de casa por cuestiones personales y/o laborales; asimismo, brinda un indicador sobre el nivel de supervisión parental hacia los adolescentes.



En la muestra de universitarios, más del 90% de los padres trabaja tiempo completo y un poco más del 50% de las madres labora medio tiempo, lo cual implica dejar –probablemente- solos a sus hijos. Esta condición puede favorecer la situación para iniciar la vida sexual con el/la novio/a o con una amistad. La revisión de Buhi y Goodson (2007) muestra que un predictor del debut sexual es la cantidad de tiempo que los adolescentes pasan a solas en casa, lo cual es congruente con lo señalado por Meschke et al. (2002).

En este contexto de la primera relación sexual se presenta un resultado consistente con otros estudios (Robles, et al., 2011; Robles, Moreno, Rodríguez & Frías, 2013; Sánchez, Rosales, & Enríquez, 2011) en los cuales es común observar que aproximadamente el 50% de los individuos planean su primer encuentro sexual, y ellos se asocia a la utilización de algún método anticonceptivo –principalmente el condón masculino-. El estudio de Fontes y Roach (2008) muestra que planear el primer encuentro sexual es un predictor del uso de anticonceptivos en el debut sexual.

Comportamiento sexual subsecuente al debut sexual

Los universitarios durante toda su vida han tenido en promedio cuatro parejas sexuales y en sus prácticas sexuales no son consistentes con el uso del preservativo –lo usan poco más de la mitad de sus encuentros- y tienen diversidad en sus prácticas sexuales, pero principalmente llevan a cabo relaciones sexuales vaginales, siendo éstas, en la que más utilizan el preservativo –en comparación con las relaciones orales y anales-, sin embargo, cabe destacar que son inconsistentes con el uso del condón independientemente de la práctica sexual.

En torno al número parejas sexuales durante toda la vida, se debe de tener en cuenta, que a pesar de que en promedio han tenido cuatro compañeros sexuales, la moda es uno. Lo anterior indica que la mayoría de los universitarios han tenido solamente una pareja sexual, esto es comprensible si se considera que más de la mitad de estos estudiantes tiene entre 18 y 19 años (62.3 %) y la moda del inicio de la vida sexual es 18, lo cual implica que una gran proporción de los universitarios acaban de debutar sexualmente y por ende el número de parejas –



en su mayoría— es de una. El resto de la variabilidad de los datos en el número de parejas sexuales —desviación estándar 4.45— puede ser explicada en términos de la edad y la experiencia sexual del resto de los universitarios; el 27.7% de los estudiantes tienen entre 20 y 23 años y el 10% restante tienen 24 años, lo cual al haber iniciado su vida sexual en promedio a los 17-18 años y al tener en este momento mayor edad, incrementa la posibilidad de haber tenido más parejas sexuales; lo cual es congruente con lo señalado por Longmore et al. (2001).

Independientemente de que la moda en el número de parejas sexuales sea uno, es necesario evaluar si los universitarios se protegen en sus encuentros sexuales contra las ITS/VIH/SIDA o si previenen un embarazo no planeado. Tener una sola pareja sexual no exime que ésta pueda tener (o haya tenido) uno o varios compañeros sexuales (Brooks et al., 2005; Cianelli et al., 2008; Duffy, 2005; ONUSIDA, 2010), por tanto, se hace imprescindible el uso correcto y consistente del condón para prevenir cualquier ITS o el VIH/SIDA (CENSIDA, 2005).

Los resultados del presente estudio muestran que los universitarios no son consistentes con el uso del preservativo, lo usan poco más de la mitad de sus encuentros sexuales. En algunos estudios con universitarios mexicanos (Barranco, 2012, Enríquez & Sánchez, 2004) y alumnos de nivel medio superior y secundaria (Figuroa & Cayeros, 2012; Robles et al., 2011) se presenta una proporción similar —cerca al 50%— de quienes informan utilizar el preservativo de forma consistente. Sin embargo, se debe de tener en cuenta que evaluar la consistencia del uso del condón, en ocasiones conlleva problemas relativos a la validez de la medida y de la interpretación del resultado.

La revisión de Robles, Rodríguez, Frías y Barroso (2007) muestra que existen dos tendencias para evaluar la consistencia del uso del condón. En el primer caso, se valora la frecuencia del uso del preservativo en un periodo determinado a través de una escala tipo *Likert* con opciones de respuesta que varían desde *nunca a siempre*. Esta última opción de respuesta es la que permite identificar aquellos que son consistente para usar el condón (*cf.* Figuroa y Cayeros, 2012; Foster, Clark, Holstad, & Burgess, 2012; Puente et al., 2011; Valle et al., 2013; Wu, Witkiewitz, McMahon, & Dodge, 2010).



Cuando la frecuencia del uso del condón se evalúa utilizando este tipo de escalas ordinales, el investigador no tiene la seguridad de que los participantes estén considerando la cantidad de veces que han tenido relaciones sexuales y que han usado el preservativo, la valoración que hagan de su propia conducta podría responder a principios generales y no a instancias específicas de su comportamiento. En consecuencia, se sugiere obtener información sobre el número de veces que se utilizó el condón en un tiempo relativamente corto, por tanto, existe una segunda tendencia, la cual está centrada en evaluar la proporción de encuentros sexuales protegidos, que implica considerar la frecuencia de encuentros sexuales en un periodo determinado de tiempo y el número de veces en que se utilizó el condón en el mismo periodo, al dividir este último entre el primero se obtiene la proporción de encuentros sexuales en los que se utilizó el preservativo, quienes obtienen el 100% de relaciones sexuales protegidas son los que se identifican como consistentes (Robles et al., 2007, p. 22)¹². Investigaciones como las de Enríquez et al. (2005); Ezeanochie, Olagbuji, Ande y Oboro (2009); Robles (2005); Robles et al. (2011); Sánchez et al. (2011); Weaver et al. (2011); Yang, Latkin, Luan y Nelson (2010) evalúan la consistencia bajo esta lógica.

En el presente estudio se obtuvieron ambas medidas de la consistencia del uso del condón –por frecuencia y por proporción de encuentros sexuales en los que se utilizó el preservativo-; ambas medidas permiten obtener datos diferentes sobre la consistencia del uso del condón, lo cual eleva la confiabilidad de los autoinformes y merma los problemas que pudiera haber con la memoria, la comprensión y la deseabilidad social (Fishbein & Pequegnat, 2000). De esta forma, en la muestra evaluada, se obtuvo un resultado congruente entre ambas medidas. En el índice de consistencia del uso del condón se obtuvo .64 y en la frecuencia del uso del preservativo la media obtenida fue de 3.49. Estos resultados indican que en promedio, los estudiantes utilizan el condón en un poco más de la

¹² DiClemente y Wingood (1995) proponen obtener con esta misma lógica un indicador que va de 0 a 1, donde los participantes que obtienen uno son considerados como consistentes, quienes obtienen un valor menor a uno son considerados individuos quienes no utilizaron el preservativo en todas y cada una de las relaciones sexuales. Este criterio propuesto por DiClemente y Wingood fue el que se utilizó para evaluar la consistencia del preservativo en la presente investigación.



mitad de sus encuentros sexuales, en términos de frecuencia, lo han usado “algunas veces” en los últimos seis meses. Ambos resultados se traducen en un riesgo potencial de contagio de alguna ITS o del VIH/SIDA.

Sin embargo, en algunos estudios (*cf.* Shrier et al., 2012; Spitalnick et al., 2007; Wiemann et al., 2009; Williamson, Kim, & Warner, 2007) se evalúa solamente el uso del preservativo en relaciones sexuales vaginales y no toman en cuenta otro tipo de prácticas sexuales. Brody (1995) y Robles et al. (2007) señalan que cada práctica sexual conlleva a distintas posibilidades de transmisión del VIH/SIDA, por ejemplo, el sexo anal es la de mayor riesgo, seguida del sexo vaginal y en tercer lugar, el sexo oral.

Por tanto, se recomienda evaluar la frecuencia de las prácticas sexuales y la frecuencia del uso del preservativo en cada una de éstas (*cf.* Bailey, Camlin, & Ennett, 1998; Brown & Vanable, 2007; Enríquez & Sánchez, 2004; Houston, Fang, Husman, & Peralta, 2007; Robles, 2005) para tener un indicador del nivel de riesgo que implica no utilizar condón en cada una de las prácticas sexuales, tal como se hizo en el presente estudio, lo cual resulta útil para evaluar el perfil de riesgo.

Los resultados de la presente investigación muestran que los universitarios tienen diversidad de prácticas sexuales con predominancia del coito vaginal, seguido de las prácticas orales y finalmente, las anales. Es imperante destacar que en todas las prácticas sexuales son inconsistentes con el uso del preservativo. Estos resultados son congruentes con lo reportado por Enríquez y Sánchez (2004); Sánchez, Enríquez, y Robles (2012) y Robles (2005).

En la opinión de Houston et al. (2007), durante mucho tiempo se le ha reconocido al sexo vaginal desprotegido como la principal vía de transmisión del VIH/SIDA y de las ITS, por tanto, la mayoría de la información y de los mensajes de prevención hacen referencia al contacto pene-vagina; sin embargo, esto ha favorecido que no se consideren las prácticas anales y orales como comportamientos sexuales potencialmente riesgosos para un contagio de VIH/ITS. Estudios como los de Cedillo (2012) muestran la alta prevalencia de relaciones sexuales orales y la baja frecuencia del uso del preservativo; y resultados similares muestra Houston et al. (2007) con prácticas anales.



En conclusión, los universitarios debutaron sexualmente en promedio a los 17 años, aunque la gran mayoría iniciaron su vida sexual a los 18 años (Mo), por tanto, la mayoría ha tenido una sola pareja sexual. Los universitarios informaron diversidad en sus prácticas sexuales y no utilizan de forma consistente el condón.

Otros indicadores de riesgo sexual

Una pequeña proporción de estudiantes universitarios (3.4%) informaron haber tenido en algún momento de su vida alguna ITS, principalmente Virus del Papiloma Humano. Más del 80% de la muestra nunca se ha hecho una prueba de detección del VIH/SIDA y existe una relación entre los embarazos no planeados y el aborto.

Probablemente, esta pequeña proporción de universitarios recibió atención médica, condición que les permitió identificar el tipo de ITS que padecen o padecieron. Es probable que como la mayor parte de los universitarios acaban de iniciar su vida sexual y han tenido solamente una pareja sexual, no consideran necesario hacerse una prueba de detección para ITS (cf. Alcarraz, Arias, Peña, Ventura, & Calle, 2008).

Si bien son pocos los universitarios que informaron haber tenido alguna ITS, se debe considerar que la proporción pudiera ser mayor, debido a que muchas ITS son asintomáticas (Malhotra, 2008). Las mujeres –en comparación con los varones- mostraron un mayor conocimiento de su estado de salud ya que son ellas quienes informaron una mayor tasa de ITS -principalmente VPH-, aspecto que se confirma con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), la cual señala que las mujeres son quienes participan con mayor frecuencia en los programas preventivos de salud, principalmente el Papanicolaou, para detectar cáncer cérvico uterino.

Desconocer el estado actual de salud se convierte en un factor de riesgo, porque la presencia de ITS no tratadas (tanto las que causan úlceras como las que no) puede llegar a multiplicar por 10 el riesgo de adquisición y transmisión del VIH (OMS, 2011b). En la muestra, más del 80% nunca se ha hecho una prueba de detección del VIH/SIDA, en consecuencia, podría haber portadores de este virus,



lo cual implica un riesgo de infección para sus parejas al desconocer su estado serológico. CENSIIDA (2013) calcula que en México existen 183 mil personas con este virus, de las cuales 48% desconoce su estatus serológico.

El estudio realizado por Alcarraz et al. (2008) muestra que entre las razones para no hacerse esta prueba de detección del VIH, se encuentran, una baja percepción de riesgo de infectarse con este virus y los predictores para realizarse esta prueba son, tener una vida sexual activa y múltiples parejas sexuales. De acuerdo con lo anterior, es probable que los universitarios consideren que el riesgo de infección es poco probable debido a que solo han tenido una sola pareja –ver apartado anterior-, lo cual no los exime de un contagio potencial si es que su pareja tiene mayor experiencia sexual. Así, la acción de realizarse una prueba de detección del VIH se convierte en un comportamiento preventivo clave. A partir de los resultados obtenidos, se recomienda fortalecer las acciones para promover la prueba de estatus serológico en la población universitaria.

Otra consecuencia de las prácticas sexuales sin protección son los embarazos no planeados, los cuales se encuentra estrechamente asociados con el aborto como una alternativa para solucionar el problema (*cf.* Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2008). En el 2008, el *Institute Guttmacher* informó que en México ocurren aproximadamente 44 abortos por cada 100 nacimientos, sin embargo, en esta muestra de universitarios, por casi 100 embarazos se produjeron 69 abortos, lo cual implica tres cuartas partes de los individuos quienes señalaron haber tenido un embarazo no planeado, lo cual constituye un indicador alarmante. Se torna importante resaltar que la práctica del aborto puede producir complicaciones para la salud (Institute Guttmacher, 2008) e incluso la muerte (Vázquez & Caba, 2009).

En conclusión, una pequeña proporción de universitarios informaron haber tenido alguna ITS, en su mayoría mujeres, lo cual refleja por un lado, la vulnerabilidad biológica (Brody, 1995) y por otro, el conocimiento de su estado de salud al estar diagnosticadas. Asimismo, la mayoría de los estudiantes desconocen su estado serológico y existe en este grupo, un severo problema con los embarazos no planeados, los cuales, generalmente terminan en abortos, lo



cual puede conllevar a múltiples riesgos para la salud en las mujeres. Por tanto es fundamental trabajar en campañas para promover la detección de ITS/VIH/SIDA y de las consecuencias y alternativas ante un embarazo no planeado.

Perfil sexual de riesgo

En promedio, los universitarios iniciaron su vida sexual a los 17 años, es decir, un año por arriba de la edad del debut sexual de diversas muestras de universitarios (Barranco, 2012; Reyes & Robles, 2012; Robles et al., 2013), lo cual implica un retraso en comparación con otras muestras de características similares.

El debut sexual se llevó a cabo, principalmente, con y en casa de la pareja (novio/a); en la mitad de los casos fue un encuentro planeado y tres cuartas partes de los universitarios utilizaron condón. Si bien, debutar sexualmente con la pareja estable, no es garantía de que ésta no haya tenido prácticas sexuales de riesgo con otros compañeros, al menos se reduce el riesgo de debutar sexualmente con alguien que se desconoce totalmente o parcialmente -en el caso de los amigos-.

Como se puede apreciar, en su mayoría, este grupo de universitarios iniciaron su vida sexual con acciones preventivas; sin embargo, hay indicadores en términos del número de parejas sexuales y de sus prácticas en los últimos seis meses que son considerados de riesgo.

Si bien es cierto que en promedio los estudiantes han tenido cuatro parejas sexuales, es importante señalar que una tercera parte de los estudiantes (30.5%) solamente han tenido un compañero sexual, 19.4% informaron haber tenido dos, y el 30.8% lo constituyen aquellos quienes reportaron entre 3 y 5 parejas sexuales. Estos datos indican que el 50% de la muestra ha tenido entre uno y dos compañeros sexuales en comparación con el resto de los estudiantes quienes reportan más de tres.

Si se considera la edad promedio del debut sexual (17 años), el promedio de parejas sexuales (4 parejas) y la edad promedio de la muestra (20 años), la tendencia es tener una pareja sexual por año –sin considerar esta tercera parte de la muestra que solo ha tenido un compañero sexual-, lo cual constituye un factor



de riesgo porque cada año, el estudiante se estaría relacionando sexualmente con una pareja diferente.

No solamente un número creciente de parejas sexuales los pone en riesgo, sino también el tipo de comportamientos para relacionarse con éstas. Los universitarios tienen diversidad de prácticas sexuales –sexo vaginal, anal y oral- y usan el condón de forma inconsistente en todas ellas; lo cual implica exponerse a diversos niveles de riesgo de contagio por el VIH/SIDA (Brody, 1995).

Aunado a lo anterior, la muestra no conoce su estado de salud reproductiva y sexual. Si bien una pequeña proporción de universitarios informó haber tenido alguna ITS en algún momento de la vida, el porcentaje pudiera ser mayor debido a que éstas son asintomáticas (Malhotra, 2008) o la deseabilidad social. Finalmente, los indicadores de los embarazos no planeados y los abortos, refleja una proporción del 16% quienes han tenido una consecuencia a causa de prácticas sexuales desprotegidas.

En conclusión, a pesar de que la muestra tuvo comportamientos sexuales preventivos en su primera relación sexual, actualmente este grupo de universitarios tiene un perfil de riesgo debido al incremento del número de parejas sexuales por año, por la frecuencia y diversidad de prácticas sexuales sin protección y por no utilizar el condón de forma consistente –independientemente de la práctica sexual-, aunado al desconocimiento de su estado de salud reproductiva y sexual, así como al alto índice de embarazos no planeados que finalizan en abortos, lo cual es un reflejo de su comportamiento de riesgo al relacionarse con la pareja sexual.

Cabe destacar que este perfil de riesgo sexual puede variar en función del sexo, debido a que culturalmente se prescribe “el deber ser” de hombres y mujeres (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005), lo cual fomenta diferencias en el comportamiento sexual esperado para cada uno de los géneros (Agadjanian, 2005; Cianelli et al., 2008; Duffy, 2005; Ortiz-Torres et al., 2000; White, 2008; Wilson & Miller, 2003; Wyatt, 2009). Estas diferencias por sexo en el patrón de comportamiento sexual se discuten más adelante.



III. Cultura, relaciones y estructura familiar: un marco analítico del comportamiento individual

Para construir un marco de interpretación de los datos, se retomó la propuesta de Esteinou (2008) quien establece tres categorías analíticas para estudiar los procesos familiares: a) la estructura familiar, la cual comprende el grupo de personas quienes viven bajo el mismo techo, la amplitud y composición de este agregado de corresidentes, las reglas con las cuales éste se forma, se transforma y se divide; b) las relaciones familiares dentro del núcleo, donde se incluye las relaciones de autoridad y de afecto al interior de este grupo de corresidentes; las dinámicas de interacción entre ellos y la forma en que establecen relaciones y pautas de comportamiento; y c) la cultura a través de la construcción de género y de la parentalidad¹³. Se decidió incluir los factores culturales para interpretar los resultados, porque la cultura gobierna los sentimientos, las ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, la estipulación de los tipos de papeles sociales que hay que llenar, las reglas de interacción de los individuos en tales papeles, los dónde, cuándo y con quién y cómo desempeñarlos (Díaz-Guerrero, 1963 en Díaz-Guerrero, 1995).

Además, cabe destacar que estos tres ejes de análisis tienen estrecha congruencia con el modelo MFE propuesto por Minuchin (1974). Estas categorías de análisis permiten comprender cómo la estructura familiar y el contexto sociocultural median los roles de quienes integran la familia; los cuales son expresados a través de las relaciones familiares, por tanto, los atributos psicológicos y el comportamiento del individuo tendrían una fuerte influencia del grupo familiar según sea su organización, su estructura y el contexto sociocultural en el cual se desarrollan.

A continuación se discute el perfil de las familias de los estudiantes universitarios, con el objetivo de caracterizar el contexto familiar (estructura y

¹³ Esteinou (2008) propone como tercera categoría, las relaciones de parentela, referida principalmente a la dinámica de interacción con la familia extensa. Sin embargo, como en el presente estudio no se levantaron datos en torno a esta categoría, se sustituyó por el análisis basado en las diferencias de género.



relaciones) y analizar cómo éste junto con los factores socioculturales, median las variables individuales –psicosociales y conductuales- asociadas al comportamiento sexual.

Estructura familiar

El tipo de familia de la cual provienen los universitarios es principalmente biparental (70.2%) conformada por cuatro integrantes –promedio-, lo cual implica tener al menos un hermano ($Mo=1$). Cabe destacar que en estas familias biparentales, dos miembros aportan ingresos económicos, lo cual es un indicador de la participación en los mercados laborales, principalmente de ambos padres.

Estas características son congruentes con los datos reportados por el INEGI (2012c) y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2009), los cuales señalan la predominancia de la estructura biparental en las familias mexicanas (64.2%) con una extensión promedio entre cuatro y cinco integrantes¹⁴ en un mismo espacio físico. Lo anterior representa para Esteinou (2008) un indicador de cómo las familias se han ido individualizando de la parentela para irse constituyendo como familias nucleares.

La doble percepción de ingresos es un eje nodal, el cual viene a organizar diversos elementos de la estructura y las relaciones familiares. Esta doble vía de ingresos debe de entenderse en relación al nivel educativo de los padres –principalmente de la madre-.

El varón, histórica y culturalmente, se ha posicionado en el ámbito educativo por arriba de la mujer (INEGI, 2013) lo cual le ha permitido insertarse con facilidad en el ámbito laboral, lo cual nutre su rol instrumental como proveedor y sostén económico de la familia (Esteinou, 2008). De la misma manera, en los resultados se muestra la predominancia de padres con un nivel educativo medio-alto y con jornadas laborales de más de ocho horas diarias. Sin embargo, en las últimas décadas, el incremento en el nivel educativo de las mujeres ha tenido efectos positivos en la participación económica de los mercados –y de la familia-, lo cual ha afectado las formas de relación familiar (*cf.* De la Paz & Salles, 2006).

¹⁴ Considerando solamente el grupo de cónyuges entre los 40 y 49 años con hijos (INEGI, 2012c).



En los resultados, se observa una proporción importante de madres con nivel educativo de secundaria (25.4%) y preparatoria terminada (23.1%), lo cual implica un incremento en el nivel educativo de la mujer si se compara con las estadísticas de los años cincuenta y sesenta en México (INEGI, 2013)¹⁵. Lo anterior brinda un indicador sobre cómo las mujeres se han posicionado en el ámbito educativo, el cual estimula el desarrollo cognoscitivo, promueve el cambio de valores y abre mayores expectativas de oportunidades económicas, lo cual favorece una relación más equitativa en relación con el varón (De la Paz & Salles, 2006; Esteinou, 2008).

En consecuencia, se observa en los resultados que el 55.7% de las madres trabaja diariamente cuatro horas, lo cual implica una doble jornada. Por un lado, participan económicamente en los mercados, pero además, cultural y socialmente se espera que cumplan en casa con las expectativas sociales y culturales –rol afectivo centrado en la crianza y cuidado de los hijos- (Esteinou, 2008).

Sin embargo, las mujeres con esta condición laboral y educativa, logran incidir en las orientaciones de valor, en la formación de expectativas sociales y culturales, en los procesos de socialización y de formación de la identidad, lo cual implica un cambio en el tipo de relaciones establecidas con el varón. Las mujeres que trabajan y además participan en el trabajo doméstico, son quienes establecen relaciones más equitativas respecto a sus parejas en algunas áreas relativas a los quehaceres del hogar y al cuidado de los hijos (Esteinou, 2008; McBride et al., 2005).

Por este motivo, cuando los varones tienen un nivel educativo alto y su pareja participa económicamente en el mercado laboral, éstos tienden a involucrarse en los quehaceres del hogar (Casique, 2008); pero además, estos padres suelen participar en la crianza de los hijos, cuando sus parejas combinan el trabajo doméstico con el extra doméstico -que cuando se dedican de tiempo completo al hogar-, y la colaboración es mayor cuando la esposa tiene un empleo

¹⁵ En las estadísticas del INEGI (2013) se muestra una relación inversa entre la edad con el total de mujeres cursando en cada uno de los niveles educativos. Entre mayor es el grupo de edad (60-64 años, 65-69 años, etcétera) menor es el total de mujeres con estudios.



remunerado que cuando se desempeña como trabajadora familiar sin pago (Redon, 2004 en Esteinou, 2008).

Entender cómo estas condiciones de la estructura familiar –educación de los padres y doble percepción económica- afectan los roles parentales y los estereotipos de género es fundamental para la comprensión de los resultados discutidos posteriormente.

Relaciones familiares y el entorno sociocultural

Una vez descritos los rasgos más significativos de la estructura familiar, es imperante vincular esta primera categoría con los patrones de relación desarrollados al interior de la familia y con las premisas culturales que determinan el rol parental y los estereotipos de género.

Variables culturales

Los universitarios que participaron en este estudio tienen como modelos parentales a individuos con un nivel educativo medio/alto, donde ambos padres trabajan y aportan económicamente al ingreso familiar –familias de doble percepción-, lo cual según Esteinou (2008) favorece una reestructuración de los roles familiares.

En estas condiciones familiares, los universitarios perciben cómo el padre varón se involucra moderadamente en actividades domésticas y relativas a la crianza de los hijos, al mismo tiempo que observan a su madre involucrarse en el mercado de trabajo y contribuir con los ingresos familiares, en otras palabras, los padres están comunicando con su comportamiento (*cf.* Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2002) formas alternativas de relacionarse con el otro género, lo cual, aunado a su perfil sociodemográfico –ver primer apartado de discusión- permitiría reposicionarse en torno a las estructuras ideológicas del género prevalecientes en la cultura mexicana (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).

De esta manera, se puede brindar una explicación tentativa de por qué los puntajes obtenidos en las escalas de Machismo y Marianismo se encuentran por debajo de la media teórica, es decir, los universitarios no tienen estereotipos



rígidos de lo que implica ser un hombre o una mujer en la cultura mexicana. Cabe destacar que en la presente investigación, no se incluyeron indicadores para evaluar el involucramiento del padre en actividades domésticas, lo cual hubiera aportado mayor sustento a esta posible explicación del cuestionamiento de roles tradicionales y estereotipos a partir de la inclusión de la mujer en el mercado laboral y del hombre en actividades domésticas.

En torno a los universitarios provenientes de familias con condiciones diferentes –de un solo perceptor económico y bajo nivel educativo-, es probable que el cuestionamiento de roles se encuentre asociado principalmente a sistemas extra familiares, por ejemplo, los amigos, la pareja, la escuela, los maestros (Parke et al., 2008) y los medios de comunicación masiva (Ward, 2003). Estas fuentes de socialización aunados al nivel educativo de los universitarios, a su edad (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005) y al posible estilo de afrontamiento de contracultura (Díaz-Guerrero, 1995), podría favorecer el cuestionamiento de los estereotipos de género tradicionales.

De esta forma, se podría brindar una explicación plausible a los resultados obtenidos en este sector de la muestra. Sin embargo, sería indispensable llevar a cabo otras investigaciones para determinar cómo se relacionan estas fuentes extra familiares de socialización, con el nivel educativo y como éstas influyen en el estilo de afrontamiento de contra cultura para cuestionar los estereotipos de género tradicionales.

Variables parentales

Ambos padres fueron percibidos con un estilo parental democrático y permisivo, los cuales según la revisión de Jiménez y Guevara (2008), se encuentran asociados al nivel educativo de los padres. Si bien es cierto que el estilo parental democrático se asocia con un adecuado ajuste psicosocial de los hijos (Hesari & Hejazi, 2011; Kawabata et al., 2011; Zakeri & Karimpour, 2011; Wolfradt et al., 2003), lo cual se traduce en un factor protector ante las situaciones y comportamientos de riesgo (Haycraft & Blissett, 2010; Newman et al., 2008; Ramírez, 2005; Piko & Balázs, 2012); el estilo parental permisivo se relaciona con



comportamientos de riesgo como consumo de alcohol en diferentes contextos (Patock-Peckham & Morgan-López, 2009), con un bajo nivel de bienestar psicológico (Lavasani et al., 2011) y con trastornos de la alimentación (Haycraft & Blissett, 2010).

Las preguntas que surgen a continuación son ¿por qué los estudiantes perciben a los padres con un estilo democrático y permisivo?, y si ¿podría este estilo permisivo tener consecuencias negativas en el comportamiento de los hijos tal como lo refiere la literatura americana?.

Diferentes investigaciones con estudiantes mexicanos (Aguilar, Valencia, Martínez et al., 2007; Aguilar, Valencia, & Romero, 2007; Aguilar, Sarmiento, Valencia, & Romero, 2007) muestran un resultado semejante, perciben en sus padres, de manera similar, el patrón democrático y el permisivo; aspecto que dista de los estudios realizados con muestras de individuos norteamericanos –donde es clara la distinción entre un estilo y otro-.

La explicación a este fenómeno se puede encontrar en las diferencias interculturales. Por este motivo, Darling y Steinberg (1993); Peterson y Hennon (2006); Aguilar, Valencia, Sarmiento y Cázares (2007) y Baumrind (1987 en Esteinou, 2008) señalan la importancia de considerar el contexto cultural donde se ejercen los estilos y prácticas parentales, debido a que la cultura influye en las formas de expresar la parentalidad; por tanto, es imprescindible reflexionar en torno a las prácticas culturales relativas a la crianza de los hijos en México, para así ajustar la interpretación de los resultados.

Para lograr este cometido, los conceptos de *individualismo* y *colectivismo* (cf. Triandis, 2006; Triandis & Suh, 2002) se tornan útiles para comprender como una sociedad particular provee valores y expectativas específicas, las cuales, los padres utilizan para determinar los atributos y comportamientos que deben ser promovidos o inhibidos en sus hijos (Peterson & Hennon, 2006).

De acuerdo con Triandis (2006) y Triandis y Suh (2002) en las *culturas individualistas* se promueve la competencia, la autosuficiencia e independencia de los demás –autonomía-, así como la distancia emocional con los grupos y se premia la igualdad, la democracia, la individualidad y la libertad. Asimismo, se



espera que las personas determinen su propia identidad, por tanto, no asumen la identidad de los miembros del grupo. En contraparte, en las *culturales colectivistas*, las personas son interdependientes con su grupo, priorizan objetivos y normas grupales –p. ej. la familia-. Estas culturas tienden a la sumisión de la autoridad, destacan la empatía, la sociabilidad y la cooperación. Fomentan valores como la lealtad y el auto sacrificio; asimismo, se encuentran preocupados por ayudar y apoyar al grupo. Cabe destacar que la identidad está determinada por la pertenencia al grupo.

Caracterizar a las sociedades como individualistas o colectivistas es simplemente una descripción amplia de la tendencia general, cuando en efecto un análisis más preciso revela diferencias subculturales e individuales de cada grupo social, que ciertamente caracterizan a la población de México y de Estados Unidos. Por ejemplo, una sociedad como la norteamericana, que generalmente es caracterizada como individualista, también muestra un énfasis moderado en el colectivismo y en los intereses del grupo, tanto en el nivel social general como en el subcultural. De manera correspondiente, México, con tradiciones más fuertes de valores colectivistas, también tendrá patrones notables de individualismo y de búsqueda de interés individual tanto en el nivel general como en el subcultural. De esta forma, el colectivismo e individualismo no son mutuamente excluyentes, sino que coexisten en distintos grados dentro de las sociedades, subculturas y como expectativas culturalmente definidas para el comportamiento de los adolescentes, padres y otros participantes de la sociedad (Peterson & Hennon, 2006).

Así, regresando a la pregunta inicial -¿por qué los universitarios perciben a los padres con un estilo democrático y permisivo?-, la respuesta podría fundamentarse desde los valores del colectivismo reflejados en el *familismo*, el cual se constituye como un valor que refleja una fuerte cohesión familiar, por tanto, facilita una red de apoyo de orden social, emocional e instrumental (Coltrane et al., 2008). Por tanto, el afecto y las relaciones estrechas en la familia son fundamentales para los individuos quienes se comportan a partir de valores colectivistas. En este sentido, la explicación brindada por Aguilar, Valencia y Romero (2007) respecto a esta similitud en la percepción de estilos parentales



democráticos y permisivos, se basa en la importancia dada por los estudiantes mexicanos al afecto; ambos estilos comparten un nivel de involucramiento afectivo alto, lo cual hace difícil distinguir entre ambos patrones de relación.

En torno a la segunda pregunta, ¿podría este estilo permisivo tener consecuencias negativas en el comportamiento de los hijos tal como lo refiere la literatura especializada? Si ya se especificó que los estilos parentales dependen del contexto cultural y si la mayor parte de los estudios interesados en evaluar los estilos parentales provienen de Norteamérica (cf. Aguilar, Valencia, Sarmiento et al., 2007; Peterson & Hennon, 2006), es imprescindible revalorar el papel del estilo parental permisivo en el comportamiento de los jóvenes mexicanos.

Algunas investigaciones con estudiantes mexicanos de bachillerato y universidad, muestran efectos positivos en el desempeño académico (Aguilar, Valencia, & Romero, 2007), en el bienestar y ajuste social (Aguilar, Sarmiento, Valencia, & Romero, 2007; Aguilar, Valencia, Martínez et al., 2007) cuando los estudiantes perciben a sus padres como democráticos y/o permisivos.

Así, el estilo parental permisivo –y por supuesto el democrático- podría fungir como un factor que potencialice el ajuste y la competencia social en estudiantes mexicanos. El nivel afectivo en ambos estilos se torna clave a nivel cultural para las formas de relación entre padres e hijos; sin embargo, ¿por qué los universitarios no percibieron un estilo parental autoritario, el cual se encuentra asociado con los valores colectivistas? y ¿por qué esta muestra de estudiantes percibe en sus padres un estilo democrático basado en valores individualistas, a pesar de vivir en una cultura colectivista?

De acuerdo con el análisis de Esteinou (2008), el estilo parental autoritario era común hasta pasada la década de los años setenta. Esta relación entre padres e hijos estaba permeada por las condiciones rurales en las que vivía el país –a inicios de siglo-, el gran índice de analfabetismo, el bajo nivel educativo de la población, la extendida clase social baja donde había una tendencia hacia familias numerosas con una estricta educación religiosa; lo cual en conjunto, cristalizaba los valores colectivistas y permitía el desarrollo de valores arraigados como el *familismo*, en el cual se destaca la importancia de los vínculos familiares, el



respeto y el reconocimiento de la autoridad parental (Peterson & Hennon, 2006), lo cual implica una tendencia a la sumisión de la autoridad –ejercida por el padre – (Díaz-Guerrero, 1994) - y al respeto por las normas grupales (Triandis & Suh, 2002); en consecuencia, se debía obedecer absolutamente al padre y a la madre, quienes además debían ser respetados (Díaz-Guerrero, 1994).

Estas condiciones favorecieron que los estilos de crianza en México se desarrollaran a través de medidas punitivas y con un énfasis exacerbado sobre el respeto a los mayores y a los padres (generando distancia), además de una imposición arbitraria del punto de vista de los padres, con control invasivo, y el débil desarrollo de formas de expresión del afecto, principalmente de los padres (Esteinou, 2008).

Gracias a una nueva conceptualización de la niñez centrada en el reforzamiento de la individualidad y el enriquecimiento de su mundo interior, y a los avances de la psicología y pedagogía; se desarrollaron teorías centradas en el desarrollo psicoemocional de los infantes y en los efectos y consecuencias de la autoridad parental (*cf.* Hale, 2008). Por tanto, los rasgos del estilo parental autoritario fueron cuestionados alrededor de los años setenta y proliferaron propuestas sobre métodos de crianza más democráticos, basados en el afecto y el adecuado control sobre los hijos (Esteinou, 2008).

Estas nuevas formas de criar a los hijos fueron recibidas por un sector de la población mexicana, el cual estaba conformado por familias nucleares más pequeñas, quienes comenzaban a restar importancia a la influencia del grupo familiar extenso (parentela). Además, ambos cónyuges laboraban para mejorar los ingresos familiares y principalmente, tanto el hombre como la mujer, tenían un nivel sociocultural y educativo más alto que en décadas pasadas (entre 1930-1970, *cf.* INEGI, 2013). Estas condiciones favorecieron cambios en la estructura familiar y en el desvanecimiento de la fuerte segregación que existía entre ellos con respeto al trabajo doméstico y extra doméstico, flexibilizando los roles tradicionales del esposo-padre-proveedor único y de la esposa-madre-ama de casa¹⁶ (Esteinou, 2008).

¹⁶ Consultar apartado previo “Estructura familiar”.



Así, con este panorama social, histórico y cultural, se pueden contestar las preguntas planteadas anteriormente. Los universitarios perciben a sus padres con un estilo democrático – y no autoritario a pesar de vivir en una cultura con valores colectivistas- porque el tipo de familia con la cual habitan, tiene características estructurales, que en conjunto con los cambios socioculturales, permiten fomentar en los hijos valores individualistas derivados de un estilo parental democrático.

De acuerdo con la revisión realizada por Peterson y Hennon (2006), en México, todavía existen sectores de la población en donde es posible encontrar el estilo parental autoritario, esta forma de relación principalmente se encuentra en familias de clase baja, de zonas rurales¹⁷ y con bajo nivel educativo, en donde generalmente existen roles tradicionales de género.

Este perfil sociodemográfico es la clave para entender por qué en la muestra se obtuvieron puntajes por debajo de la media teórica en el estilo parental autoritario. Solamente una proporción pequeña de la muestra informó tener bajos ingresos (de \$57.5 a \$2000 mensuales, 36%) y padres con un nivel educativo bajo, representados por quienes tienen primaria y secundaria concluida (poco más del 30%), quienes por el perfil sociodemográfico pudieran ejercer un estilo parental autoritario según lo descrito por Peterson y Hennon (2006).

De esta forma, si los universitarios perciben a sus padres con un estilo democrático –principalmente-, entonces se esperaría que éstos fomenten la comunicación con sus hijos (Baumrind, 1966); sin embargo, los estudiantes obtuvieron -con ambos padres- puntajes por debajo de la media teórica en la frecuencia de la comunicación sexual con padres. Cabe destacar que cuando los universitarios llegan a hablar con sus padres sobre diferentes tópicos relativos al sexo, lo hacen con mayor frecuencia con la madre en comparación con el padre, lo cual es concordante con diversos estudios (Bárcena & Rendón, 2011; Dilorio, et al., 1999; Hutchinson, 2002; Zhang, Li, Shah, Baldwin & Stanton, 2007).

Para interpretar este resultado, el cual parece incongruente con la teoría, se debe de tomar en cuenta: 1) los tópicos de la comunicación entre padres e hijos,

¹⁷ En la zonas rurales se puede observar una mayor tendencia de este tipo de relación parental basada en el autoritarismo, sin embargo, también es común encontrarlas en zonas urbanas.



donde se torna fundamental la selectividad y restricción de los temas de conversación, y 2) el proceso de independencia y autonomía familiar junto con los roles parentales y de género.

Diversos estudios señalan que la comunicación sexual con los padres se asocia con comportamientos sexuales preventivos (*cf.* DiClemente et al., 2007), por ejemplo, planear (Bárcena & Rendón, 2011) y retardar el debut sexual (Dilorio et al., 1999; Fasula & Miller, 2006) o usar el preservativo (Hutchinson, 2002, Robles & Díaz-Loving, 2011). Sin embargo, este tipo de investigaciones no aportan datos respecto a la frecuencia con la cual padres e hijos conversan sobre sexo en comparación con otros temas.

El estudio de Parra y Oliva (2002) evaluó la frecuencia con la cual hombres y mujeres platicaban con sus padres sobre 12 temas diferentes. El resultado mostró que independientemente del sexo y del padre (papá/mamá), los temas que menos se tratan son “sexualidad en general” y “conducta sexual”, ocupando el último y penúltimo lugar de la lista. Lo anterior indica que los adolescentes prefieren hablar con los padres sobre otro tipo de temas distintos al sexo, la pregunta que surge es ¿por qué?

Una respuesta plausible a esta pregunta podría girar en torno al proceso de individuación y autonomía de los jóvenes (Minuchin, 1974), el cual se puede reflejar en la búsqueda de privacidad en algunas esferas de su vida, como la sexual o en temas que pudieran exponer su intimidad. En este proceso de individuación y autonomía, es común que los jóvenes se comuniquen con mayor frecuencia con sus parejas sobre el sexo, en comparación con los padres (Bárcena & Rendón, 2011) -aspectos que es concordante con los resultados del presente estudio-, sin que esto implique la ausencia de conversaciones sobre estos tópicos, simplemente la frecuencia de la comunicación sobre temas sexuales es baja, lo cual puede estar mediado por la selectividad y restricción en la comunicación.

La selectividad hace referencia a la cautela en el contenido que se comparte y la restricción implica no poder -aun cuando quisieran- compartir con los padres lo que les pasa o sienten (Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina, &



González, 2010). En este caso, los resultados no muestran restricción en la comunicación sexual, sino selectividad, por este motivo las medias obtenidas se encuentran en 2.06 para el padre y 2.62 para la madre, en comparación con una MT de 3.

Estos resultados indican que los universitarios sí hablan con sus padres sobre temas como la prevención de ITS, VIH/SIDA y el uso del condón masculino, pero no lo hacen tan frecuentemente y son selectivos con los tópicos sexuales que comparten con ellos, lo cual mermaría la frecuencia en la comunicación sexual – principalmente con el padre en comparación con la madre-. Este patrón de comunicación sexual, en el cual las mujeres se comunican más con las madres en comparación con los padres, ha sido reportado en otros estudios (Bárcena & Rendón, 2011; Hutchinson, 2002; Hutchinson, Jemmott, Sweet-Jemmott, Braverman, & Fong, 2003; Kim et al., 1998; Parra & Oliva, 2002; Zhang et al., 2007).

Este patrón de comunicación sexual puede comprenderse desde el rol parental y desde la construcción de género. Cuando se trasladan los estereotipos de género al ámbito familiar, se espera que el padre sea seguro, agresivo, racional, encargado de regañar a los hijos, de proporcionar el sostén familiar y proteger a la familia; en tanto a la mujer se le demanda cariño, fortaleza emocional y el cuidado y educación de los hijos; por tanto, al ser diferentes, hombres y mujeres no pueden realizar las mismas actividades en el ámbito familiar (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).

De esta forma, las mujeres se especializan en el cuidado y crianza de los infantes y a través de las prácticas parentales desarrollan un involucramiento afectivo más intenso (Esteinou, 2008) y de mayor profundidad con los hijos, en comparación con los padres (Parra & Oliva, 2002). Esta condición cultural y parental permite que las madres pasen mayor tiempo con los hijos, desde la infancia hasta la adolescencia, cumpliendo con el rol materno, brindando y recibiendo amor (Díaz-Guerrero, 1994), lo cual las pone en una posición ideal para comunicarse sexualmente con los hijos, debido a que según Meschke et al. (2002)



el nivel de involucramiento afectivo favorece la apertura de vías de comunicación eficaces con los hijos.

Aún así, cabe destacar el desempeño que los padres varones han tenido con sus hijos en torno a la comunicación sexual. Si bien el puntaje se encuentra por debajo de la MT, es importante señalar que los padres¹⁸ comienzan a establecer conversaciones con sus hijos, -"rara vez" en promedio, según las opciones de respuesta de la escala- hablan con ellos sobre la prevención de ITS, VIH/SIDA y el uso del condón masculino.

Lo anterior, junto con las formas de involucrarse con sus hijos –a través del estilo parental democrático y permisivo- habla de cómo los varones han iniciado un proceso de revaloración y flexibilización de la estructura rígida de roles, de cómo se han comenzado a redefinir y negociar estas posiciones culturales de mujeres-madres y hombres-padres, aunque no de manera radical sino bajo la forma de deslizamientos (Esteinou, 2008).

Variables fraternas

Los puntajes altos en la cercanía fraterna con el hermano mayor y menor pueden explicarse a través de factores culturales y parentales.

El nivel de involucramiento afectivo fraterno puede deberse a que las relaciones entre hermanos se encuentran cimentadas en valores colectivistas (Triandis, 2006; Triandis & Suh, 2002), por tanto, éstas se caracterizan por el apoyo, la expresión de afecto, el respeto, la confianza (Enríquez, et al., 2011c), sentimientos de amor, seguridad y obligación mutua, lo cual, en la opinión de Peterson y Hennon (2006) constituyen valores típicos de la cultura mexicana.

Esta percepción de cercanía también puede estar asociada con el hecho de que las relaciones fraternas se constituyen como una de las relaciones más largas durante la vida (Buist et al., 2013; Campione-Barr, 2011; Craft-Rosenberg et al., 2011; Lucey, 2010), lo cual conlleva al desarrollo de un fuerte vínculo. Además, la estructura familiar coadyuva al involucramiento afectivo, debido a que cuando ambos padres trabajan –familias perceptoras de doble ingreso-, los

¹⁸ Los padres con un perfil sociodemográfico y familiar similar al descrito en el presente estudio.



hermanos tienden a involucrarse en tareas relativas al cuidado y crianza de los hermanos menores, lo cual favorece que pasen mayor tiempo con los hermanos en comparación con los padres (Cicirelli, 1994; Diop-Sidibe, 2005).

Por otro lado, las relaciones parentales basadas en el afecto pueden influir en la cercanía fraterna (Oliva & Arranz, 2005; Seginer, 1998). Ejemplo de lo anterior es la investigación de Milevsky et al. (2011) quienes informaron cómo cuando los padres tienen un alto nivel de afecto, autonomía, comunicación y control con los hijos –típicas del estilo parental democrático-, entonces éstos tienden a brindar consejos y explicaciones para ayudar a resolver los conflictos entre hermanos y fomentar así la cercanía entre los mismos.

Finalmente, se debe de considerar que los padres son los primeros modelos de donde los hijos aprenden cómo deben de actuar en sus relaciones interpersonales (Hale, 2008; Newman et al., 2008); por tanto, si los estilos de socialización de los padres son percibidos con fuertes matices de afecto - típicas del estilo democrático y permisivo-, entonces es probable que las relaciones fraternas cercanas sean un reflejo de lo que han aprendido por medio de la observación y la imitación de los patrones parentales.

Variables individuales

Hasta el momento, se ha discutido como la estructura familiar y las condiciones socioculturales de padres y hermanos tienen un impacto en las relaciones gestadas al interior de la familia. Ahora es necesario discutir cómo estas condiciones impactan en las variables conductuales y psicosociales relacionadas con el comportamiento sexual de los universitarios.

En torno a los conocimientos, se destaca el nivel de información que tienen los universitarios sobre el VIH/SIDA e ITS, sin embargo, se obtuvieron puntajes por debajo de la media teórica en conocimientos sobre uso correcto del condón.

Este resultado puede deberse –en parte- a los esfuerzos del CENSIDA para promover la prevención del VIH/SIDA. CENSIDA (2012b) en sus campañas ha informado a la población sobre el riesgo de infectarse con este virus y sobre cómo prevenir un contagio a través del uso del condón. Asimismo, no se le debe restar



importancia a los programas escolares implementados a partir de 1998, en donde se incluyen a nivel curricular y de forma obligatoria, la educación sexual, tanto en las primarias como en las secundarias de todo el país (Gayet, Juárez, Pedrosa, & Magis, 2003). De hecho, la Encuesta Nacional de Juventud (2010) muestra que los adolescentes nunca han estado mejor informados sobre las ITS y el uso del preservativo para prevenirlas. Sin embargo, a pesar de reconocer al condón como un método eficaz en la prevención de estas infecciones y del VIH, no tienen conocimientos sobre cómo utilizarlo correctamente, debido –en parte- a que las campañas de CENSIDA (2012b) se han centrado en promover el uso del condón –destacan “con qué prevenir-” pero no “cómo usarlo de forma correcta”, en consecuencia, es imprescindible integrar en las campañas de prevención y promoción del uso del preservativo, información sobre la forma correcta de utilizarlo.

En torno a la comunicación sexual con la pareja, los universitarios hablan frecuentemente con ésta sobre diferentes temas relativos al sexo. Este resultado puede entenderse a partir de factores parentales y de individuación.

Ya se discutió anteriormente cómo el comportamiento parental y el clima familiar operan como una matriz de aprendizaje en los hijos para el establecimiento de comportamientos y vínculos futuros (Climent, 2009). Acorde a lo anterior, las relaciones parentales en las cuales se fomenta la individualidad y un adecuado nivel de control –padres democráticos-, así como un involucramiento afectivo alto –padres democráticos y permisivos- generan condiciones propicias para abrir canales de comunicación con los hijos (Ramírez, 2005). Los hijos crecen y aprenden de sus padres –en cierta medida- estos patrones de relación, los cuales pondrán en juego en el momento de establecer las condiciones necesarias para comunicarse y conversar con su pareja sobre diferentes temas relativos al sexo.

En este sentido se pueden explicar los coeficientes de correlación obtenidos entre los estilos parentales democráticos de papá y mamá, el estilo parental materno permisivo –pero no el paterno- y la comunicación sexual con padre y madre, con ambos factores de la escala de comunicación sexual con la pareja



(Apéndice “J”). En este sentido, se tornan fundamentales las relaciones entre padres e hijos pero también la frecuencia con la cual se comunican, debido a que cada experiencia para conversar con los padres se convierte en una oportunidad de aprendizaje. Desafortunadamente, en la presente investigación, no se obtuvieron datos sobre estilos y estrategias de comunicación sexual de padres a hijos, ni con la pareja, lo cual hubiera podido brindar información sobre si los estilos y estrategias de comunicación que utilizan los padres con sus hijos son similares a los que los universitarios utilizan con su pareja.

En este análisis de la comunicación sexual con la pareja, también se debe de tomar en cuenta la etapa del desarrollo por la cual atraviesan los universitarios. De acuerdo con Minuchin (1974), llega un momento en que los jóvenes buscan independencia y autonomía, por tanto, se distancian de la familia y estrechan relaciones extra familiares, como por ejemplo, con la pareja y los amigos. La baja frecuencia en la comunicación sexual con los padres (Schmidt et al., 2010) y las frecuentes conversaciones con la pareja sobre estos mismos temas (Bárcena & Rendón, 2011) podrían ser parte de este proceso de autonomía e individuación del sistema familiar.

Respecto al estilo de negociación del preservativo, los estudiantes principalmente usan un estilo basado en la equidad-colaboración, lo cual implica, brindar argumentos, describir las ganancias y beneficios propios y de la pareja en torno al hecho de protegerse sexualmente. Este estilo basado en la argumentación lógica y racional de una serie de beneficios y ganancias para usar condón, es compatible con el estilo de crianza democrático, el cual busca fomentar la razón en los hijos como una forma de dirigir y controlar actividades concretas, por tanto, los padres explican las razones de sus acciones, brindan argumentos y expresan sus motivos para tomar alguna decisión, pero no están cerrados a la negociación y se muestran flexibles al diálogo y a escuchar las opiniones de sus hijos (Baumrind, 1966). De esta forma, se podría comprender la correlación entre el estilo de negociación basado en la equidad-colaboración y el estilo parental democrático materno -pero no paterno- (Apéndice “J”).



Así, la madre con un estilo parental democrático y el rol afectivo que le caracteriza –en comparación con el padre-, se encuentra en una posición inmejorable para modelar este estilo de negociación con sus hijos. Algunos estudios señalan como la cercanía y la calidez de las relaciones favorecen oportunidades para observar y aprender a través de la interacción y la imitación (Buist et al., 2013)

Además, se debe de considerar que los estudiantes al tener un nivel educativo superior y por la edad, se encuentran en una condición favorable para cuestionar y repositonarse en torno a los estereotipos de género tradicionales (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005), lo cual es reforzado al observar a ambos padres participando en el mercado laboral y en las actividades domésticas y de la crianza de los hijos, lo cual promueve formas de relacionarse con la pareja basadas en la equidad y la colaboración (De la Paz & Salles, 2006; Esteinou, 2008).

Finalmente, la intención conductual para usar el preservativo en el próximo encuentro sexual se puede entender en relación al estilo parental basado en valores individualistas –democrático-. Se debe recordar que el estilo parental democrático es común en culturas con valores individualistas, donde se premia la razón y la inteligencia (Triandis & Suh, 2002). Por tanto, cuando ambos padres tienen este estilo de crianza –como en el presente estudio- podrían estar fomentando y premiando el proceso de valoración y racionalización de los actos, lo cual podría fomentar la intención en diversos comportamientos.

Sin embargo, en el Apéndice “J”, no se encontró correlación entre el estilo parental democrático y la intención de usar el condón en el próximo encuentro sexual. Otra explicación más plausible –que la anterior- podría encontrarse en el perfil sociodemográfico de la muestra -nivel educativo y áreas de formación académica-. En los universitarios, la intención para llevar a cabo el acto de usar preservativo en el próximo encuentro sexual, podría estar en relación con la forma de percibir el mundo gracias a la educación que actualmente están recibiendo, en la cual se prioriza la razón como un medio para pensar el mundo y para regular su comportamiento.



IV. Comparación de las variables del MFE por sexo, tipo de familia y presencia/ausencia de hermano mayor y menor

Al comparar cada una de las variables del MFE por sexo, tipo de familia y presencia o ausencia de hermano mayor y menor; los resultados muestran que para comprender y explicar por qué los universitarios usan o no consistentemente el condón, es necesario considerar las diferencias entre sexo (hombre-mujer), pero no el tipo de familia (mono-biparental) ni la presencia/ausencia de hermano mayor y menor, debido a que estas condiciones de la estructura familiar no afectan significativamente los resultados (Tablas 40-47). Por tanto, a continuación se discuten los resultados encontrados en el patrón de comportamiento sexual y en las variables del MFE a partir de las diferencias de género.

En torno a *la primera relación sexual*, los resultados muestran que las mujeres la tuvieron con su novio (Cabrales et al., 2013; Moreno et al., 2011b; Rendón & Bárcena, 2011; Robles et al., 2011; Santana, et al., 2006), principalmente en casa de su pareja (Jiménez, 2010; Moreno et al., 2012; Robles et al., 2011), planearon este encuentro (Sánchez, et al., 2011; Enríquez & Sánchez, 2004) y utilizaron el preservativo en comparación con los varones (Robles et al., 2011). En el caso de los hombres se debe destacar la proporción de quienes iniciaron su vida sexual con una amiga, en su propia casa –y no en la de la pareja- (Moreno et al., 2012; Robles et al., 2011) y cerca de una cuarta parte no utilizó preservativo en el primer encuentro sexual.

Estos resultados son marcados y concordantes con múltiples estudios – citados en el párrafo anterior-; al parecer, la mujer responde al involucramiento afectivo con la pareja, a las relaciones románticas (Vargas & Barrera, 2002) y al criterio cultural de la selectividad de la pareja –enamorarse y elegir a alguien especial- para debutar sexualmente (Jones, 2010); en comparación con el varón, de quien se espera que corteje a varias parejas, sea polígamo (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005), tenga disponibilidad sexual, tenacidad y sepa aprovechar oportunidades para relacionarse sexualmente (Jones, 2010), lo cual predispone iniciar la vida sexual con amigas o desconocidas.



Respecto al lugar de la primera relación sexual, en su mayoría los universitarios la tuvieron en la casa del novio (Tabla 40). Este contexto se torna propicio para tener el primer contacto sexual (Robles et al., 2011), lo cual es comprensible si se considera que a la mujer se le monitorea con mayor frecuencia para cuidarla (Donenberg et al., 2002), lo cual limita la posibilidades de debutar sexualmente en casa de ella debido al nivel de supervisión parental. Cuidar a la mujer obedece a cánones culturales, los cuales dictan que “una mujer debe de llegar virgen al matrimonio” (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005) ya que las premisas culturales prescriben que “ser virgen es de gran importancia para la mujer soltera” además de que “a todo hombre le gustaría casarse con una mujer virgen”; de romper estas disposiciones socioculturales se podría dañar el honor familiar, la feminidad y la abnegación de la mujer (Díaz-Guerrero, 1994), aunque también puede haber una fuerte preocupación porque pueda tener una consecuencia de salud, como por ejemplo un embarazo o una ITS, con lo cual se estarían cumpliendo las tareas parentales de cuidado hacia los hijos (Minuchin, 1974).

Sin embargo, el caso de los hombres es diferente, a ellos no se les supervisa con tanta frecuencia (Donenberg et al., 2002), lo cual puede estar relacionado con la marcada permisividad (Duffy, 2005) y libertar sexual para los varones (Wood & Price, 1997). Por tanto, al tener un bajo nivel de supervisión parental, los hombres podrían percibir su casa como un lugar íntimo y propicio para debutar sexualmente independientemente del tipo de pareja.

También, la proporción de mujeres quienes planearon y utilizaron el condón en el debut sexual fue mayor en comparación con los varones. Planear el primer contacto sexual incrementa las posibilidades de utilizar condón (Fontes & Roach, 2008), lo cual previene no solamente ITS y el VIH/SIDA, sino embarazos no planeados, lo cual resulta significativo para las mujeres debido a las consecuencias sociales, las cuales son más severas que para los varones (Winkler, Pérez-Salas, & López, 2005), y al criarse en familias que fomentan valores individualistas, la racionalización y valoración de sus acciones podrían



mediar su comportamiento respecto a llevar a cabo estos comportamientos preventivos.

Respecto a las características del comportamiento sexual, los varones debutan a edades más tempranas (Cabrales et al., 2013; Enríquez & Sánchez, 2004; Jiménez, 2010; Reyes & Robles, 2012; Robles & Díaz-Loving, 2008; Robles et al., 2011; Sánchez et al., 2011; Uribe, Salinas, Fierros, & Villareal, 2011; Valle et al., 2013), tienen mayor número de parejas sexuales (Enríquez & Sánchez, 2004; Barranco, 2012; Enríquez et al., 2005; Moreno et al., 2012; Reyes & Robles, 2012; Robles et al., 2011; Sánchez et al., 2012; Valle et al., 2013) y mayor diversidad de prácticas –anales y orales-, en comparación con las mujeres (Enríquez et al., 2005).

Este patrón puede entenderse desde uno de los pilares básicos de la cultura mexicana “la supremacía del hombre sobre la mujer, siendo incuestionable y con absoluto poder” (Díaz-Guerrero, 1994), lo cual se ve reflejado en la permisividad sexual del varón y en el castigo de la mujer si trasgrede las expectativas culturales en torno a su comportamiento; es decir, se espera que ellas sean puras, pasivas, sumisas, con virtudes (Lucero-Liu & Christensen, 2009) y asexuales (Wood & Price, 1997). Por tanto, al hombre se le permite cortejar (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005), tener múltiples parejas sexuales (Duffy, 2005) y se le motiva para aprovechar todas las oportunidades para relacionarse sexualmente (Jones, 2010), lo cual tiene una estrecha relación con tener mayor número de parejas y diversidad de prácticas sexuales (Cañizo & Salinas, 2010).

Asimismo, *otros indicadores de riesgo sexual* varían a partir del sexo, por ejemplo, existe mayor proporción de mujeres que informaron en algún momento estar embarazadas y abortar, en comparación con los varones. Esta situación puede deberse a la vulnerabilidad sociocultural de las mujeres (Urzúa & Zúñiga, 2008), quienes tienen severas consecuencias sociales y familiares al quedar embarazadas en la adolescencia (Winkler et al., 2005). De esta forma, ellas pudieran estar más informadas sobre cómo usar correctamente un condón para prevenir estas consecuencias tan severas, lo cual se pudiera reflejar en el nivel



elevado de conocimientos que tienen para usar el preservativo –encontrándose diferencias significativas con los varones-.

Además, la madre, con su rol afectivo y protector, aunado al estilo democrático, pudiera constituirse como una fuente primaria de información sobre estos temas particulares (Álvarez et al., 1990), de hecho, las mujeres tienden a comunicarse con mucha más frecuencia con la madre (Moreno et al., 2010) y tratar estos temas relativos al embarazo y aborto, en comparación con los varones (Bárcena & Rendón, 2011).

El caso de los hombres es contrario, los resultados del presente estudio muestran que ellos se comunican con mayor frecuencia con el padre –en comparación con las mujeres-, lo cual es concordante con el estudio de Dilorio et al. (1999). Wright (2009) señala que la comunicación de padre a hijo se encuentra estrechamente relacionada con el compromiso que sienten los padres para hablar de sexo con sus hijos –pero no con sus hijas-, debido a que consideran que la socialización sexual de los varones es una responsabilidad de los hombres y el de las niñas, correspondería a las madres. Estos mismos resultados también señalan que el nivel educativo del padre predice la comunicación entre padre-hijo. Por estos motivos, la frecuencia de la comunicación sexual con el padre es menor en comparación con la madre, pero mayor en relación a los hijos varones.

Además, Wright (2009) muestra como los puntajes obtenidos en múltiples estudios indican que si bien los padres participan en la comunicación sexual con los hijos, lo hacen de forma modesta y moderada – en promedio los estudiantes contestan con opciones de respuesta “rara vez habla conmigo” o “habla un poco”-, lo cual es congruente con los resultados del presente estudio si se considera que en promedio los varones ($M=2.36$, $MT=3$) y las mujeres ($M=1.80$, $MT=3$) hablan con su padre “rara vez”¹⁹, lo cual puede estar mediado por el nivel educativo alto de los padres y su estilo parental democrático.

Pero por otro lado, si se compara la frecuencia de la comunicación sexual entre padres y la pareja, el resultado muestra que los universitarios,

¹⁹ Encontrándose diferencias significativas a favor de los varones, es decir, al comparar por sexo, los varones hablan con mayor frecuencia que las mujeres con el padre.



independientemente del sexo, hablan con mayor frecuencia con la pareja -por motivos de individuación y autonomía ya discutidos anteriormente-. Aunque se debe destacar que son las mujeres quienes hablan con mucha más frecuencia que los varones, encontrándose diferencias significativas, lo cual es congruente con lo reportado por Jiménez (2010) y Robles et al. (2011).

La frecuencia de la comunicación sexual con la pareja de parte de las mujeres, puede relacionarse con el estilo de negociar el preservativo; en donde se obtuvieron diferencias significativas en el estilo basado en la equidad-colaboración en comparación con los hombres. Lo anterior significa que las mujeres tienden a negociar el condón por medio del diálogo para encontrar soluciones de mutuo acuerdo y satisfactorias para cuidar la salud de ambos miembros de la pareja. De esta forma, las chicas, al tener un estilo de negociación basado en la equidad-colaboración utilizan el diálogo, y por tanto requieren comunicarse con la pareja para llegar acuerdos, lo cual explicaría las correlaciones entre la comunicación sexual con la pareja y este estilo (Apéndice “N”).

Por otro lado, los varones parecen utilizar un estilo complementario al de las mujeres. Los hombres utilizan principalmente el estilo de negociación basado en la acomodación, en el cual se adaptan a las propuestas femeninas para protegerse sexualmente. Así, las mujeres al tener mayor frecuencia de comunicación con la pareja, podrían proponer el preservativo y exponer sus razones para utilizarlo, de esta forma, los varones se acomodarían y adaptarían a estas iniciativas de la pareja. Así, para poder “acomodarse” a las propuestas de la pareja, es necesario escucharla y hablar al respecto, lo cual explicaría la correlación entre la comunicación sexual y el estilo de acomodación en varones (Apéndice “L”).

En torno a las variables del sistema fraterno, la percepción de la cercanía entre hermanos es mayor en las mujeres a diferencia de los varones, no importando si se trata del/la hermano/a mayor o menor. El nivel de afecto pudiera estar mediado por el rol afectivo que desempeñan las mujeres en la cultura mexicana (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005), además de que ellas pudieran fungir –en algunos casos- como cuidadoras de sus hermanos, lo cual favorecería



el desarrollo de relaciones más intensas y profundas (Cicirelli, 1994; Diop-Sidibe, 2005).

Finalmente, ambos sexos no están tan de acuerdo con una serie de afirmaciones en torno a los estereotipos tradicionales de género (Apéndice “F”). Este resultado podría constituirse como un indicador de cómo los estereotipos de género y los roles se están flexibilizando por el nivel educativo y por los cambios estructurales y sociales que las familias están teniendo (Casique, 2008; Esteinou, 2008). Sin embargo, cabe destacar que los varones en comparación con las mujeres, perciben mayor grado de acuerdo sobre lo que se espera social y culturalmente de un hombre y una mujer, lo cual concuerda con los resultados reportados por Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005) quienes señalan que esta posición ventajosa del varón sobre la mujer es fundamental en la prevalencia de estas creencias -si no en ambos sexos, si en aquél que es favorecido-.

En conclusión, el sexo resultó ser una variable fundamental para explicar los resultados en torno al patrón de comportamiento sexual y las diferencias de las variables que constituyen el MFE, en comparación con el tipo de familia y la presencia/ausencia de hermano mayor/menor.

Lo anterior no significa que la estructura familiar no tenga importancia, por el contrario, tiene un estrecho nexo con las relaciones familiares. Por ejemplo, diversas investigaciones sugieren que el nivel educativo de los padres (De la Paz & Salles, 2006; Esteinou, 2008), se vincula con el estilo parental democrático y permisivo (*cf.* Jiménez & Guevara, 2008) y con la frecuencia de la comunicación sexual con padres (Wright, 2009); la doble percepción económica (Esteinou, 2008; Casique, 2008), se relaciona con el cuestionamiento de roles tradicionales y el aprendizaje de formas equitativas de relacionarse entre hombres y mujeres (Esteinou, 2008); el total de horas laboradas diariamente por los padres, se relaciona con las estrategias y el nivel de monitoreo y supervisión parental (Jacobson & Crockett, 2000) y los ingresos económicos tienen un correlato con los estilos parentales (Peterson & Hennon, 2006) y con el número de parejas sexuales (Baumer & South, 2001).



De esta forma, otras variables de la estructura familiar –diferentes al tipo de familia y a la presencia/ausencia de hermano mayor/menor- podrían predisponer la configuración de las relaciones familiares, lo cual a su vez impactaría en el comportamiento sexual de los universitarios. El estudio de Miller et al. (1999) muestra como las relaciones familiares se constituyen como un mejor predictor para distintos comportamientos sexuales de riesgo, en comparación con las variables de la “estructura familiar”; sin embargo, la diferencia en la varianza explicada entre unas y otras, es pequeña, por tanto, ambos grupos de variables influyen en la explicación del comportamiento sexual y deben de considerarse conjuntamente. Asimismo, los valores de la R^2_{aj} , varían a partir del comportamiento sexual a predecir, por tanto, en función de la conducta de interés, se tornan más o menos importantes la estructura y las relaciones familiares para explicar un comportamiento sexual específico.

V. Modelos de predicción

Como se discutió en el apartado anterior, las diferencias por sexo se tornan fundamentales para comprender y explicar por qué los universitarios usan o no consistentemente el condón, por tanto, se calcularon modelos de predicción con base en el sexo, así como un modelo general para toda la muestra. A continuación se discute cada uno de estos modelos.

Modelo de predicción estimado para toda la muestra

La Figura 7 muestra las hipótesis planteadas para el presente estudio y su aceptación y/o rechazo, así como las hipótesis alternas propuestas *a posteriori*. Las flechas negras indican cada una de las hipótesis aceptadas, las de color azul señalan las rechazadas y las rojas muestran las hipótesis propuestas *a posteriori*, las cuales se formularon como suposiciones alternas y fueron comprobadas con el análisis de regresión lineal múltiple y sustentadas por la teoría y la evidencia empírica que a continuación se discute.

La Figura 7 muestra cómo las variables del sistema individual tienen mayor relevancia para la predicción del uso consistente del condón, en comparación con



variables familiares y culturales. El único predictor de la consistencia del uso del condón fue la intención conductual de usar preservativo en el próximo encuentro sexual –vaginal- con pareja regular ($R^2_{aj}=.392$), con lo cual se acepta la H_1 pero se rechaza la H_2 porque el estilo de negociación basado en la equidad-colaboración no se constituyó como predictor de la consistencia.

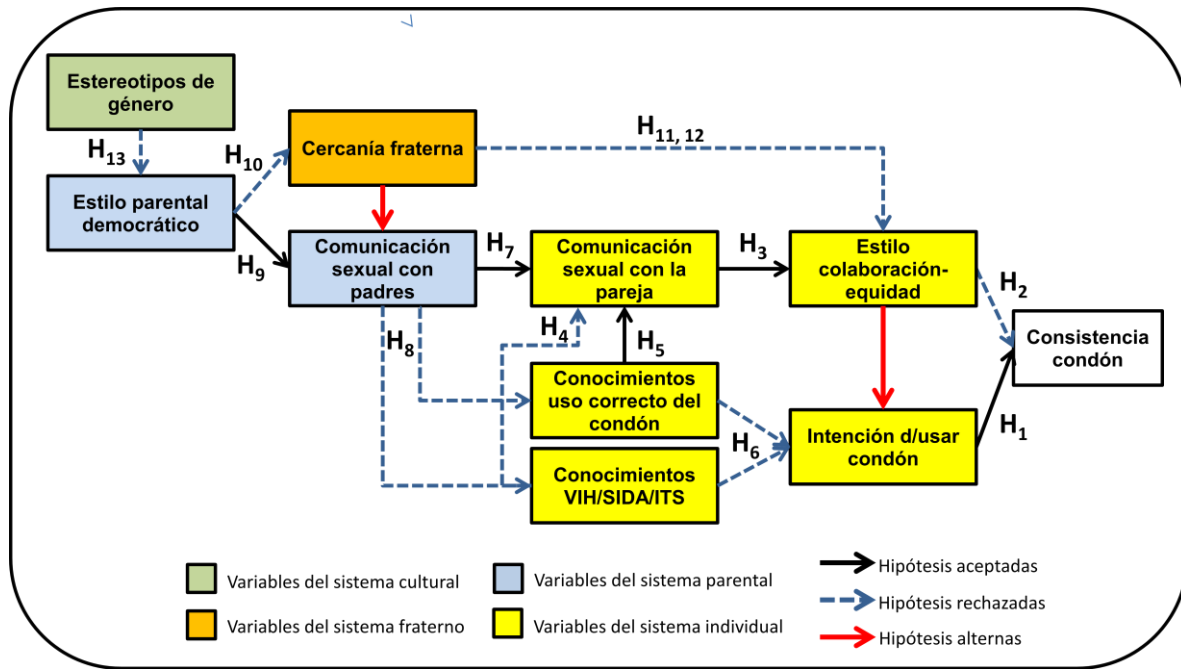


Figura 7. Hipótesis aceptadas, rechazadas y alternas en cada uno de los sistemas del MFE para toda la muestra.

Algunas teorías como la Acción Razonada –TAR- (Fishbein & Ajzen, 1975), la Conducta Planeada –TCP- (Ajzen, 1985) y el Modelo Integral –MI- (Fishbein, 2000) sugieren que la intención conductual es un predictor directo del comportamiento sexual protegido, por ejemplo, en la frecuencia (Ben Natan et al., 2010; Rodríguez, Robles, Frías, Moreno, & Barroso, 2012) y uso del condón (Perelló, Villagrán, & Barocio, 1998), lo cual se corrobora con los meta análisis realizados por Albarracín et al. (2001); Sheeran, Abraham y Orbell, (1999) y Sheeran y Orbell (1998).

Estos resultados muestran la importancia de la *intención* en la explicación y predicción del comportamiento sexual protegido, en comparación con el estilo de negociación basado en la equidad-colaboración. Si bien diversas investigaciones



han documentado como este estilo se correlaciona positivamente con la consistencia del uso del condón (Jiménez, 2010) y se constituye como predictor de la frecuencia del uso del preservativo (Reyes & Robles, 2012; Robles & Díaz-Loving, 2006, 2008); para esta muestra de universitarios, el estilo de negociación basado en la equidad-colaboración no predice la consistencia del uso del preservativo; pero si la intención para usarlo en el próximo encuentro sexual.

Se planteó *a posteriori* esta hipótesis –marcada en la Figura 7 con línea roja- y se puso a prueba esta suposición con el análisis de predicción y bajo el análisis teórico y empírico. Es importante destacar que el MI propuesto por Fishbein (2000), integra una serie de variables de distintos modelos cognitivos sociales (*cf.* Enríquez et al., 2012), las cuales pueden cambiar el valor predictivo de la intención para usar preservativo²⁰. Entre estas variables se encuentran las habilidades para llevar a cabo diversos comportamientos preventivos y las barreras ambientales. De esta forma, el individuo puede tener la intención de utilizar el preservativo en su próximo encuentro sexual, pero si no tiene habilidad, por ejemplo, para comunicarse con su pareja y negociar el condón, pero además el contexto no favorece llevar a cabo el comportamiento, como en el caso de encontrarse bajo los efectos del alcohol o drogas, entonces difícilmente la intención predecirá el comportamiento del uso del preservativo. En este ejemplo, la conducta sexual desprotegida no es por falta de motivación, sino por un déficit de habilidades conductuales y por la influencia de factores ambientales (*cf.* Yzer, 2012).

Por tanto, las habilidades están estrechamente relacionadas con la intención, en consecuencia, para explicar el comportamiento sexual protegido es necesario considerar ambos elementos. Investigaciones como las de Harvey y Henderson (2006) muestran que aquellos hombres quienes hablan frecuentemente con su pareja sobre cómo protegerse en sus relaciones sexuales, son quienes informaron tener mayor intención de usar el preservativo en sus próximos encuentros; asimismo, Kennedy et al. (2007) reportaron cómo la habilidad para rechazar encuentros sexuales de riesgo es un predictor de la intención de usar

²⁰ Consultar Capítulo 5.



condón en el próximo mes. De acuerdo con lo anterior, algunos comportamientos están relacionados con la intención, por tanto, es posible plantear una relación entre el estilo de negociación del preservativo basado en la equidad-colaboración con la intención de usar condón en el próximo encuentro sexual.

En la investigación de Jiménez (2010) se reporta cómo el estilo de equidad-colaboración en estudiantes de nivel superior correlacionó con la intención de usar el preservativo en el próximo encuentro sexual, lo cual es concordante con los resultados presentados en el Apéndice “J”, sin embargo, en comparación con el estudio de Jiménez (2010), en la presente investigación se estimaron ecuaciones de regresión lineal entre estas variables, donde este estilo de negociación se constituyó como un predictor significativo explicando el 6% de la varianza de la intención conductual para usar el preservativo en el próximo encuentro sexual. En la investigación de Robles, Moreno, Frías, Rodríguez y Barroso (2012) sí se llevó a cabo el análisis de predicción, el cual mostró que la intención conductual de usar preservativo se predice por este mismo estilo de negociación ($\beta=.236$) y con el apoyo de la pareja ($\beta=.364$), los cuales en conjunto explican el 22% de la varianza. Así, a partir de un criterio conceptual (Fishbein, 2000; Yzer, 2012), de la evidencia empírica y del análisis estadístico, se tomó la decisión de incluir esta ecuación de regresión lineal en el modelo de la Figura 7 (línea color roja), la cual resultó significativa.

El valor bajo obtenido en la R^2_{aj} de la ecuación (con valor de 0.066) puede tener dos explicaciones complementarias. La primera versa sobre el incumplimiento de dos supuestos básicos; la homocedasticidad (Apéndice “K6”) y la normalidad de los datos (Apéndice “K4”, “K5”), los cuales son importantes cumplir para incrementar la validez de la interpretación y el ajuste de los datos en la ecuación de regresión lineal (Martín et al., 2008; Rial-Boubeta & Varela-Mallou, 2008; Hair et al. 2007; Silva, 1992; 1998). Por tanto, el valor de la R^2_{aj} puede ser bajo debido al muestreo no aleatorio –intencionado-, lo cual favorece una distribución no normal de los datos y esta condición impactaría en los estadísticos de ajuste de la ecuación de predicción.



La segunda explicación se refiere al *error de especificación* en las ecuaciones de predicción, el cual hace referencia a la omisión de variables independientes relevantes para estimar una variable criterio (Hair et al., 2007). En el presente estudio, no se incluyeron las variables motivacionales predictoras de la intención conductual, como por ejemplo, las actitudes, la norma subjetiva –en la TAR- (Fishbein & Ajzen, 1975) y el control conductual percibido –en la TCP- (Ajzen, 1985).

El meta análisis de Albarracín et al. (2001) y los análisis de trayectorias realizados por Greene, Hale y Rubin (1997) y Sneed y Morisky (1998) muestran congruencia y solidez en las variables constitutivas de la TAR, en donde, los predictores de la intención son las actitudes y la norma subjetiva, que en conjunto pueden llegar a explicar hasta más del 30% de la varianza de la intención conductual para usar condón (Bosompra, 2001). Lo mismo sucede con la TCP, cuando se consideran estas variables motivacionales junto con el *control conductual percibido*²¹ se puede explicar entre el 36 y el 47% de la varianza de la intención conductual para utilizar preservativo (Corby, Jamner, & Wolitski, 1996; Jamner, Wolitski, Corby, & Fishbein, 1998).

La evidencia expuesta hasta el momento, sugiere que al no incluir las variables motivacionales predictoras de la intención conductual de usar preservativo en el próximo encuentro sexual, se puede ver afectado el nivel de varianza explicada. Por este motivo, el valor de la R^2_{aj} del estilo de negociación del condón basado en la equidad-colaboración se vió mermado. Lo anterior indica que si bien este estilo de negociar el preservativo se constituyó como un predictor de la intención conductual, su contribución en la varianza explicada de la intención podría ser mucho menor en comparación con las variables motivacionales

Sin embargo, desde el MI propuesto por Fishbein (2000) es fundamental comprender el papel de este tipo de variables –conductuales- en relación con los factores motivacionales. Por tanto, se esperaría que al incluir en el análisis de predicción, tanto variables motivacionales como conductuales, se incrementará el valor de la varianza explicada para la intención conductual. En consecuencia, se

²¹ Consultar Capítulo V.



torna indispensable llevar a cabo estudios donde se incluyan ambos tipos de variables –motivacionales y conductuales-, para determinar con exactitud el papel del estilo de negociación del condón basado en la equidad-colaboración, en relación con las variables motivacionales propuestas por la TAR y la TCP.

Este estilo de negociación basado en la equidad-colaboración se predice por la frecuencia de la comunicación sexual con la pareja, con lo cual se acepta la H₃. Algunas investigaciones sustentan la relación entre la comunicación sexual con la pareja y la negociación del preservativo. Por ejemplo, Robles, Moreno, et al. (2006) describieron como aquellos universitarios que saben usar correctamente el condón, además de comenzar y mantener una conversación sobre sexualidad con la pareja, eran quienes negociaban el uso del preservativo hasta llegar a un acuerdo para utilizarlo. Asimismo, Jiménez (2010) reportó la existencia de una correlación positiva entre el estilo de negociación del condón basado en la equidad-colaboración con la frecuencia de la comunicación sexual con la pareja ($r=.46$, $p<.001$); lo cual confirma el resultado expuesto por Robles et al. (2001), quienes describieron como este estilo de negociación se relaciona con la comunicación sexual con la pareja sobre ITS –en varones ($r=.39$, $p<.05$) - y pastillas anticonceptivas –en mujeres, $r=.47$, $p<.05$); sin embargo, en ninguno de estos estudios se llevaron a cabo análisis de predicción.

La relación entre la frecuencia de la comunicación sexual con la pareja y el estilo de negociación del preservativo basado en la equidad-colaboración tienen en común el eje del *diálogo*. En otras palabras, para poder negociar el preservativo se requiere de la comunicación, del diálogo con la pareja para poder expresar e intercambiar sentimientos, actitudes, mensajes e información sobre diversos temas sexuales (Zamboni, Crawford, & Williams, 2000); es en este intercambio donde la pareja puede opinar, manifestar y declarar una serie de argumentos para convencer a su pareja de utilizar condón en el acto sexual (Robles & Díaz-Loving, 2011).

En la opinión de Noar et al. (2006), las conversaciones de la pareja sobre el sexo seguro son muy propensas a convertirse en una situación en la cual una persona le pide a la otra usar preservativo en el coito y es a través de la



comunicación sexual sobre el uso del condón, en donde se brindan argumentos y se sugiere a la pareja la protección en las relaciones sexuales. Por este motivo, es probable que en el presente estudio se encuentre correlación positiva entre la frecuencia de la comunicación sexual con la pareja y el estilo de negociación basado en la equidad-colaboración (Apéndice "J").

Dentro de la comunicación sexual con la pareja, es importante destacar el tipo de temas sobre los cuales se conversan, ya que los tópicos referentes a los métodos anticonceptivos y consecuencias de tener relaciones sexuales –principalmente embarazo (Apéndice "I")- son los que se constituyen como predictores del estilo de negociación basado en la equidad-colaboración. En este sentido, hablar de las consecuencias del acto sexual y de la prevención de éstas, favorece condiciones para expresar, argumentar y convencer a la pareja de utilizar el condón, tal como lo sugieren Noar et al. (2006).

Por otro lado, lo que predice la comunicación sexual de estos temas es la frecuencia con la cual conversan sobre la prevención de ITS/VIH/SIDA y el condón masculino. Cabe destacar, hablar sobre (1) los métodos anticonceptivos y las consecuencias del acto sexual, así como de (2) la prevención de ITS/VIH/SIDA y el condón masculino; en ambos casos, los temas se correlacionaron positivamente con el estilo de negociación del preservativo basado en la equidad-colaboración (Apéndice "J"), sin embargo, el análisis de regresión lineal múltiple mostró que uno es predictor del otro (Figura 4).

Hablar con la pareja sobre métodos anticonceptivos y las consecuencias de tener relaciones sexuales (principalmente embarazo) se asocia al estilo de negociar el preservativo basado en la equidad-colaboración porque los universitarios pueden percibirse en mayor riesgo de enfrentar un embarazo y no una ITS (Saura-Sanjaume et al., 2013). Por su parte, Jiménez (2010) reportó que al comparar diversos temas sexuales, las mujeres suelen hablar más sobre los embarazos no deseados que sobre ITS o el VIH/SIDA. Lo cual es concordante con lo expuesto por Planes, Gras y Soto (2002), quienes señalan que cuando las relaciones de pareja se vuelven estables, la pareja adquiere confianza en la salud



del otro y en la fidelidad, con lo cual se dejan de preocupar por prevenir alguna ITS o el VIH/SIDA y principalmente piensan en evitar un embarazo.

Esta explicación se torna tentativa para comprender la relación entre la comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos y consecuencias de tener relaciones sexuales, en relación al estilo de negociación del condón basado en la equidad-colaboración; sin embargo, se debe mencionar, que en el presente estudio no se obtuvieron indicadores sobre la percepción de riesgo de contraer alguna ITS o quedar embarazados, ni del tiempo de la relación de noviazgo, lo cual, conlleva a plantear esta explicación como una hipótesis a probar en investigaciones futuras.

En contraparte, los temas relativos a “la prevención de ITS/VIH/SIDA y uso del condón” tienen mayor relación con la frecuencia de la comunicación sexual parental²². Posiblemente los padres estén preocupados porque sus hijos se vayan a infectar de algún virus, bacteria o hongo de carácter venéreo (*cf.* Feito, Bozzolo, Calvo, & Larrain, 2001) y por tanto se comunican con ellos/ellas sobre estos temas como una manera de prevenirlos²³ (Wamoyi, Fenwick, Urassa, Zaba, & Stones, 2010), lo cual, a su vez, podría favorecer la adquisición de conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA de los universitarios –se obtuvieron puntajes por arriba de la MT-.

En torno a los conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA y uso correcto del condón, se rechazó la H₆ porque el nivel de conocimientos de los universitarios no se constituyó como un predictor de la intención conductual de utilizar preservativo en el próximo encuentro sexual (Figura 7). Este resultado es discordante con lo reportado por Essien et al. (2006) quienes describieron cómo los conocimientos sobre uso correcto del condón y sobre transmisión del VIH predecían la intención conductual de usar condón. Es más probable que los conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA y uso correcto del condón puedan estar relacionados con variables de orden motivacional, tal como lo señalan los estudios de Bryan, Kagee y Broaddus (2006) y Stulhofer et al. (2009).

²² Cabe destacar que la comunicación sexual materna es un predictor de la comunicación sexual con la pareja sobre estos temas (Figura 4).

²³ El meta análisis realizado por Bastien, Kajula y Muhwezi (2011) muestra que los estudios sobre por qué los padres hablan con sus hijos sobre diversos tópicos referentes al sexo son escasos y sugieren ampliar la investigación sobre esta área.



Asimismo, la H_4 se rechazó porque los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA no fueron predictores de la comunicación sexual con la pareja (Figura 7), pero sí los conocimientos sobre uso correcto del condón, por tanto se aceptó la H_5 . Así, los universitarios quienes tienen conocimiento sobre cómo se usa correctamente un condón, son quienes tienen mayor frecuencia de comunicación sexual con la pareja sobre ITS/VIH/SIDA y uso del condón (Figura 4).

Este resultado es congruente con la estrecha relación que propone Fisher y Fisher (1992) entre la información –conocimientos- y la habilidad. Evidencia de lo anterior es el estudio de Jiménez (2010), quien reportó cómo los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA eran característicos de los universitarios quienes hablaban frecuentemente con su pareja y utilizan un estilo de negociación del preservativo basado en la equidad-colaboración. Asimismo, Robles et al. (2011) muestran cómo existe una correlación positiva entre la frecuencia de la comunicación sexual con la pareja con el nivel de conocimientos que poseen los universitarios.

Lo anterior conlleva a destacar el necesario papel de los conocimientos como precurrentes de comportamientos que influyen indirectamente en la conducta sexual protegida –p. ej. comunicación sexual en la pareja-; tal como lo señala Villagrán y Díaz-Loving (1999), los conocimientos no regulan el comportamiento ni elicitan conductas preventivas por sí solos, y Bayés (1992) considera que centrarse exclusivamente en los conocimientos para obtener un cambio conductual preventivo es condenarse al fracaso. Por tanto, es menester tener claro el papel de los conocimientos en relación con las variables individuales (conductuales y psicosociales) que median el comportamiento sexual protegido.

En este sentido, la predicción de la comunicación sexual con la pareja sobre ITS/VIH/SIDA y uso del condón, no solamente se predice por los conocimientos sobre uso correcto del preservativo; también la frecuencia de la comunicación sexual con la madre es un predictor de la comunicación sexual con la pareja sobre estos temas (Figura 4). Inclusive, la frecuencia de la comunicación con la madre sobre diversos tópicos relativos al sexo ($\beta=.371$) se conformó como una variable con mayor poder predictivo en comparación con los conocimientos ($\beta=.123$) sobre el uso correcto del condón (Tabla 48).



El resultado anterior es sumamente importante, porque es en la comunicación sexual con la pareja donde el contexto familiar influye. De esta forma, se aceptó la H₇ porque la comunicación sexual con la madre fue el predictor de la comunicación sexual con la pareja. Asimismo, la comunicación sexual con el padre, predice la frecuencia de la comunicación con la madre sobre diversos temas sexuales (Figura 4).

Lo anterior indica una preponderancia de la figura materna sobre la paterna; múltiples investigaciones concuerdan en que la madre es con quien los adolescentes prefieren hablar sobre diferentes temas relativos al sexo –en comparación con el padre– (Bárcena & Robles, 2012; Dilorio et al., 1999; Hutchinson, 2002; Zhang et al., 2007), pero no solo eso, la madre también habla e informa a sus hijos sobre mayor número de temas sexuales y tiende a tratarlos en diferentes momentos (repetición) (Martino, Elliott, Corona, Kanouse, & Schuster, 2008). Por tanto, la madre se encuentra en una posición central para informar a sus hijos (Álvarez et al., 1990) y aprovechar el involucramiento afectivo para abrir canales de comunicación eficaces para tratar estos temas tan difíciles de abordar (Meschke et al, 2002).

Asimismo, la madre juega un papel mediador en el comportamiento paterno al fomentar el involucramiento con los hijos, con lo cual se podría brindar una explicación tentativa sobre por qué la comunicación sexual paterna precede a la materna. La revisión realizada por Walker y McGraw (2000) sugiere que las madres actúan como intermediarias entre sus esposos y sus hijos, promueven las relaciones entre ellos y pueden fungir como guardianes de la participación paterna en este tipo de interacciones. A este patrón de comportamiento materno se le ha denominado “*gatekeeper*” o “*madres guardianas*”. La conceptualización de este patrón materno se ha utilizado para explicar cómo las creencias y los comportamientos de las madres limitan (Allen & Hawkins, 1999) o promueven (McBride et al., 2005) el nivel de involucramiento de los padres en las actividades domésticas y familiares, incluyendo el involucramiento con los hijos.

La investigación de McBride et al. (2005) muestra cómo la percepción de la madre sobre el rol paterno no tradicional y su atribución de la importancia en la



crianza de los hijos influyen en el compromiso y la identidad del padre, lo cual afecta a su vez su comportamiento para involucrarse con sus hijos. De esta forma, los autores concluyen que las creencias y actitudes de las madres conllevan a comportamientos maternos, los cuales limitan o fomentan la participación paterna. En otras palabras, las madres generan control sobre el padre, moderando y regulando su participación con los hijos.

Asimismo, los resultados del estudio de McBride et al. (2005) concuerdan con los de Fagan & Barnett (2003) quienes describieron cómo el involucramiento paterno con los hijos se explica por las actitudes positivas maternas hacia los padres –considerarlos capaces y sensibles de involucrarse con los hijos- y por la percepción de la competencia paterna. Los autores destacan cómo la percepción de la falta de competencia paterna influye en el comportamiento de las madres para restringir o inhibir las relaciones entre padres-hijos.

Según la revisión de Walker y McGraw (2000), las madres fomentan el involucramiento de los padres cuando existen ciertas condiciones familiares; por ejemplo, en las familias en donde la madre-esposa trabaja, el padre-esposo lleva a cabo actividades de cuidado, crianza e involucramiento con los hijos, en comparación con familias de características opuestas. También, los padres quienes participan en la crianza de los hijos tienen relaciones más igualitarias con sus esposas, lo cual se encuentra relacionado con la calidad de la relación marital, con los esfuerzos del padre-esposo para cooperar, lo cual incrementa las posibilidades de ser un padre involucrado con sus hijos. Asimismo, la educación de los padres es un predictor del involucramiento con los hijos, los varones con mayor nivel educativo cuestionan y están en desacuerdo con la paternidad tradicional. Estas características son concordantes con lo expuesto por Walker y McGraw (2000), Esteinou (2008) y Casique (2008).

Las condiciones descritas por Casique (2008), Esteinou (2008) y Walker y McGraw (2000) son similares al perfil demográfico familiar de la muestra evaluada, por tanto, se torna como una explicación tentativa el hecho de que las madres promuevan y fomentan –con sus actitudes, creencias y comportamientos- en sus esposos, la participación en el involucramiento paterno con los hijos, por tanto, la



comunicación sexual con el padre se torna secundaria a la materna y los universitarios quienes hablan frecuentemente con sus madres sobre diversos tópicos sexuales también lo hacen con el padre, debido a que la madre fomentaría la conversación sobre este tipo de temas (Figura 4).

Sin embargo, esta explicación se torna tentativa porque en el presente estudio no se evaluaron las creencias, actitudes y comportamientos maternos, ni el involucramiento paterno; sin embargo, las características demográficas y psicosociales de la muestra podrían apoyar este supuesto, según lo planteado por Casique (2008), Esteinou (2008) y Walker y McGraw (2000). Por tanto, se torna necesario generar estudios posteriores para establecer la posible relación entre el perfil familiar con el *gatekeeper* materno dirigido a fomentar el involucramiento paterno a través de la comunicación sexual con el padre.

Independientemente de con qué padre (papá/mamá) se comuniquen los hijos para hablar sobre temas relativos al sexo, se planteó inicialmente como hipótesis, que los padres fungirían como fuentes primarias de socialización sexual (Davis, 1974; Greer-Litton, 1980; Hovell et al., 1994), por tanto, podrían informar a sus hijos sobre los distintos riesgos de tener relaciones sexuales y orientarlos (Álvarez et al., 1990). Sin embargo, esta hipótesis (H_8) fue rechazada (Figura 7) posiblemente por aspectos relacionados con la individuación familiar.

Por la etapa de desarrollo en la cual se encuentran los universitarios, ellos buscan individuación de la familia, por tanto, entablan estrechas relaciones extra familiares (Minuchin, 1974) –p. ej. amigos y la pareja-. En estas condiciones, los jóvenes restringen los temas sexuales en las conversaciones con sus padres (Schmidt et al., 2010) pero generan apertura para hablar con los amigos (Parke et al., 2008; Saura-Sanjaume et al., 2013; Shah & Zelnik, 1981) y con la pareja (Bárcena & Rendón, 2011), fungiendo éstos, junto con los medios de comunicación masiva (Ward, 2003) como fuentes primordiales de socialización sexual e información sobre estos temas, con una influencia por encima de los padres.

En torno a los predictores de la comunicación sexual con los padres, se comprueba la H_9 , por tanto, el estilo parental democrático favorece la apertura de



canales de comunicación con los hijos (Baumrind, 1966; Musitu & Soledad-Lila, 1993 en Ramírez, 2005) y por tanto predice la frecuencia de la comunicación sexual con los padres (Figura 7).

Este resultado es congruente con la conceptualización de Darling y Steinberg (1993) quienes proponen que tanto los estilos parentales –características globales de los padres- como las prácticas de los padres –comportamientos específicos- influyen en el desarrollo de los hijos. Así, las prácticas parentales son los mecanismos utilizados para cumplir de forma directa con las metas de socialización (p. ej. hablar con los hijos sobre sexo para orientarlos sobre los riesgos de las ITS y el VIH) y los estilos parentales influyen de forma indirecta en la capacidad de los padres para socializar a los hijos –p. ej. se tornan mas o menos abiertos al diálogo y con mucha o poca disposición para conversar sobre cualquier tema-, por tanto, la hipótesis que plantean Darling y Steinberg (1993) es que los estilos parentales moderan las prácticas de los padres. Aspecto que se confirma en el presente estudios, donde el estilo parental democrático paterno y materno son predictores de la práctica parental de la comunicación sexual con los hijos (Figura 7).

También, es importante discutir el papel de la cercanía fraterna en el modelo de predicción. Inicialmente se planteó como hipótesis que el estilo parental democrático, sería el predictor de la cercanía fraterna con el hermano mayor y menor (H_{10}). Si bien existe correlación entre estas variables (Apéndice “J”) y se concuerda con los resultados del estudio de Milevsky et al. (2011), la asociación entre los estilos democráticos paterno y materno no tienen la suficiente fuerza para considerarse predictores de la cercanía fraterna, lo cual conlleva a rechazar la H_{10} .

Asimismo, se hipotetizó que la percepción de la cercanía fraterna con el hermano mayor (H_{11}) y menor (H_{12}) predicirían el estilo de negociación del preservativo basado en la equidad-colaboración, debido a que los hermanos son el primer laboratorio social donde los individuos aprenden a negociar, cooperar y competir (Minuchin, 1974). Cuando existe cercanía fraterna, se generan oportunidades para observar y aprender a través de la interacción y la imitación



(Buist et al., 2013); sin embargo, se rechazaron ambas hipótesis (Figura 7). Es probable que por el proceso de individuación familiar (Minuchin, 1974), los hermanos no tengan mucha influencia en el aprendizaje de habilidades en la adolescencia –tal vez el impacto es mayor en la infancia-, como se ha discutido anteriormente, en esta etapa del ciclo vital, los universitarios tienen otras fuentes de influencia diferentes a las fraternas, tales como los amigos y la pareja.

Si bien la percepción de la cercanía fraterna no tiene impacto sobre las habilidades de negociación, si la tiene en la comunicación sexual con los padres. Esta hipótesis fue planteada *a posteriori* (flecha roja, Figura 7); y si bien ésta se aceptó bajo criterios estadísticos, se discute en términos teóricos y empíricos.

No se tiene mayor información para determinar cómo la percepción de la cercanía fraterna con los hermanos (mayor/menor) influye en la frecuencia de la comunicación sexual con padres, sin embargo, se podrían derivar dos explicaciones tentativas a partir de los resultados de algunas investigaciones empíricas. La primera gira en torno a las alianzas familiares (Minuchin, 1974) y la segunda se fundamenta en la teoría de la congruencia familiar (*cf.* Oliva & Arranz, 2005; Seginer, 1998).

Respecto a la primera explicación, la revisión de Tarakeshwar, Lobato, Kao y Plante (2006) muestra cómo en familias latinas –con valores colectivistas- la jerarquía de los hermanos a partir del orden de nacimiento es importante debido a las funciones de cuidado que éstos desempeñan con los menores, principalmente cuando ambos padres trabajan; bajo estas condiciones, la supervisión y atención queda a cargo de los hermanos mayores (*cf.* Cicirelli, 1994). Debido al tiempo compartido entre hermanos, la comunicación se hace necesaria, la cual se encuentra motivada principalmente porque disfrutan conversar entre ellos como una forma de manifestar su preocupación por lo que les sucede, para buscar apoyo, expresar sentimientos y para fomentar una relación cercana y mantenerla (Fowler, 2009).

A través de la comunicación y de sus efectos, se genera solidaridad, cercanía, confianza y un proceso de auto-divulgación (Myers, 1998). Estas condiciones a su vez generan compromiso fraterno -depende de la comunicación



para brindar apoyo/soporte emocional, la comunicación afectiva y la edad-. Este compromiso es diferencial por jerarquía fraterna; los hermanos mayores perciben mayor compromiso con los menores y se involucran con mayor frecuencia con éstos (Rittenour, Myers, & Brann, 2007).

Estas condiciones de comunicación, cercanía, afecto y compromiso tiene una estrecha relación con la lealtad fraterna, la cual impacta en la percepción que tienen los hermanos de tener una obligación para ayudar y asistir a los hermanos en tiempos de crisis, favorece la calidez, el apoyo emocional, aceptación, aprobación y participación psicológica, por ejemplo, escuchan a sus hermanos para ofrecer orientación, asesoramiento y buscan formas de protegerlos y cuidarlos (Gold, 1989 en Rittenour et al., 2007).

En esta atmosfera de contención y apoyo hacia los hermanos, éstos tienden a brindar soporte emocional en situaciones de tensión y conflicto, como por ejemplo, cuando padres e hijos tienen que hablar sobre temas difíciles y cargados de emoción –p. ej. sexualidad-; en estas circunstancias, los hermanos fungen como una red de apoyo y brindan soporte en las relaciones (Goetting, 1986). El estudio de Parra y Oliva (2002) puntualiza cómo los temas que provocan conflictos con mayor intensidad emocional entre padres e hijos al momento de hablarlos, son los relativos a drogas y sexualidad. Por tanto, se hipotetiza que a través de las alianzas familiares se genera el soporte emocional y el apoyo fraterno para tratar estos temas (*cf.* Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 2004).

Las alianzas podrían configurarse entre los padres y algún hermano, quienes en conjunto establecerían las condiciones para abrir la comunicación con otro hermano; o entre dos hermanos pudieran generar la alianza con un tercero para ayudarlo a comunicarse con los padres.

La segunda explicación gira en torno a la teoría de la congruencia familiar (*cf.* Oliva & Arranz, 2005) o también llamada hipótesis de la similitud familiar (*cf.* Seginer, 1998), la cual establece que existe una estrecha relación de interdependencia entre el sistema parental y fraterno, por tanto, cuando existen buenas relaciones entre padres e hijos –calidad, cohesión y armonía-, también los hermanos deberán de generar relaciones positivas, cálidas, cercanas y con



menor conflicto y agresión; y viceversa, relaciones conflictivas entre padres-hijos nutren relaciones fraternas negativas.

Así, la percepción de cercanía fraterna estaría estrechamente relacionada con el estilo parental democrático y con la frecuencia en la comunicación sexual de padres a hijos –indicador de afecto según Riesch et al. (2003) y Martino et al. (2008)-. Por tanto, la conclusión que se podría obtener es qué relaciones parentales estrechas, cálidas y positivas con los hijos, generan relaciones cercanas entre hermanos. De esta forma, la cercanía fraterna se convierte en un predictor de la comunicación sexual con padres –junto con otras variables parentales (Figura 4)- debido a que las relaciones familiares basadas en el afecto y la cercanía promueven la comunicación sexual como un indicador del nivel de afectividad entre los integrantes del sistema familiar.

Sin embargo, los datos del presente estudio no son suficientes para apoyar la hipótesis de las alianzas familiares de Minuchin (1974) o de la similitud familiar de Seginer (1998), por lo que se requieren estudios posteriores para determinar con mayor precisión las relaciones familiares –en términos de comportamientos específicos-, ya que los datos con los que actualmente se cuentan, solamente indican que la calidez y cercanía en las relaciones fraternas junto con algunas variables parentales, constituyen predictores de la comunicación sexual con el padre y la madre, destacando que las β estandarizadas de la percepción de cercanía fraterna son menores en comparación con las variables parentales, lo cual es congruente con lo expuesto por Widmer (1997), quien señala que los hermanos juegan un papel secundario en el comportamiento sexual, en comparación con los padres.

Finalmente, en torno a las variables culturales, la H13 fue rechazada (Figura 7) porque los estereotipos de género no predicen los estilos parentales democráticos de ambos padres. Se esperaba que los estereotipos de género fueran transmitidos de padres a hijos a través de la socialización sexual y por medio del estilo parental democrático. Sin embargo, el análisis estadístico indicó que los estereotipos de género no predicen ninguna variable del sistema familiar, aunque se correlacionan con algunas variables del sistema individual, como por



ejemplo, los conocimientos sobre ITS/uso correcto del condón y los estilos de negociación del preservativo (acomodación y evitación) –Apéndice “J”-.

Este resultado no indica la falta de importancia que tiene la cultura sobre el contexto familiar y el individuo; por el contrario, diversos estudios muestran la estrecha relación de la cultura con las creencias, actitudes y conocimientos que las personas poseen para comportarse de manera sexualmente riesgosa o preventiva (Agadjanian, 2005; Cianelli et al., 2008; Duffy, 2005; Marin, 1989; Ortiz-Torres et al., 2008; Oshi, Nakalema, & Oshi, 2005; Parker, 2001; White, 2008; Wilson & Miller, 2003; Wyatt, 2009).

En este sentido, la evidencia empírica sugiere que la cultura impacta tanto en variables psicosociales como conductuales. Posiblemente las creencias en torno al machismo y marianismo no resultaron predictoras porque las dimensiones del instrumento utilizado evalúan estereotipos de género en el ámbito familiar y hogareño. Estudios como el de Bárcena y Robles (2012) muestran que cuando se tienen medidas centradas en los estereotipos del cuidado de la salud sexual, éstos suelen constituirse como predictores de la intención conductual para utilizar preservativo en el próximo encuentro sexual. Asimismo, otras investigaciones muestran la importancia de evaluar en los padres –y no solamente en los hijos- los estereotipos del comportamiento sexual en hombres y mujeres, los cuales tienen influencia directa sobre las variables psicosociales de los hijos, como por ejemplo, las creencias hacia el uso del condón (Bárcena, Robles, & Díaz-Loving, 2013) y los conocimientos sobre ITS/VIH (Bárcena & Robles, 2013).

En conclusión, las variables del sistema individual tienen mayor impacto en el comportamiento sexual protegido. Se destaca la intención conductual de usar condón en el próximo encuentro sexual como el mejor y único predictor directo de la consistencia del uso del condón. Asimismo, la comunicación sexual con la pareja se constituye como el puente entre las variables del contexto familiar – comunicación sexual con la madre- y las variables del sistema individual. También, la comunicación sexual con los padres tiene un nexo con la cercanía fraterna y con los estilos parentales –contexto de expresión de las prácticas parentales-.



De esta forma, relaciones familiares cercanas, donde ambos padres se involucran y se comunican sexualmente con sus hijos favorecen la comunicación sexual con la pareja, la cual está asociada a variables del sistema individual que en conjunto favorecen la intención conductual para utilizar consistentemente el preservativo.

Lo anterior muestra la influencia del contexto familiar sobre las variables psicosociales y conductuales asociadas al comportamiento sexual protegido. Finalmente, la cultura no tuvo impacto en las variables familiares ni del sistema individual; sin embargo, no se niega la importancia de ésta, pero para evaluar su influencia, se sugiere utilizar medidas centradas en los estereotipos de género específicamente en el terreno sexual y no en contextos ajenos al sexual –como el familiar y el hogareño-.

Diferencias entre los modelos de predicción estimados para hombres y mujeres

Variables individuales

Al estimar los modelos de predicción por sexo, la Figura 5 y 8 muestran una similitud en la organización de las variables del sistema individual. Solamente existe una diferencia en torno al papel de los conocimientos sobre el uso correcto del condón -en mujeres- y el estilo parental negligente paterno -en hombres con signo negativo en β -. La pregunta inicial ante estos resultados es ¿por qué al calcular modelos por sexo -en donde se tornan importantes las diferencias de género- no se encontró variación en los predictores y en la organización de las variables del sistema individual?. La respuesta a esta pregunta puede establecerse a partir del cuestionamiento de roles tradicionales, del contexto familiar y del nivel educativo de los estudiantes.

Los universitarios se encuentran cursando un nivel educativo superior, lo cual los pone en una posición favorable para cuestionar y reflexionar en torno a los roles culturales de hombres y mujeres dictados por la cultura (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005), de hecho, los estudiantes tienen estereotipos poco rígidos en



torno a las creencias sobre el machismo y marianismo (Tabla 39). Asimismo, tienen padres con un nivel de estudios superior o medio superior, además provienen de familias de doble percepción de ingresos, lo cual probabiliza que ambos padres se involucren en actividades doméstica y en el cuidado de los hijos (Casique, 2008; Esteinou, 2008, McBride et al., 2005). Estas condiciones favorecen el cuestionamiento de roles tradicionales y se fomenta el aprendizaje de nuevas expectativas de género a partir del comportamiento que los estudiantes observan en sus padres. También, estas condiciones propician la socialización parental hacia los hijos para estimular formas alternativas, colaborativas y equitativas de relacionarse entre hombres y mujeres.

Por tanto, en los modelos, las variables del sistema individual se organizan de la misma forma independientemente del sexo (Figura 5 y 8), esto también explica la similitud con el modelo estimado para toda la muestra (Figura 4). Solamente se destaca la diferencia en las mujeres en torno a los conocimientos sobre el uso correcto del condón.

En el caso de las chicas –en comparación con los varones-, los conocimientos sobre el uso correcto del condón son un predictor de la comunicación sexual con la pareja, junto con la frecuencia de la comunicación sexual con la madre (Figura 6). Anteriormente se discutió las graves consecuencias sociales y culturales del embarazo en las mujeres, pero para el varón, los efectos son principalmente de orden económico (Winkler et al., 2005). Por tanto, las mujeres –y sus madres- pudieran estar interesadas en prevenir un embarazo, por tanto, el nivel de conocimientos sobre el uso correcto del preservativo en mujeres se torna mayor en comparación con los hombres (Tabla 44). De hecho, ellas tienden a enfatizar y a hablar con mayor frecuencia con sus madres sobre la prevención de embarazos no planeados, métodos anticonceptivos y abortos (Bárcena & Rendón, 2011), con lo cual, la figura materna podría fungir como una fuente principal de socialización e información sobre estos temas (Álvarez et al., 1990) a pesar de la baja frecuencia con la cual hablan con sus hijas.



Variables parentales

Tanto para hombres como mujeres, la comunicación sexual con la madre es fundamental y se constituye como el puente entre el contexto familiar y las variables del sistema individual –comunicación sexual con la pareja-. Así, las madres, con su perfil sociodemográfico y su rol poco tradicional, brindarían un modelo para aprender a discutir y relacionarse con la pareja (Greer-Litton, 1980) a través de la equidad y la colaboración entre los géneros (Esteinou, 2008), tal vez por este motivo, la comunicación sexual materna es el predictor del estilo de negociación basado en la equidad-colaboración, independientemente del sexo.

Asimismo, la comunicación sexual con el padre predice la frecuencia de la comunicación sobre diversos temas sexuales con la madre (Figura 4, 7 y 8) independientemente del sexo. Como anteriormente se discutió, este fenómeno puede entenderse desde la conceptualización de las “madres guardianas/*gatekeeper mothers*”, quienes tienen influencia y motivan –o inhiben- el involucramiento de los padres con los hijos (Fagan & Barnett, 2003; McBride et al., 2005; Walker & McGraw, 2000), así, las madres probablemente puedan alentar a los padres para hablar con sus hijos sobre sexo, no se debe olvidar que la comunicación sexual con los padres es un indicador del involucramiento parental (Meschke et al., 2002).

En torno a la discusión y la relación establecida entre los estilos y prácticas parentales, existen diferencias por sexo. Para las mujeres se torna más importante el contexto emocional y de relación que los padres generan –estilos- para expresar la comunicación sexual –prácticas-, en comparación con los varones. La Figura 6 muestra cómo los estilos parentales –democráticos- preceden y predicen las prácticas –comunicación-, lo cual es congruente con lo propuesto por Darling y Steinberg (1993).

De esta forma, para ellas, es significativo que ambos padres fomenten la autonomía, establezcan reglas claras de comportamiento y se muestren receptivos a las opiniones de sus hijas, además es indispensable la utilización del diálogo para explicar y exponer sus argumentos y razones de sus acciones y decisiones como padres. De presentarse estas condiciones en la relación parental, se puede



probabilizar -en cierta medida- la frecuencia de la comunicación sexual con ambos padres en las mujeres (Figura 6).

En el caso de los varones, los estilos parentales no predicen las prácticas del padre o la madre –comunicación sexual-, ni alguna otra variable del contexto familiar, pero sí del sistema individual (Figura 5). Para los hombres son más importantes las prácticas parentales –comunicación sexual- que los estilos. Por tanto, ellos pueden entablar comunicación con los padres sobre diversos tópicos relativos al sexo, independientemente del contexto emocional o la atmósfera que se tenga con ellos.

Estas diferencias por sexo pueden interpretarse desde las necesidades emocionales de las mujeres. Estudios como los de Geuzaine, Debry y Liesens (2000) muestran mayor dependencia afectiva de las hijas hacia los padres –en comparación con los varones- y en la opinión de Oliva y Arranz (2005), las mujeres tienden a hacer una mayor inversión emocional en las relaciones familiares, su identidad depende mucho de éstas, en comparación con los hombres, quienes son educados no para invertir en sus relaciones interpersonales, afectivas y familiares, sino para dominar y explorar el mundo.

En consecuencia, para las mujeres, el estilo parental –contexto de la relación- se vincula estrechamente con la comunicación sexual con ambos padres –práctica parental-, de lo cual se deduce la importancia que tiene el contexto familiar para ellas y la necesidad de modificar los estilos de crianza en los padres como una estrategia para favorecer la comunicación sexual con las hijas. Sin embargo, para el caso de los hombres, sería más importante entrenar a los padres en habilidades de comunicación, para que éstos pudieran dialogar con los varones independientemente del contexto de la relación con los padres –estilo parental-.

Cabe destacar, para los hombres, un estilo parental paterno diferente al negligente, solamente predice la comunicación sexual con la pareja –pero no la comunicación sexual con los padres- (Figura 5). Una condición importante para que los varones se comuniquen sexualmente con sus parejas es la relación establecida con el padre y la frecuencia de la comunicación sexual con la madre.



Para los hombres, se torna importante la percepción de tener un padre con un nivel de involucramiento y control aceptables –diferentes al estilo negligente-. De esta forma, una alta frecuencia en la comunicación sexual materna sobre temas relativos al VIH/SIDA/ITS y la percepción de control e involucramiento del padre, predicen en varones la comunicación sexual con la pareja sobre ITS/VIH/SIDA y condón masculino. Si bien ya se mencionó el papel central de la madre como modelo para comunicarse sexualmente con la pareja, una relación con el padre, con características diferentes al estilo negligente, impacta en la frecuencia para hablar con la compañera sexual sobre diversos temas relativos al sexo. Aunque se debe destacar que el valor de la β estandarizada es muy baja para el estilo parental negligente (.182) en comparación con la comunicación sexual con la madre (.428).

Este resultado muestra cómo los padres han ganado paulatinamente importancia afectiva en las relaciones familiares (Esteinou, 2008). El involucramiento paterno junto con las prácticas parentales maternas – comunicación sexual- son fundamentales para explicar la frecuencia de la comunicación sexual con la pareja en varones. De esta forma, las madres tendrían que tener la habilidad para comunicarse con sus hijos y los padres de involucrarse con ellos y evitar las cualidades de los padres con estilo negligente; así, en conjunto, ambos padres impactarían sobre la frecuencia con la cual sus hijos varones se comunican con su pareja en torno a diversos temas sexuales, lo cual tiene una estrecha relación con el resto de las variables del sistema individual.

Variables fraternas

En el caso de la percepción de la cercanía fraterna se encuentra un resultado congruente con lo discutido hasta el momento. Para el caso de las mujeres, la cercanía con los hermanos impacta en los estilos parentales –contexto de las relaciones con los padres- y en el caso de los varones impacta en las prácticas parentales del padre –comunicación sexual paterna-.



En el caso de las mujeres, la percepción de cercanía con los hermanos predice estilos parentales democráticos en ambos padres (Figura 6). Oliva y Arranz (2005) reportaron un resultado similar; al comparar por sexo, solamente las mujeres quienes informaron tener relaciones fraternas estrechas son quienes percibieron involucramiento afectivo con los padres. Este resultado es concordante con la teoría de la congruencia familiar (Oliva & Arranz, 2005) o también llamada hipótesis de la similitud familiar (Seginer, 1998). Así, la calidad de las relaciones familiares, basadas en el afecto y el apoyo (fraterno y parental) brindarían un contexto propicio para la comunicación sexual con los padres; y la cercanía con los hermanos podría ser un indicador de las relaciones estrechas que se tienen con los padres.

Debe destacarse, el valor estandarizado de β es mayor en la percepción de cercanía del hermano mayor en comparación con el menor. Esto indica que tiene mayor importancia y poder predictivo la calidez de la relación con el hermano mayor –en comparación con el menor-, posiblemente porque éste culturalmente se percibe como maestro, mentor, amigo (Craft-Rosenberg et al. 2011) y desempeña funciones en el apoyo, la protección y la guía de los menores (Enríquez, Arias et al., 2011). Estas cualidades del rol del hermano mayor son concordantes con las necesidades afectivas de las hermanas menores, por tanto, la figura del hermano mayor pudiera ser muy importante en términos afectivos y de apoyo, similar, al papel que desempeña la madre.

Por otro lado, para los varones es diferente. Para ellos, la percepción de una relación cercana con los hermanos predice la comunicación sexual con el padre –impacta en práctica parental y no en estilo como en las mujeres- (Figura 5). Para la muestra de varones se torna más congruente comprender este resultado en términos de las alianzas familiares (Minuchin, 1974).

Así, los hermanos pudieran aliarse entre ellos para iniciar conversaciones con el padre –quien tiende a hablar poco sobre estos temas en comparación con la madre- e involucrarlo en este tipo de charlas. En la opinión de Bank (1999 en Kowal & Blinn-Pike, 2004), las relaciones fraternas pueden generar un “efecto amplificador” en las interacciones entre padres e hijos, es decir, las relaciones



fraternas pueden mediar el impacto de los comportamientos paternos, como por ejemplo, la comunicación sexual parental (*cf.* Kowal & Blinn-Pike, 2004).

Sin embargo, para corroborar la hipótesis del “efecto amplificador fraterno” propuesto por Bank (1999 en Kowal & Blinn-Pike, 2004) y la hipótesis de la alianza familiar de Minuchin (1974) sería necesario evaluar la comunicación sexual fraterna, los comportamientos que los hermanos mayores y menores llevan a cabo para favorecer la inclusión del padre en las conversaciones sobre los temas sexuales y también considerar la influencia de las díadas fraternas por sexo (Diop-Sidibe, 2005; Widmer 1997).

En otro lugar (Enríquez & Robles, 2013) se muestran algunos análisis por diadas fraternas –con la misma muestra-, en donde se destaca que los varones que tienen un hermano mayor o menor y perciben a su hermano como cercano, son quienes hablan con mayor frecuencia con el padre sobre temas sexuales, en comparación con las diadas mixtas y de mujeres. De esta forma, el contexto fraterno pudiera tener mayor importancia para los varones en términos del apoyo y la ayuda entre varones para comunicarse con el padre (alianza), sin embargo, se requieren otros estudios para corroborar esta hipótesis.

8.3.1 Limitaciones de la investigación

La investigación presentó algunas limitaciones, las cuales se puntualizan y se exponen en dos categorías: a) metodológicas y b) estadísticas. A continuación se describen cada una de éstas.

8.3.1.1 Metodológicas

La primera limitación del estudio es de carácter instrumental. Al elegir algunos reactivos de las escalas originales para validarlas –solamente en algunos casos- y posteriormente construir versiones cortas de estos instrumentos de medición; el *alfa de Cronbach* se vio mermado debido a que este indicador se obtiene a partir de la adición de ítems para representar una dimensión de un constructo. Por tanto, a menor cantidad de reactivos menor contribución, consistencia entre los reactivos y menor representatividad del constructo a medir.



Afortunadamente, las dimensiones implicadas en los modelos de predicción estimados tienen α aceptables; sin embargo, para representar con mayor amplitud y consistencia el constructo de interés se debieron de haber utilizado otros criterios para seleccionar los reactivos o haber usado las escalas completas a pesar del tiempo limitado para la aplicación de la evaluación.

La segunda limitación es de orden temporal. La mayoría de los directivos de cada una de las carreras universitarias, apoyaron a la investigación cediendo una hora de clase –en promedio-, con lo cual se estuvo de acuerdo para no afectar el trabajo del docente y no alterar la programación de las actividades académicas de los estudiantes. Sin embargo, por la excesiva cantidad de reactivos que los estudiantes tenían que responder, la hora asignada a la evaluación resultó justa en tiempo, siempre y cuando los universitarios leyeran fluidamente y sin detenerse mucho para valorar sus respuestas. La presión del tiempo pudo haber jugado un papel importante en la forma de responder de los universitarios y en el hecho de no terminar completamente la evaluación, en consecuencia, se perdieron participantes por no cumplir con el criterio de inclusión respecto a llenar en su totalidad el cuadernillo de evaluación.

La tercera limitación es de carácter disposicional. Al tener una gran cantidad de reactivos, los universitarios pudieron decidir no participar en la investigación por los costos de tiempo implicados en contestar el cuadernillo de preguntas, lo cual afecta en la disminución del tamaño de la muestra. Pero quienes decidieron participar de forma voluntaria, en algunos casos, pudieron entrar en un estado de fatiga al responder todos y cada uno de los ítems, lo cual tiene consecuencias en la atención para leer y contestar los reactivos, así como en la motivación para responder (Meliá et al., 1990).

La sugerencia para evitar este tipo de limitantes metodológicas es: 1) evaluar con las escalas completas de medición –y no parciales o versiones cortas- el constructo de interés, 2) reducir el número de variables para programar y considerar el tiempo adecuado en la evaluación, 3) estas condiciones permitirían elevar la calidad de las medidas y elegir solamente algunas variables de interés, ya sea por subsistema o por relevancia, y 4) de esta forma, el modelo se podría



evaluar paulatinamente, lo cual requeriría planear múltiples estudios pero se solventarían este tipo de limitaciones.

Como puntualiza Bayés (1992), es indispensable llevar a cabo un gran esfuerzo destinado a conseguir el mejor conocimiento posible de las múltiples variables asociadas al comportamiento sexual de riesgo para prevenir el SIDA; así como al desarrollo de instrumentos de evaluación, fiables y válidos. Evaluar paulatinamente los factores implicados en este problema de salud, puede posibilitar el diseño de estrategias, programas y campañas generales de prevención, un mejor conocimiento y evaluación de los factores, proporcionando orientaciones útiles sobre los posibles caminos a seguir para suscitar cambios en los comportamientos sexuales de riesgo hasta donde sea posible, para tratar de conservar o mejorar la salud y evitar la enfermedad y alguna de sus secuelas.

En esta investigación se optó por evaluar en un solo estudio la relación de múltiples sistemas y sus variables, con lo cual, se brinda una interpretación global sobre cómo estos factores se encuentran relacionados para explicar el comportamiento sexual protegido.

Finalmente, la última limitación del estudio, se encuentra relacionada con el procedimiento de la selección de la muestra. El muestreo utilizado fue no aleatorio, intencionado y por oportunidad. Participaron universitarios solamente de aquellas dependencias en las cuales sus directivos aceptaron cooperar para la realización de la investigación; también, se aplicó la evaluación sólo en aquellos grupos en donde los profesores aceptaron ceder su hora de clase. Para balancear algunas características de los universitarios, se buscó que la muestra estuviera representada tanto por alumnos de las áreas de Ingeniería y Ciencias Físico Matemáticas, así como del campo de las Ciencias Sociales y Humanidades.

Sin embargo, entre los riesgos de utilizar un muestreo intencionado se encuentran: 1) la posibilidad de omitir características típicas de la población de interés –sesgo-, 2) tener una muestra poco semejante a la población meta, lo cual limita la generalización de los resultados porque la media muestral puede estar alejada de la media poblacional, y 3) esto afecta la distribución normal de los datos.



8.3.1.2 Estadísticas

Desde el punto de vista de Kotchick et al. (2001), una limitante se encuentra en el análisis de regresión lineal múltiple utilizado para estimar los modelos de predicción. En la opinión de estos autores, es necesario comenzar a construir modelos estadísticos que trasciendan el orden lineal inferior. En otras palabras, la regresión lineal múltiple no revela la existencia de factores mediadores, de covariaciones e incluso relaciones no lineales entre variables. Por tanto, estos autores consideran que para poder generar modelos globales, los cuales incluyan múltiples sistemas de influencia y sus efectos combinados en el comportamiento sexual de riesgo, es prioritario utilizar el Modelamiento de Ecuaciones Estructurales (*SEM* por sus siglas en inglés). Sin embargo, en el presente estudio se decidió no utilizar el SEM para la construcción de los modelos por las siguientes razones.

Primera razón; de acuerdo con Ruíz, Pardo y San Martín (2010), para utilizar el SEM, es primordial desde el punto de vista teórico, no excluir variables importantes para la explicación del fenómeno. Anteriormente se discutió como en el presente estudio se omitieron las variables motivacionales predictoras de la intención conductual –*error de especificación*–.

Segunda razón, el SEM permite confirmar la estructura de alguna teoría o modelo, el cual se utiliza para explicar un fenómeno particular. En este sentido, el SEM se centra en analizar procesos causales a través de una serie de estructuras o de regresiones lineales. Bajo esta lógica, se requiere previamente: 1) tener claridad en la teoría o modelo, y 2) tener suficiente evidencia empírica de la relación entre variables con el fenómeno de estudio. De esta manera, se puede establecer la direccionalidad, la covarianza y efectos combinados entre variables, tanto de forma directa como indirecta (Byrne, 2013).

Atendiendo a estos dos puntos, Minuchin (1974) nunca estableció un modelo gráfico en términos de variables y su direccionalidad. Más bien Minuchin (1974) y Minuchin y Fishman (2004) desarrollaron una descripción clara de cuáles son los elementos y procesos generales a considerar para llevar a cabo un análisis del sistema familiar en términos de la estructura y la funcionalidad. A partir



de estas descripciones desarrollaron tecnología social para flexibilizar algunas estructuras de la familia y así generar una readaptación de la familia –y sus integrantes- a una circunstancia en particular.

Si bien existen estudios de caso para ejemplificar el funcionamiento del modelo y sus categorías, más bien éstos han sido en el área de la psicología clínica. Por ejemplo, el MFE ha sido utilizado para incidir en problemas como divorcio (Abelsohn & Saayman, 1991; Emery & Dillon, 1994), drogadicción (Soria, Montalvo & González, 2004), trastornos de la alimentación (Bradley & Pauzé, 2008) o múltiples problemas de conducta (Minuchin, 2004; Minuchin & Fishman, 2004). Recientemente se han publicado algunos estudio (Mitrani, Feaster, McCabe, Czaja, & Szapocznik, 2005; Mitrani et al., 2006), los cuales buscan generar evidencia de cómo el MFE puede utilizarse en el campo de la psicología de la salud para explicar cómo el sistema familiar influye en el estado de salud del individuo.

En esta misma línea de pensamiento, esta propuesta del MFE no se ha vinculado aún con la explicación de las conductas sexuales de riesgo y/o prevención en universitarios, particularmente del comportamiento del uso consistente del condón. Por tanto, es imperante realizar investigación para explorar cómo algunas variables –propuestas en el presente estudio a partir de la revisión empírica- se ubican en cada una de las categorías de análisis que propone Minuchin (1974) y posteriormente analizar cómo éstas se relacionan en cada uno de los subsistemas para explicar la consistencia del uso del condón.

Lo anterior, pone de manifiesto la trascendencia de llevar a cabo estudios de orden lineal inferior –como los denomina Kotchick et al. (2001)- para inicialmente explorar las relaciones entre variables, así como los predictores en función de las categorías de análisis propuestas por el MFE; ello permitiría describir con más claridad los procesos familiares particulares que tienen mayor peso en la explicación de la conducta sexual protegida. Al obtener claridad en las relaciones entre variables, así como en los procesos familiares, se tiene la posibilidad de ir mejorando las medidas, de ir eliminando las variables sin poder



predictivo y establecer relaciones bidireccionales o covariaciones, lo cual permitiría tener condiciones propicias para analizar los datos con SEM.

Un ejemplo claro es el de las relaciones fraternas, es importante esclarecer la direccionalidad entre la cercanía fraterna y la comunicación sexual con padres, es decir, aclarar la bidireccionalidad o covariación entre estos elementos. La falta de investigación en torno a la influencia del sistema fraterno sobre el comportamiento individual requiere mayor comprensión; tal como lo señala Feinberg et al. (2013) y lo confirma el meta análisis realizado por Buist et al. (2013) al señalar como las relaciones entre hermanos han sido descuidadas por los científicos sociales y se les ha dado poca importancia aún cuando éstas impactan en la prevención de conductas de riesgo. De hecho, ni el modelo teórico multi-sistémico propuesto por Kotchick et al. (2001) considera este sistema de influencia sobre el comportamiento sexual protegido.

Si bien es acertada la crítica de Kotchick et al. (2001) sobre las limitantes de la regresión lineal múltiple, se debe de considerar que en el presente estudio: 1) las condiciones no eran las propicias para analizar los datos a través del SEM, 2) las regresiones lineales brindan mucha información para describir la relación entre variables y los predictores de los diferentes sistemas en un orden lineal, lo cual permite una primera aproximación al fenómeno de la conducta sexual protegida bajo la propuesta de Minuchin (1974), 3) también este tipo de análisis permite construir un diagrama de ruta o trayectoria inicial, el cual sirve como punto de partida para futuras investigaciones bajo este modelo, 4) estar conscientes de las limitaciones del análisis de datos, pero también de las condiciones del estudio, permite seleccionar los métodos más apropiados para analizar e interpretar los datos, y 5) finalmente, la regresión lineal múltiple permite ir refinando el modelo al seleccionar las variables en función de su poder predictivo y de la relevancia en la explicación y comprensión del fenómeno. Lo anterior favorece la construcción de una propuesta parsimoniosa y de menor complejidad y ambigüedad, para así, en un futuro, establecer las condiciones que permitan evaluar la propuesta del MFE con SEM, en el contexto particular de la conducta sexual protegida.



Finalmente, los resultados obtenidos con el análisis de regresión lineal múltiple y la discusión de los resultados, abren la senda para plantear nuevas preguntas de investigación en términos de los procesos familiares y la direccionalidad y covariación de algunas variables, lo cual sirve para plantear nuevos estudios para complementar, refinar y detallar el papel del contexto familiar en la conducta sexual protegida de jóvenes universitarios.

8.4 CONCLUSIONES GENERALES

La población estudiantil universitaria crece anualmente de forma significativa y se ha llegado a constituir como un sector representativo de la población mexicana. Este grupo poblacional se enfrenta a diversas situaciones de riesgo, que inherentemente forman parte del contexto universitario, como por ejemplo, conocer posibles compañeros sexuales, tener encuentros sexuales esporádicos o con múltiples parejas y a veces, la actividad sexual se lleva a cabo bajo los efectos del alcohol o estupefacientes y sin preservativo.

Los encuentros sexuales con parejas y amigos/as, son situaciones que no son ajenas a la realidad de los estudiantes universitarios debido a que una gran proporción de ellos, llega a la universidad con vida sexual activa (cf. Jiménez, 2010; Reyes & Robles, 2012). La experiencia sexual que tienen, es debido –en parte- a que la población mexicana está debutando sexualmente a edades más tempranas (Encuesta Nacional de Juventud, 2010); por tanto, tienen mayor experiencia sexual y probabilidad de haber tenido situaciones y prácticas sexuales de riesgo para cuando ingresan a la universidad.

Para conocer y describir los indicadores de riesgo sexual en este grupo particular, se tornó necesario evaluar el patrón de comportamiento sexual, el cual permite caracterizar las situaciones y comportamientos de los individuos, los cuales implican necesariamente diferentes niveles de exposición a un contagio potencial por ITS o VIH. De esta forma, el comportamiento se vuelve un componente que incrementa, merma o pone en riesgo la salud sexual del universitario. Además, conocer las situaciones y conductas implicadas en el acto de relacionarse sexualmente con una pareja, permite dar cuenta de cómo y bajo qué circunstancias las personas responden de forma riesgosa o preventiva.

Evaluar el patrón de comportamiento sexual de los universitarios, permitió elaborar un perfil de riesgo sexual, el cual indica que si bien este grupo de universitarios iniciaron su vida sexual con acciones preventivas, en la actualidad, tiene un perfil de riesgo, el cual se refleja en el alto índice de embarazos no planeados, en el desconocimiento de su estado serológico, en la frecuencia y diversidad de prácticas sexuales, pero el mayor de los riesgos se encuentra



principalmente en la inconsistencia en el uso del preservativo, independientemente de la práctica sexual. Debido a que el VIH se encuentra en el líquido preeyáculatorio, semen, sangre y fluidos vaginales, un solo encuentro sexual sin preservativo basta para quedar infectado de alguna ITS, o peor aún, de VIH; y los universitarios lo utilizan en poco más de la mitad de sus encuentros sexuales, exponiéndose considerablemente a un contagio.

De lo anterior, se desprende la importancia de diseñar programas de intervención dirigidos a mantener los comportamientos sexuales preventivos después del primer encuentro sexual. Asimismo, se tornan valiosos los estudios de corte longitudinal para dar cuenta de cómo los universitarios después de haber debutado sexualmente con comportamientos preventivos, fueron exponiéndose a situaciones de riesgo y llevando a cabo conductas con un nivel de riesgo sexual elevado. Este tipo de estudios permitiría responder a las preguntas ¿cuáles son los factores que contribuyen a la toma de decisiones para llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo? y ¿cuál es la secuencia cronológica de los acontecimientos que influyen en las conductas de riesgo sexual? (Kotchick et al., 2001).

Asimismo, se torna imperante trabajar en campañas de prevención y programas de intervención, los cuales tengan como base aquellos modelos de salud dirigidos al cambio conductual (*cf.* Noar, 2007), con el objetivo de incidir en conductas específicas en *pro* de su salud sexual, como por ejemplo, el comportamiento de realizarse una prueba de detección de bacterias, hongos o virus de carácter venéreo. Tener información sobre el estado de salud sexual actual daría la oportunidad a los universitarios de poder controlar y sobrellevar su situación de salud y la de su pareja a través de tratamientos farmacológicos. También, permitiría contar con la información necesaria para mejorar su calidad de vida y concientizar sobre los riesgos que implica relacionarse sexualmente con otra pareja. Igualmente, conocer el estado de salud sexual y reproductiva permite planear –si así se desea- una vida familiar con precauciones.

Asimismo, se debe hacer mención que durante mucho tiempo se le ha reconocido al sexo vaginal desprotegido como la principal vía de transmisión del VIH/SIDA y de las ITS, por tanto, la mayor parte de la información y las campañas



de prevención hacen referencia al contacto pene-vagina (*cf.* Houston et al., 2007), sin embargo, en el sexo oral y anal se corre el riesgo de infectarse de VIH si no se utiliza preservativo. Incluir en el análisis del comportamiento sexual de riesgo otras prácticas –anales y orales- es una forma de revalorar el riesgo al que se expone un individuo a partir de su comportamiento. Además, es imprescindible destacar dentro de las campañas de prevención, la información en torno al contagio y la prevención del VIH en las diferentes prácticas sexuales, con lo cual es imperante reforzar la difusión sobre la amplia gama de condones para cada una de las prácticas sexuales.

Para comprender este perfil sexual de riesgo, es importante considerar las diferencias de género, por encima de las relaciones y la estructura familiar. Los resultados mostraron que existe un perfil sexual diferenciado por sexo, es decir, los hombres y mujeres se exponen a riesgos diferentes. En los hombres, el riesgo principalmente se encuentra en la edad temprana del debut sexual, en la diversidad de prácticas –sexo anal y oral- y compañeros sexuales (novia, amiga, etcétera) y además tienen mayor número de parejas sexuales a lo largo de toda la vida. En las mujeres, si bien inician la vida sexual a edades más tardías, tienen menor diversidad de prácticas y pocos compañeros sexuales, el riesgo radica en la alta proporción de relaciones sexuales sin condón –en comparación con los varones-. Esto se refleja en los altos índices de embarazo, aborto e ITS de las universitarias, lo cual es un indicador de la inconsistencia del uso del condón y de la vulnerabilidad biológica y cultural de la mujer (*cf.* Del Río et al., 1995; Urzúa & Zúñiga, 2008).

Por tanto, se concluye que la cultura juega un papel fundamental en el comportamiento sexual de hombres y mujeres debido a las expectativas socioculturales de género (*cf.* Ortiz-Torres et al., 2008). Por ejemplo, en los varones se fomenta la permisividad sexual y no existe sanción social ni moral hacia su comportamiento, lo cual promueve comportamientos de riesgo que impactan negativamente en la salud sexual no solamente de ellos, sino también de sus parejas. Comprender estas diferencias de género abre la posibilidad de



interpretar la disparidad del patrón de comportamiento sexual entre hombres y mujeres.

Ante este contexto, el reto es diseñar programas de intervención para promover y fomentar el uso consistente del condón, donde se generen las condiciones necesarias para reposicionar a hombres y mujeres en torno a las estructuras ideológicas prevalecientes de la cultura mexicana. El cuestionamiento de los estereotipos de género tradicionales constituiría una condición inicial para posteriormente incidir en las variables psicosociales y conductuales asociadas al uso consistente del condón.

En este sentido, los resultados de los modelos de predicción –independientemente del sexo– perfilan variables que se deben de tomar en cuenta para incidir en la conducta de uso consistente del condón. Los modelos estimados sugieren la importancia de considerar la intención conductual de usar preservativo como una variable clave dentro de los programas de intervención dirigidos a la población universitaria, debido a que éste fue el único predictor director del uso consistente del condón. Es probable que por la formación académica y el nivel educativo de los universitarios, aunado a los estilos parentales democráticos de sus padres, quienes educan a sus hijos fomentando la razón como una forma de dirigir y controlar actividades concretas; se promueva y mantenga la intención conductual como un elemento previo a la acción de usar condón. Ahora, para impactar en la intención conductual, es necesario entrenar a la población universitaria con aquellas habilidades que predicen la intención conductual, es decir, se requiere enseñarlos a comunicarse sexualmente con su pareja y a negociar el condón a través del diálogo, de la argumentación, de la generación de alternativas para que ambas partes de la pareja ganen al protegerse sexualmente (estilo de negociación equidad-colaboración).

Se debe de recordar que los varones se comunican con menor frecuencia con la pareja y usan estilos de negociación basados en la acomodación y la evitación, los cuales se constituyen como estilos menos activos en comparación con las mujeres. Por tanto, es necesario fomentar en ellos un rol más activo en la



comunicación sexual con la pareja y en la negociación del condón, si es que se desea incidir en la intención conductual para usar preservativo.

También, se debe destacar el papel que juegan los conocimientos sobre el uso correcto del condón en hombres y mujeres, debido a que es la única variable diferente -del sistema individual- entre los modelos estimados por sexo. Para los varones, los conocimientos sobre el uso correcto del condón no son necesarios para comunicarse sexualmente con la pareja, sin embargo, en las mujeres sucede lo contrario. Para las chicas, conocer la forma correcta en la cual se utiliza un condón constituye una fuente de información que permite generar charlas con su pareja sobre aspectos relativos al sexo.

Al parecer, para las mujeres, la importancia de conocer cómo usar correctamente un condón, gira en torno de prevenir un embarazo por las consecuencias sociales. En este sentido, es necesario cambiar el enfoque y poner en claro que el condón no es un método anticonceptivo, sino un método de barrera, el cual protege de hongos, bacterias o virus de carácter venéreo, además de prevenir un embarazo. Por tanto, el contagio de alguna ITS o del VIH/SIDA puede constituirse como un agravante más allá del embarazo no planeado, lo cual justifica la necesidad de saberlo utilizar correctamente.

Cabe destacar que los modelos de predicción muestran que las variables ubicadas en el subsistema individual son las que tienen mayor influencia en el comportamiento sexual protegido en comparación con las variables de orden familiar. En otras palabras, el contexto familiar solamente media las variables conductuales y psicosociales asociadas al uso consistente del condón, a través de la relación con los padres y los hermanos. En este sentido, la investigación centrada en explicar y predecir la conducta sexual protegida, no ha errado la dirección de la investigación en torno a incidir en variables de orden individual (cf. Kotchick et al., 2001), sin embargo, incluir el contexto familiar dentro del análisis del comportamiento sexual, permite entender las condiciones en las cuales las variables psicosociales y conductuales asociadas al comportamiento sexual preventivo y/o de riesgo surgen y se mantienen.



Si bien, las variables pertenecientes al sistema individual que predicen la consistencia del uso del condón son similares entre hombres y mujeres –a excepción de los conocimientos sobre uso correcto del condón-, el contexto familiar se estructura de forma diferenciada por sexo pero en ambos casos, termina prediciendo la comunicación sexual con la pareja.

En el caso de las mujeres, es notorio el papel que juega la afectividad. Para ellas, el afecto en sus relaciones familiares se torna una condición necesaria para establecer relaciones cercanas con padres y hermanos. El afecto en el cual basan sus relaciones familiares favorece –en comparación con los varones- que hablen frecuentemente con sus padres sobre diferentes temas relativos al sexo, de hecho, la comunicación se torna un indicador de la calidad y el nivel de afecto entre padres e hijos según Riesch et al. (2003) y Martino et al. (2008). Además, el modelo estimado para las mujeres muestra como el contexto de relación y emocional que generan tanto el padre como la madre (estilos parentales), predice la comunicación sexual con éstos. Este tipo de relaciones estrechas se encuentran permeadas por los valores colectivistas de la cultura mexicana y por el rol tradicional femenino basado en el afecto, lo cual motiva las tareas de cuidado hacia los hermanos y la percepción de cercanía fraterna.

En el caso de los varones –igual que en las mujeres- la comunicación sexual con la madre juega un papel significativo; sin embargo, a diferencia de las mujeres, para los varones, percibir un padre con cualidades diferentes al estilo negligente –p. je. responsable, cercano, interesado y comprometido con las actividades que sus hijos realizan-, se torna significativo para que ellos se comuniquen sexualmente con su pareja. Aún así, la comunicación sexual con la madre tiene mayor poder explicativo en comparación con este estilo parental paterno, sin embargo, se debe destacar que el involucramiento del padre tiene mayor impacto en los varones a diferencia de las mujeres.

Asimismo, los hombres –en comparación con las mujeres- no requieren de un contexto emocional para comunicarse sexualmente con sus padres. Por tanto, para el caso de los varones, sería más importante entrenar a los padres en habilidades de comunicación, para que éstos puedan dialogar con sus hijos; y en



el caso de las mujeres, la intervención debería de ir dirigida a mejorar las relaciones familiares para favorecer la comunicación sexual con ambos padres. En el caso de los hermanos, la cercanía fraterna incide sobre la comunicación sexual con el padre, es decir, para los varones, la percepción de afecto y la red de apoyo de los hermanos impacta positivamente en la apertura de vías de comunicación con el padre.

De esta forma, a partir del contexto familiar para hombres y mujeres se despareden tres conclusiones generales:

Primera. Tanto para hombres como para mujeres, la comunicación sexual con la madre resulta un punto nodal en la comprensión sobre cómo el ambiente familiar influye sobre las variables de carácter individual asociadas al comportamiento sexual protegido. La comunicación sexual con la madre se constituyó como un puente entre el contexto familiar y el sistema individual, impactando directamente en la frecuencia de la comunicación sexual con la pareja. Así, la madre se encuentra en una excelente posición para hablar con sus hijos sobre diversos temas sexuales; su rol afectivo y el estilo democrático que le caracteriza -en esta muestra-, favorece la apertura de vías de comunicación. Además, podría constituirse como un modelo parental, a quien se observa y se imita para aprender estilos y estrategias de comunicación con la pareja. Por tanto, es fundamental promover la comunicación sexual materna independientemente del sexo de los hijos. Para lograr este objetivo, se torna necesario el entrenamiento en habilidades de comunicación sexual para las madres, lo cual ayudará a consolidar los comportamientos necesarios para establecer una fluida y adecuada comunicación sexual con sus hijos/as.

Segunda. Respecto al papel del padre, éste cobra sentido en relación con la madre. Ya se discutió como las madres pueden llegar a gestionar y modular la interacción entre padres e hijos, como por ejemplo, la comunicación sexual entre padres-varones e hijos/as. De esta forma, la madre promueve y fomenta el involucramiento paterno con los hijos, lo cual se torna de mayor trascendencia para los hijos varones de acuerdo con los modelos de predicción. Asimismo, la madre también puede involucrar al padre en las tareas del hogar, con lo cual se



está favoreciendo el cuestionamiento de estereotipos tradicionales de género (cf. Esteinou, 2008).

En este contexto, se torna importante desarrollar programas para fomentar el involucramiento paterno con los hijos. Lo anterior sería más conveniente si: 1) por un lado se trabaja con las creencias, actitudes y percepciones de las madres sobre el rol tradicional paterno para evitar inhibir la participación del padre y por el contrario, que ellas fomenten las relaciones entre padres e hijos, y 2) incidir sobre las competencias del padre para el cuidado y crianza de los hijos, en la identidad paterna basada en el compromiso y en el cuestionamiento de los estereotipos de género y parentales, en donde en la medida en que los varones se involucren en las tareas de cuidado y crianza de los hijos, generarán relaciones más equitativas con sus esposas, lo cual promueve junto con el nivel educativo, reposicionarse ante los mandatos culturales de lo que implica ser un padre/esposo y una madre/esposa. En conclusión, involucrar a los padres con sus hijos se torna un punto clave, debido a que son uno de los principales agentes de socialización sexual.

Tercera. En torno a la relación con los hermanos, la percepción de cercanía fraterna es un predictor de la comunicación sexual con los padres, en varones, y del estilo parental democrático, en mujeres. El resultado obtenido puede entenderse desde la relación bidireccional entre los procesos fraternos y los parentales (cf. Brody, 1998; Milevsky et al., 2011). La forma de interpretar estos resultados abre dos líneas a investigar: a) la hipótesis de la congruencia familiar (cf. Oliva & Arranz, 2005; Seginer, 1998), y b) la hipótesis de las alianzas familiares (Minuchin, 1974).

La *hipótesis de la congruencia familiar* es más adecuada para la explicación del grupo de mujeres. Para ellas, el afecto de la familia es fundamental para entablar comunicación sexual tanto con la madre como con la pareja. Desde el MFE los diferentes sistemas familiares se encuentran íntimamente relacionados y el cúmulo de conexiones funcionales entre las distintas partes del sistema familiar apoyan o desvirtúan el funcionamiento de éste (Gracia & Musitu, 2000). Por tanto, si las mujeres perciben afecto por parte de sus padres, seguramente percibirán



relaciones similares con sus hermanos. Estas condiciones afectivas en los diversos subsistemas, favorecen las vías de comunicación con los padres y con la pareja. En este sentido, la hipótesis de la congruencia familiar o también llamada de la *similitud familiar*, son útiles para comprender por qué las relaciones basadas en el afecto y el apoyo son semejantes entre el subsistema parental y el fraterno.

Al parecer, las mujeres tienden a hacer una mayor inversión emocional en las relaciones familiares porque su identidad depende mucho de éstas (cf. Oliva & Arranz (2005). Así, la calidad y cercanía de las relaciones fraternas podría constituirse como un indicador de las relaciones estrechas y basadas en el afecto mutuo dentro de la familia –por eso la cercanía fraterna predice el estilo parental democrático-, donde los valores colectivistas centrados en el amor y el apoyo son un pilar en la educación familiar para las mujeres.

En el caso de los varones, se torna más propicio considerar la teoría de la *alianza familiar*. Para los varones, la cercanía fraterna puede ser más importante en términos del apoyo –más que el afecto-, por este motivo no predice estilos parentales como en el caso de las mujeres. En el caso de los hombres, la cercanía fraterna pudiera convertirse en una condición necesaria para formar una alianza con el objetivo de brindar soporte emocional en situaciones de tensión y conflicto, como por ejemplo, cuando padres e hijos tienen que hablar sobre temas difíciles y cargados de emoción, como la sexualidad (cf. Goetting, 1986). En este sentido, los varones pudieran apoyarse entre sí, para ayudarse y abrir canales de comunicación con los padres, lo cual constituiría una forma de expresar el afecto y la cercanía entre ellos. Sin embargo, es menester realizar más estudios para investigar las acciones particulares que los hermanos llevan a cabo para generar alianzas, y cómo éstas se vinculan con la percepción de la cercanía fraterna.

De esta forma, se concluye que las diferencias en las relaciones familiares y con la pareja entre hombres y mujeres, necesariamente lleva a pensar en las formas en las cuales los padres socializan e influyen en las expectativas en torno al género en sus hijos. Si bien existe en ambos sexos una visión poco estereotipada de género –desacuerdo con el machismo y marianismo-, se siguen fomentando cualidades tradicionales en el género femenino, las cuales se



encuentran muy arraigadas a nivel cultural, por ejemplo, el rol afectivo femenino y la necesidad de expresar a través del diálogo sus sentimientos y necesidades, y en el caso de los varones, se torna notorio que son educados no para invertir en sus relaciones interpersonales, afectivas y familiares.

Sin embargo, a pesar de encontrar estas cualidades tradicionales de género muy arraigadas en la cultura, también es importante destacar que la visión estereotipada del hombre dominante y la mujer sumisa se ha ido transformando. En los resultados de la presente investigación se refleja esta transformación en diversas variables. Por ejemplo, la mujer se comienza a posicionar frente a la pareja con un rol más activo para cuidar su salud; propone, argumenta, habla, expone y busca las maneras de protegerse de alguna ITS/VIH/SIDA o de un embarazo no planeado (estilo de negociación equidad-colaboración). Lo anterior puede interpretarse como un deslizamiento hacia la deconstrucción del estereotipo de género femenino.

Complementariamente para los varones, ellos comienzan a vislumbrar un panorama equitativo con el sexo opuesto; asimismo, el hecho de ajustarse a las decisiones de su pareja para protegerse sexualmente –estilo de negociación de acomodación- es un indicador del reconocimiento y aceptación masculina en torno a la decisión femenina de prevenir alguna consecuencia derivada del sexo desprotegido. En décadas anteriores, el estereotipo masculino tradicional prescribía la imposición del hombre y éste pasaba por encima de las necesidades y puntos de vista de la mujer, para ejercer un poder incuestionable (*cf.* Díaz-Guerrero, 1994), pero en esta muestra de universitarios, los estereotipos de género no se perciben rígidos.

Lo anterior conlleva a destacar la importancia de la educación familiar a través de las relaciones cotidianas con los padres y hermanos. Las condiciones del contexto familiar permiten cuestionar mandatos culturales tradicionales al observar madres involucradas en ámbitos que antes eran exclusivamente de los varones –ámbito laboral- y viceversa; los universitarios conviven con los padres en la medida que estos desempeñan un rol afectivo y de cuidado hacia los hijos, lo cual mina el estereotipo tradicional del varón y el padre.



Por tanto, la educación de los hijos es un primer elemento en el reposicionamiento y cuestionamiento de los roles de género, pero también se debe poner atención a la observación, la imitación y a las relaciones con los padres, las cuales fungen como matrices de aprendizaje para fomentar comportamientos alternativos y más equitativos para relacionarse con el sexo opuesto, principalmente en los varones.

De esta forma, las relaciones parentales se convierten en un punto clave en el cuestionamiento de los estereotipos tradicionales de género, por lo cual es indispensable promover: a) relaciones equitativas entre padres, b) involucramiento afectivo y tareas de crianza en varones, c) involucramiento de las mujeres en tareas tradicionalmente asignadas a los hombres, y d) actividades parentales que impliquen negociación y equidad para solucionar un problema. Lo anterior, con el objetivo de promover modelos parentales con relaciones más equitativas y colaborativas, con el propósito de impactar en el cuestionamiento de los estereotipos de género, que como se ha discutido, impacta tanto en el patrón de comportamiento sexual como en las formas de socializar sexualmente a los hijos.

En torno a las conclusiones relativas del modelo utilizado en la presente investigación, se puede concluir que el MFE de Minuchin (1974) permitió tener un marco de referencia para organizar los elementos estructurales de una familia y analizar las relaciones al interior de ésta. Utilizar este modelo para interpretar cómo el contexto familiar influye en las variables psicosociales y conductuales relacionadas con la consistencia del uso del condón, tiene algunas ventajas:

- a) Permite conceptualizar a la familia como un sistema, por tanto, brinda orden en términos de cómo se organizan y constituyen las partes –sistema individual, fraterno, parental y cultural- para comprender el funcionamiento familiar.
- b) Posibilita analizar a la familia como una estructura, la cual está conformada tanto por relaciones familiares, como por variables sociodemográficas (individuales, parentales y fraternas). Estos elementos en conjunto permiten describir el contexto familiar en el cual el individuo se desarrolla, así como las formas de relacionarse con cada uno de los integrantes de la familia en ese contexto.



- c) Ubica y organiza las relaciones familiares en cada uno de los subsistemas de la familia a partir de los patrones socioculturales dictados por cada cultura. Lo anterior permite incluir al análisis de las relaciones familiares, las demandas y prescripciones propias de la cultura mexicana, las cuales son imprescindibles para comprender tanto el patrón de comportamiento sexual como las formas de criar y educar a los hijos. Al incluir estos patrones socioculturales, es posible analizar las demandas y expectativas sociales de cada uno de los integrantes de la familia a partir del rol familiar – padre/madre, esposo/esposa, hermano/a mayor/menor-, lo cual permite comprender lo que se espera de cada uno de éstos y como los individuos quienes asumen este rol deben de relacionarse con otros según los cánones culturales.
- d) Destaca el estrecho nexo entre el proceso de socialización y el comportamiento individual. Cada subsistema –con sus integrantes y sus roles- tiene una función diferenciada a partir de las expectativas socioculturales. De esta forma, cada integrante del sistema familiar y cada subsistema tiene una función dirigida hacia la socialización del individuo y a la estabilización de la personalidad adulta (Gracia & Musitu, 2000).
- e) Finalmente, favorece conjugar el contexto sociocultural –demandas y expectativas de género y de los roles familiares- con las diferentes partes constitutivas del sistema familiar –sistema individual, fraterno, parental y cultural, características sociodemográficas y relaciones familiares-, lo cual en conjunto conforman un marco de análisis para explicar el comportamiento sexual del individuo. El MFE tiene como categoría teórica, el sistema individual, el cual incluye al concepto de *sí mismo* dentro de su contexto y contiene los determinantes personales e históricos del individuo. En este subsistema se pueden ubicar las variables psicosociales y conductuales mediadoras y predictoras de la consistencia del uso del condón. Esta es una cualidad importante del modelo porque permite la inclusión de variables de múltiples modelos cognitivos sociales. Así, el MFE no se encuentra en discordia con los avances obtenidos con otros modelos



que buscan explicar y predecir la consistencia del uso del condón. Por el contrario, este modelo posibilita generar la descripción del contexto familiar con el objetivo de entender las condiciones en las cuales las variables psicosociales y conductuales asociadas al comportamiento sexual preventivo y/o de riesgo surgen y se mantienen.

Por último, es importante destacar que el MFE como lo propone Minuchin (1974) incluye un subsistema conyugal conformado por el rol de esposo(a) o concubino(a) y tiene como función generar un espacio psicosocial propio y constituirse como un sostén emocional para ambos miembros de la pareja. Este subsistema no fue evaluado en el presente estudio debido a la gran cantidad de variables incluidas en los análisis de predicción y a los múltiples reactivos de cada uno de los instrumentos de evaluación. Por tanto, se recomienda en estudios futuros, evaluar el subsistema conyugal en relación a los subsistemas parental, fraterno e individual.

La importancia de evaluar el sistema conyugal radica en que existe evidencia (Capítulo 3) que muestra cómo cuando se percibe en la pareja satisfacción conyugal y los niveles de conflicto marital son bajos, surge una condición importante para un adecuado funcionamiento del subsistema conyugal, el cual, de forma indirecta afectará positivamente la relación con los hijos. Por el contrario, conflictos e insatisfacción marital se traduce en consecuencias negativas al ejercer prácticas y estilos parentales.

Finalmente, caracterizar a las familias –como se hizo en el presente estudio- se convierte en una descripción amplia sobre la tendencia general en esta muestra de universitarios. Sin embargo, se debe estar consciente de que análisis más precisos pudieran revelar diferencias más puntuales y precisas incluso al interior de este tipo de familias.

Por último, la investigación presentada muestra la complejidad de analizar el sistema familiar y su impacto en el comportamiento sexual. El estudio realizado, muestra una alternativa –de un modelo teórico particular- para conceptualizar el contexto familiar y cómo éste tiene influencia en variables psicosociales y conductuales vinculadas a la consistencia en el uso del condón. Sin embargo, la



mejor manera de examinar ésta y otras propuestas, es a través de futuras investigaciones, en las cuales se busquen patrones de relación familiar similares o discordantes a los reportados en el presente estudio; además de la imperante necesidad de generar discusiones y críticas constructivas –a partir de los datos empíricos- sobre las aportaciones de los modelos familiares en el campo de la salud sexual, particularmente, en la explicación y predicción del comportamiento sexual protegido.

REFERENCIAS

- Abelsohn, D., & Saayman, G. (1991). Adolescent adjustment to parental divorce: An investigation from the perspective of basic dimensions of Structural Family Therapy Theory. *Family Process*, 30(2), 177-191.
- Ackerman, N. W. (1988). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Agadjanian, V. (2005). Gender, religious involvement, and HIV/AIDS prevention in Mozambique. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1529-1539.
- Aguilar, J., Sarmiento, C., Valencia, A., & Romero, P. (2007). Relaciones de bienestar y la salud percibida con los estilos parentales, la armonía interpersonal y la autoestima. En J. Aguilar, A. Valencia, & Sarmiento C. (Eds.), *Relaciones familiares y ajuste personal escolar y social en la adolescencia* (pp. 59-77). *Investigaciones entre estudiantes de escuelas públicas*. México D.F.:Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Aguilar, J., Valencia, A., & Romero, P. (2007). Impacto de los estilos parentales sobre el ajuste personal, escolar y social entre estudiantes de bachillerato. En J. Aguilar, A. Valencia, & Sarmiento C. (Eds.), *Relaciones familiares y ajuste personal escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de escuelas públicas* (pp. 17-36). México D.F.:Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Aguilar, J., Valencia, A., Martínez, M., Romero, P., & Lemus, L. (2007). Impacto de los estilos parentales sobre el ajuste personal, escolar y social entre estudiantes universitarios. En J. Aguilar, A. Valencia, & Sarmiento C. (Eds.), *Relaciones familiares y ajuste personal escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de escuelas públicas* (pp. 37-57). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Aguilar, J., Valencia, A., Sarmiento, C., & Cázares, A. (2007). Validez relativa del enfoque de Buri y el de Lamborn y cols. para evaluar los estilos parentales. Percepciones del control parental. En J. Aguilar, A. Valencia, & Sarmiento C. (Eds.), *Relaciones familiares y ajuste personal escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de escuelas públicas* (pp. 79-105). México D.F.:Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Ajzen, I. (1985). From intention to action: A theory of planned behavior. En: J. Kul, & J. Beckmann (Eds.), *Action control: from cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin: Springer-Verlag.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New York: Prentice-Hall.
- Albarracín, D., Johnson, B., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1), 142-161.
- Alcarraz, C., Arias, K., Peña, C., Ventura, J., & Calle, M. (2008). Factores asociados a la realización de una prueba de detección de VIH en estudiantes universitarios. *Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, 13(2), 53-61.



- Allen, S. M., & Hawkins, A. J. (1999). Maternal gatekeeping: Mothers' beliefs and behaviors that inhibit greater father involvement in family work. *Journal of Marriage and Family*, 61(1), 199-212.
- Álvarez, M., Mauricci, A., & Muzzo, S. (1990). Información sexual de los adolescentes según sexo. *Revista Chilena de Pediatría*, 61(2), 102-108.
- Amato, P. R. (1986). Marital conflict, the parent-child relationship, and child self-esteem. *Family Relations*, 35(3), 403-410.
- Ambert, A. M. (2001). *Families in the new millennium*. United States: Allyn & Bacon.
- Andrade, P., Betancourt, D., & Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.
- Antona, A., Madrid, J., & Aláez, M. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 45-53.
- Arden, M. A., & Armitage, C. J. (2008). Predicting and explaining Transtheoretical Model stage transitions in relation to condom-carrying behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 13(4), 719-735.
- Bailey, S., Camlin, C., & Ennett, S. (1998). Substance use and risky sexual behavior among homeless and runaway youth. *Journal of Adolescent Health* 23(6), 378-388.
- Bailón, E., Coutado, A., González, I., Fuentes, M., & López, A. (2001). Actividades preventivas en la mujer. *Atención Primaria*, 28(2), 181-218.
- Banco Mundial (2013a). Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer). Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN/countries/1W?display=default>
- Banco Mundial (2013b). Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (% de mujeres entre 15 y 49 años). Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CONU.ZS/countries/1W?display=default>
- Banco Mundial (2013c). Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos). Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>
- Banco Mundial (2013d). Embarazadas que reciben atención médica prenatal (%). Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.ANVC.ZS/countries/xj?display=graph>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1994). Social Cognitive Theory and exercise of control over HIV infection. En R. DiClemente, & J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 62-72). New York: Plenum Press.
- Bárcena, G. S., Rendón, R. G., & Robles, M. S. (2011). Factores asociados a la conducta sexual protegida: una revisión. En R. Díaz-Loving, & S. Robles Montijo (Eds.), *Salud y Sexualidad* (pp. 5-47). México D.F.: UNAM, FES



- Iztacala, Asociación Mexicana de Psicología Social, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Bárcena, S., & Rendón, G. (junio, 2011). Comunicación sobre temas sexuales con papá, mamá y pareja en adolescentes. Trabajo presentado en el XXXIII Congreso Interamericano de Psicología, Medellín, Colombia. *Memorias en extenso*, 428.
- Bárcena, S., & Robles, S. (2012). Análisis de variables precursoras de la conducta sexual protegida a partir del Modelo Integral. En: Díaz-Loving, R, Rivera-Aragón, S. & Reyes-Lagunes, I. (editores), *La Psicología Social en México*, Volumen XIV (pp. 255-260), México, AMEPSO, Universidad Autónoma de Nuevo León, UNAM.
- Bárcena, S., & Robles, S. (julio, 2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. Trabajo presentado en el XXXIV Congreso Interamericano de Psicología, Brasilia, Brasil. *Memorias en extenso*, 204.
- Bárcena, S., Robles, S., & Díaz-Loving, R. (2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 956- 968.
- Barranco, M. (octubre, 2012). Conducta de riesgo y su percepción en estudiantes universitarios de nuevo ingreso. Trabajo presentado en el XX Congreso Mexicano de Psicología y III Congreso Iberoamericano de Psicología y Salud, Campeche, Campeche. *Memorias en extenso*, 1320-1322.
- Bastien, S., Kajula, L. J., & Muhwezi, W. W. (2011). A review of studies of parent-child communication about sexuality and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health*, 8(1), 1-17.
- Bauman, L. J., Karasz, A., & Hamilton, A. (2007). Understanding failure of condom use intention among adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 22(3), 248-274.
- Baumer, E. P., & South, S. J. (2001). Community effects on youth sexual activity. *Journal of Marriage and Family*, 63(2), 540-554.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamental*, 0(1), 33-50.
- Bellido, M., & Montealegre, G. (2006). Consideraciones generales en la elaboración y aplicación de instrumentos de evaluación del aprendizaje. En: M. Bellido (Coord.), *Diseño de instrumentos de evaluación del aprendizaje* (pp. 11-16). Estado de México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-UNAM.
- Ben Natan, M., Danilov, S., & Evdokimovitz, Y. (2010). Predictors of condom use among Israeli soldiers. *American Journal of Men's Health*, 4(3), 250-257.
- Bertrando, P., & Toffaneti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. España: Editorial Paidós.
- Bisin, A., & Verdier, T. (2011). The economics of cultural transmission and socialization. En J. Benhabib, A. Bisin, & M. O. Jackson (Eds.), *Handbook of Social Economics*, (Vol. 1A, pp. 339-416). North-Holland: Elsevier B. V.
- Boislard P., & Poulin, F. (2011). Individual, familial, friends-related and contextual predictors of early sexual intercourse. *Journal of Adolescence*, 34(2), 289-300.



- Bosompra, K. (2001). Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: An application of the Theory of Reasoned Action. *Social Science & Medicine*, 52(7), 1057-1069.
- Bradley, M. F., & Pauzé, R. (2004). Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence. *Thérapie Familiale*, 43(4), 374-379.
- Brody, G. H. (1998). Sibling relationship quality: Its causes and consequences. *Annual Review of Psychology*, 49, 1-24.
- Brody, S. (1995). Lack of evidence for transmission of human immunodeficiency virus through vaginal intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 24 (4), 383-393.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Brooks, R. A., Etzel, M. A., Hinojos, E., Henry, Ch. L., & Pérez, M. (2005). Preventing HIV among Latino and African American gay and bisexual men in a context of HIV-related stigma, discrimination, and homophobia: Perspectives of providers. *AIDS Patient Care STDS*, 19(11), 737-744.
- Brown, J. L., & Vanable, P. A. (2007). Alcohol use, partner type, and risky sexual behavior among college students: Findings from an event-level study. *Addictive Behaviors*, 32(12), 2940-2952.
- Bryan, A., Kagee, A., & Broaddus, M. (2006). Condom use among South African adolescents: Developing and testing theoretical models of intentions and behavior. *AIDS and Behavior*, 10(4), 387-397.
- Bryan, A., Schindeldecker, M. S., & Aiken, L. S. (2001). Sexual self-control and male condom-use outcome beliefs: Predicting heterosexual men's condom-use intentions and behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(9), 1911-1938.
- Buehler, C., & Gerard, J. M. (2002). Marital conflict, ineffective parenting, and children's and adolescents' maladjustment. *Journal of Marriage & Family*, 64(1), 78-92.
- Buhi, E. R., & Goodson, P. (2007). Predictors of adolescent sexual behavior and intention: A theory-guided systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 40(1), 4-21.
- Buist, K. L., Deković, M., & Prinzie, P. (2013). Sibling relationship quality and psychopathology of children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 97-106.
- Byrne, B. M. (2013). *Structural Equation Modeling with EQS: Basic concepts, applications, and programming*. New York: Psychology Press, Taylor & Francis Group.
- Cabrales, J., Sánchez, J., & Guzmán, J. (octubre, 2013). Análisis de conocimientos y conductas sexuales, en estudiantes de la UABJ, Campus Tijuana. Trabajo presentado en el XX Congreso Mexicano de Psicología, Guadalajara, Jalisco. *Memorias en extenso*, 1672-1676.
- Cabrera, A., Olvera, M., & Robles, S. (2006). Entrenamiento en el uso correcto del condón y su relación con la autoeficacia percibida para usarlo. En: R. Sánchez-Aragón, R. Díaz-Loving, & S. Rivera-Aragón (Eds.) *La Psicología*



- Social en México*, Vol. XI (pp. 205-211). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Cabrera-García, V. E., Guevara-Marín, I. P., & Barrera-Currea, F. (2006). Relaciones maritales, relaciones paternas y su influencia en el ajuste psicológico de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 115-126.
- Campione-Barr, N. (2011). Sibling conflict. En M. Craft-Rosenberg & S. Pehler (Eds.), *Encyclopedia of family health* (pp. 949-951). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Cañizo, E., & Salinas, F. (2010). Conductas sexuales alternas y permisividad en jóvenes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2), 285-309.
- Casique, I. (2008). Participación en el trabajo doméstico de hombres y mujeres en México. *Papeles de Población*, 14(55), 173-200.
- Catania, J., Kegeles, S., & Coates, T. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education*, 17(1), 53-72.
- Cedillo, C. (septiembre, 2012). De prácticas sexuales orales en estudiantes de universidad pública y privada. Trabajo presentado en el XIV Congreso Mexicano de Psicología Social y VI Congreso Internacional de Relaciones Personales. *Memorias en extenso*, 6.
- Central Intelligence Agency (CIA, 2012). The world factbook. Recuperado de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/xx.html>
- Cianelli, R., Ferrer, L., & McElmurry, B. J. (2008). HIV prevention and low-income Chilean women: Machismo, marianismo and HIV misconceptions. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 10(3), 297-306.
- Cicirelli, V. G. (1994). Sibling relationships in cross-cultural perspective. *Journal of Marriage and Family*, 56(1), 7-20.
- Claire, E. S., Hugh, K., & Kirk, W. E. (2003). Perceived condom use self-efficacy among at-risk women. *AIDS and Behavior*, 7(2), 175-182.
- Cleveland, H. H., & Gilson, M. (2004). The effects of neighborhood proportion of single-parent families and mother-adolescent relationships on adolescents' number of sexual partners. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(4), 319-329.
- Climent, G. (2009). Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. *Revista Argentina de Sociología*, 7(13), 186-213.
- Coltrane, S., Parke, R., Schofield, T., Tsuha, S., Chavez, M., & Lio, S. (2008). Mexican american families and poverty. In D. Crane, & T. Heaton (Eds.), *Handbook of families & poverty* (pp. 161-181). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Consejo Nacional de los Derechos Humanos del Distrito Federal (2008). Derechos de la comunidad LGBTTT. *DFensor*, 5, 30-36.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010). La situación actual de los jóvenes en México. *Serie de Documentos Técnicos*. Recuperado de http://www.portal.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=446&Itemid=15



- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2004). Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7609.pdf>
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2005). Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2005. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2010). El VIH/SIDA en México 2010. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/elvihsida_mexico2010.pdf
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2011). El VIH/SIDA en México 2011. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vihsidaenmexico2011.pdf>
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2012a). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de Junio del 2012. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida_vih30junio2012pub2.pdf
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2012b). Informe de rendición de cuentas 2006-2012. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/interior/transparencia/IRC_CENSIDA.pdf
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2013). CENSIDA informa. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/Censidainforma.pdf>
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual Moderno.
- Corby, N. H., Jamner, M. S., & Wolitski, R. J. (1996). Using the Theory of Planned Behavior to predict intention to use condoms among male and female injecting drug users, *Journal of Applied Social Psychology*, 26(1), 52-75.
- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2002). Interventions as tests of family systems theories: Marital and family relationships in children's development and psychopathology. *Development & Psychopathology*, 14(4), 731-759.
- Craft-Rosenberg, M., Montgomery, L. A., Hill, J., Kauder, J., & Eisbach, S. (2011). Sibling death/loss. En M. Craft-Rosenberg, & P. Shelley-Rae Pehler (Eds.), *Encyclopedia of Family Health* (pp. 951-957). Thousand Oaks, USA: SAGE Publications.
- Crepaz, N., & Marks, G. (2003). Serostatus disclosure, sexual communication and safer sex in HIV-positive men. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 15(3), 379-387.
- Crockenberg, S. C., Leerkes, E. M., & Lekka, S. K. (2007). Pathways from marital aggression to infant emotion regulation: The development of withdrawal in infancy. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 97-113.
- Cruz, G. (10 de enero de 2013). América Latina, donde se realizan más abortos inseguros; debe de garantizarse acceso a anticonceptivos: ONU. Cimacnoticias. Recuperado de <http://www.m-x.com.mx/2013-01-10/america->



- latina-donde-se-realizan-mas-abortos-inseguros-debe-garantizarse-acceso-a-anticonceptivos-onu/
- Cruz, G. (6 de agosto de 2012) Sin avances, reducción de embarazos no deseados en México. *Revista Proceso*. Recuperado de <http://www.proceso.com.mx/?p=316265>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- Davis, E. C., & Friel, L. V. (2001). Adolescent sexuality: Disentangling the effects of family structure and family context. *Journal of Marriage and Family*, 63(3), 669-681.
- Davis, P. (1974). Contextual sex-saliency and sexual activity: The relative effects of family and peer group in the sexual socialization process. *Journal of Marriage and Family*, 36(1), 196-202.
- de Franciso, A., Dixon-Mueller, R., & d'Arcangues, C. (2007). Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/2940286507_spa.pdf
- De la Paz, M., & Salles, V. (2006). Los vaivenes de la conyugalidad. En R. Esteinou (Ed.), *Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México* (pp. 385-436). México D.F.:Publicaciones de la Casa Chata.
- de Leeuw, R. N. H., Snoek, H. M., van Leeuwe, J. F. J., van Strien, T., & Engels, R. C. M. E. (2007). Similarities and reciprocal influences in eating behavior within sibling pairs: A longitudinal study. *Eat behavior*, 8(4), 464-473.
- De Vicente-y-Oliva, M., & Manera-Bassa, J. (2003). El análisis factorial por componentes principales. En: J. Lévy, & J. Varela (Coords.), *Análisis multivariable para las Ciencias Sociales* (pp. 327-360). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- De Visser, R. O., Smith, A. A., Richters, J., & Rissel, C. E. (2007). Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of Australian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 36(1), 33-46.
- Del Río, A., Liguori, A., Magis, C., Valdespino, J., García, M., & Sepúlveda, J. (1995). La Epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. *Salud Pública de México*, 37 (6), 581-591.
- Dettmer, J. (2003). Ciencia, tecnología e ingeniería. *Revista de la Educación Superior*, 32(4), 81-93.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). *Psicología del mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología*. México: Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. (1995). Una aproximación científica a la etnopsicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(3), 359-389.
- Díaz-Loving, R., & Robles, S. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 215-228.
- DiClemente, R. J. (1991). Predictors of HIV-preventive sexual behavior in a high-risk adolescent population: The influence of perceived peer norms and sexual communication on incarcerated adolescents' consistent use of condoms. *Journal Adolescent Health*, 12(5), 385-390.



- DiClemente, R. J., Salazar, L. F., & Crosby, R., A. (2007). A review of STD/HIV preventive interventions for adolescents: Sustaining effects using an ecological approach. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(8), 888-906.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S, Hook, E. W., & Oh, M. K. (2001). Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics, 107*(6), 1363-1368.
- DiClemente, R., & Wingood, G. (1995). A randomized controlled trial of an HIV sexual risk reduction intervention for young African-American women. *Journal of the American Medical Association, 274*(16), 1271-1276.
- Dilorio, C., Kelley, M., & Hockenberry-Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: Mother, fathers and friends. *Journal of Adolescent Health, 24*(3), 181-189.
- Diop-Sidibe, N. (2005). Siblings' premarital childbearing and the timing of first sex in three major cities of Cote d'Ivoire. *International Family Planning Perspectives, 31*(2), 54-62.
- Donenberg, G. R., Wilson, H. W., Emerson, E., & Bryant, F. B. (2002). Holding the line with a watchful eye: The impact of perceived parental permissiveness and parental monitoring on risky sexual behavior among adolescents in psychiatric care. *AIDS Education and Prevention, 14*(2), 138-157.
- Doval, A. S., Duran, R., O'Donnell, L., & O'Donnell, C. R. (1995). Barriers to condom use in primary and nonprimary relationships among hispanic STD clinic patients. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 17*(3), 385-397.
- Duffy, L. (2005). Culture and context of HIV prevention in rural Zimbabwe: The influence of gender inequality. *Journal Transcultural Nursing, 16*(1), 23-31.
- Dwairy, M., & Menshar, K. E. (2006). Parenting style, individuation, and mental health of Egyptian adolescents. *Journal of Adolescence, 29*(1), 103-117.
- East, P. L. (1996). Do adolescent pregnancy and childbearing affect younger siblings?. *Family Planning Perspectives, 28*(4), 148-153.
- East, P. L., & Kiernan, E. A. (2001). Risks among youths who have multiple sisters who were adolescent parents. *Family Planning Perspectives, 33*(2), 75-80.
- East, P. L., Felice, M. E., & Morgan, M. C. (1993). Sisters' and girlfriends' sexual and childbearing behavior: Effects on early adolescent girls' sexual outcomes. *Journal of Marriage and Family, 55*(4), 953-963.
- Ehlers, T. B. (1991). Debunking marianismo: Economic vulnerability and survival strategies among Guatemalan wives. *Ethnology, 30*(1), 1-16.
- Elifson, K., Klein, H., & Sterk, C. (2008). Condom use self-efficacy among young adult ecstasy users. *Journal of Drug Issues, 38*(4), 981-1001.
- Emery, R. E., & Dillon, P. (1994). Conceptualizing the divorce process: Renegotiating boundaries of intimacy and power in the divorced family system. *Family relations, 43*(4), 374-379.
- Encuesta Nacional de Juventud (2010). Resultados generales. Noviembre 18, 2011. Recuperado de http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf



- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Metodología y tabulados básicos. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Enríquez, D., Arias, B., Sánchez, R., & Robles, S. (junio, 2011). Significado de las relaciones fraternas: Rol de los hermanos mayores y menores. Trabajo presentado en el XXXIII Congreso Interamericano de Psicología, Medellín, Colombia. *Memorias en extenso*, 1249.
- Enríquez, D., & Robles, S. (2013). El papel de la cercanía entre hermanos sobre la conducta sexual protegida. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(2), 1092-1107.
- Enríquez, D., & Sánchez, R. (2004). *Análisis exploratorio de distintas variables relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo en hombres y mujeres universitarios* (Reporte de investigación inédita). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Edo. de México, México.
- Enríquez, D., Sánchez, R. & Robles, S. (2005). Variables relativas al uso del condón en hombres y mujeres universitarios. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 8(2), 81-98.
- Enríquez, D., Sánchez, R. & Robles, S. (octubre, 2011a). La primera relación sexual y el posterior uso consistente e inconsistente del condón en adolescentes de bachillerato. Trabajo presentado en el XXXIII Congreso Interamericano de Psicología, Medellín, Colombia. *Memorias en extenso*, 879.
- Enríquez, D., Sánchez, R., & Robles, S. (marzo, 2011b). Relación de pareja y comunicación sexual en adolescentes. Trabajo presentado en el 6° Congreso Internacional de Psicología, Cholula, México.
- Enríquez, D., Sánchez, R., & Robles, S. (mayo, 2011c). Construcción de una Escala de Relaciones Fraternas: un estudio exploratorio. Trabajo presentado en el 8° Coloquio Nacional y 2° Internacional de Investigación Estudiantil en Psicología, Estado de México, México.
- Enríquez, D., Sánchez, R., & Robles, S. (2012). Teorías y modelos psicológicos sobre el estudio de la salud sexual. En Díaz Loving, R., & Robles, S. (Comps.) *Salud y Sexualidad* (pp. 49-84). México D.F.: UNAM, FES Iztacala, Asociación Mexicana de Psicología Social, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Enten, R. S., & Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52(3), 784-787.
- Erel, O., & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118(1), 108-132.
- Esquivel, L., Casanova, G., & Uc, N. (2001). Conocimientos de la sexualidad en estudiantes de primer grado de preparatoria de la Universidad Autónoma de Yucatán. *Revista Cubana de Psicología*, 18(2), 142-152.



- Essien, E. J., Ogungbade, G. O., Kamiru, H. N., Ekong, E., Ward, D., & Holmes, L. (2006). Emerging sociodemographic and lifestyle predictors of intention to use condom in Human Immunodeficiency Virus intervention among uniformed services personnel. *Military medicine*, 171(10), 1027-1034.
- Esteinou, R. (2008). *La familia nuclear en México: Lecturas de su modernidad. Siglos XVI al XX*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Esterberg, K. G. (2002). The bisexual menace: Or, will the real bisexual please stand up?. En D. Richardson, & S. Seidman (Eds.), *Handbook of lesbian and gay studies* (pp. 215-229). London: SAGE Publications Ltd.
- Estrada, L. (1997). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.
- Ezeanochie, M., Olagbuji, B., Ande, A., & Oboro, V. (2009). Fertility preferences, condom use, and concerns among HIV-positive women in serodiscordant relationships in the era of antiretroviral therapy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107(2), 97-98.
- Fagan, J., & Barnett, M. (2003). The relationship between maternal gatekeeping, paternal competence, mothers' attitudes about the father role, and father involvement. *Journal of Family Issues*, 24(8), 1020-1043.
- Falicov, C. (1983). Contribuciones de la sociología de la familia y de la terapia familiar al "esquema del desarrollo familiar": análisis comparativo y reflexiones sobre las tendencias futuras. En C. Jaes Falicov (Ed.), *Transiciones de la familia. Continuidad y cambios en el ciclo de vida* (pp. 31-95). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Farahani, F. K., Cleland, J., & Mehryar, A. H. (2011). Associations between family factors and premarital heterosexual relationships among female college students in Tehran. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(1), 30-39.
- Farmer, M. A., & Meston, C. M. (2006). Predictors of condom use self-efficacy in an ethnically diverse university sample. *Archives of Sexual Behavior*, 35(3), 313-326.
- Fasula, A., & Miller, K. (2006). African-American and Hispanic adolescents' intentions to delay first intercourse: Parental communication as a buffer for sexually. *Journal of Adolescent Health*, 38(3), 193-200.
- Feinberg, M. E., & Hetherington, E. M. (2000). Sibling differentiation in adolescence: Implications for Behavioral Genetic Theory. *Child development*, 71(6), 1512-1524.
- Feinberg, M. E., Sakuma, K. L., Hostetler, M., & McHale, S. M. (2013). Enhancing sibling relationships to prevent adolescent problem behaviors: Theory, design and feasibility of siblings are special. *Evaluation and Program Planning*, 36(1), 97-106.
- Feito, M. A., Bozzolo, S., Calvo, S., & Larrain, A. I. (2001). Necesidades percibidas por los padres relacionadas con la educación de la sexualidad de sus hijos. *Enfermería Clínica*, 11(6), 256-261.
- Fernández-Esquer, M. E., Atkinson, J., Diamond, P., Useche, B., & Mendiola, R. (2004). Condom use self-efficacy among U.S.- and foreign- born Latinos in Texas. *The Journal of Sex Research*, 41(4), 390-399.
- Figuroa, M., & Cayeros, L. (octubre, 2012). Los riesgos en la juventud nayarita. Trabajo presentado en el XX Congreso Mexicano de Psicología y III



- Congreso Iberoamericano de Psicología y Salud, Campeche, Campeche. *Memorias en extenso*, 703-706.
- Fishbein, M., & Pequegnat, W. (2000). Evaluating interventions using behavioral and biological outcome measures. *Sexually Transmitted Diseases*, 27(2), 101-110.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12(3), 273-278.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474.
- Flores, C., & Soto, V. (2008). El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global. Recuperado de http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/santiago_pubwp-632_esp.pdf
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) & Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). Los jóvenes y el VIH/SIDA, una oportunidad en un momento crucial. Recuperado de http://data.unaids.org/topics/youngpeople/youngpeoplehivaids_es.pdf
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2005). VIH/SIDA infancia y adolescencia en América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://www.unicef.org/lac/infanciadolescencia.pdf>
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2008). Progreso para la infancia. Un balance sobre la mortalidad materna. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/Progreso_para_la_infancia_No7\(4\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Progreso_para_la_infancia_No7(4).pdf)
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2012). VIH y Sífilis, seroprevalencia en puérperas de Argentina. Recuperado de http://new.paho.org/arg/images/Gallery/VIH_Sifilis_Web.pdf
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, s/f, a). Mortalidad infantil y nutrición. Recuperado de http://www.unicef.org/panama/spanish/resources_7936.htm
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, s/f, b). Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. Recuperado de http://www.unicef.org/spanish/aids/index_preventionyoung.html
- Fontes, M., & Roach, P. (2008). First sex: An opportunity of a lifetime for sexual health. *Sexologies*, 17(1), 140-141.
- Foster, V., Clark, P. C., Holstad, M., & Burgess, E. (2012). Factors associated with risky sexual behaviors in older adults. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 23(6), 487-499.
- Fowler, C. (2009). Motives for sibling communication across the lifespan. *Communication Quarterly*, 57(1), 51-66.
- Fullilove, M. T., & Fullilove, R. E., III. (1999). Stigma as an obstacle to AIDS action: The case of the African American community. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1117-1129.



- Gallardo, M. E., & Curry., S. (2008). Machismo. En F. Leong (Ed.), *Encyclopedia of counseling*. (Vol. 3, pp. 1208-1209). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Gallegos, E. C., Villarruel, A. M., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. L., & Yan Zhou, M. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: Un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*, 50(1), 59-66.
- Gamson, J. (2002). Sweating in the spotlight: Lesbian, gay and queer encounters with media and popular culture. En D. Richardson, & S. Seidman (Eds.), *Handbook of lesbian and gay studies*. (pp. 339-355). London: SAGE Publications Ltd.
- García-Bellido, R., González-Such, J., & Jornet-Meliá, J. M. (2010). Alfa de Cronbach. Material elaborado en el marco de la Convocatoria de Innovación de 2010 del Vicerectorat de Covergència Europea i Qualitat de la Universitat de València. Universidad de Valencia, España. Recuperado de http://www.uv.es/innovamide/spss/SPSS/SPSS_0801B.pdf
- García-Leiva (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Escritos de Psicología*, 7, 71-81.
- Gardner, K. A., & Cutrona, C. E. (2004). Social support communication in families. En A. L. Vangelisti (Ed.), *Handbook of Family Communication* (pp. 495-538). United States: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L., & C. Magis. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45(5), 632-640.
- Geuzaine, C., Debry, M., & Liesens, V. (2000). Separation from parents in late adolescence: The same for boys and girls?. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(1), 79- 92.
- Glanz, K, Rimer, B., & Lewis, F. (2002). *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Goetting, A. (1986). The developmental tasks of siblingship over the life cycle. *Journal of Marriage and Family*, 48(4), 703-714.
- Gómez, C. A., & Marín, B. V. (1996). Gender, culture, and power: Barriers to HIV-prevention strategies for women. *Journal of Sex Research*, 33(4), 355-362.
- Gónazalez, M., & Reyes-Lagunes. (octubre, 2012). Análisis multidimensional de la percepción de grupos de diferente ideología religiosa. *Revista Mexicana de Psicología*, Número especial, *Memoria in extenso*, 768-770.
- Gonçalves-Câmara, S., Castellá-Sarriera, J., & Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166.
- González, G., & Crespo, S. (2006). Características de los procedimientos de evaluación. En: M. Bellido (Coord.), *Diseño de instrumentos de evaluación del aprendizaje* (pp. 110-114). Estado de México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-UNAM.
- González-Garza, C., Rojas-Martínez, R., Hernández-Serrato, M. I., & Olaiz-Fernández, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad: Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 47(3), 209-218.



- Gracia, F. E., & Musitu, O. G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Greene, K., Hale, J. L., & Rubin, D. L. (1997). A test of the Theory of Reasoned Action in the context of condom use and AIDS. *Communication Reports*, 10(1), 21-33.
- Greer-Litton, F. (1980). The mother-adolescent daughter relationship as a sexual socialization structure: A research review. *Family Relations*, 29(1), 21-28.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2008). Cifras del aborto en México. ¿Cómo se calcula el número de abortos que se practican en México?. Recuperado de <http://www.gire.org.mx/publica2/cifrasact08.pdf>
- Guarnero, P. A. (2007). Family and community influences on the social and sexual lives of Latino gay men. *Journal Transcultural Nursing*, 18(1), 12-18.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Thatham, R. L., & Black, W. C. (2007). *Análisis multivariante* (5a edición). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Hale, R. (2008). Baumrind's parenting styles and their relationship to the parent developmental theory. *ProQuest Dissertations and Theses*. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/304386558?accountid=14598>.(304386558).
- Haley, J. (2003). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Harvey, S. M., & Henderson, J. T. (2006). Correlates of condom use intentions and behaviors among a community-based sample of Latino men in Los Angeles. *Journal Urban Health*, 83(4), 558-574.
- Hatzenbuehler, M. L., Nolen-Hoeksema, S., & Dovidio, J. (2009). How does stigma "get under the skin"? *Psychological Science*, 20(10), 1282-1289.
- Haurin, R. J., & Mott, F. L. (1990). Adolescent sexual activity in the family context: The impact of older siblings. *Demography*, 27(4), 537-557.
- Haycraft, E., & Blissett, J. (2010). Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite*, 54(1), 221-224.
- Herbst, J. H., Kay, L. S., Passin, W. F., Lyles, C. M., Crepaz, N., & Marín, B. V. (2007). A systematic review and meta-analysis of behavioral interventions to reduce HIV risk behaviors of Hispanics in the United States and Puerto Rico. *AIDS and Behavior*, 11(1), 25-47.
- Hesari, N. K. Z., & Hejazi, E. (2011). The mediating role of self esteem in the relationship between the authoritative parenting style and aggression, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30(0), 1724-1730.
- Hoeve, M., Dubas, J. S., Gerris, J. R. M., van der Laan, P. H., & Smeenk, W. (2011). Maternal and paternal parenting styles: Unique and combined links to adolescent and early adult delinquency. *Journal of Adolescence*, 34(5), 813-827.
- Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P. (2008). Harmonisation of demographic and socio-economic variables in cross-national survey research. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 98(1), 5-24.
- Houston, A. M., Fang, J., Husman, C., & Peralta, L. (2007). More than just vaginal intercourse: Anal intercourse and condom use patterns in the context of "main" and "casual" sexual relationships among urban minority adolescent females. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(5), 299-304.



- Hovell, M., Sipan, C., Blumberg, E., Atkins, C., Hofstetter, C. R., & Kreitner, S. (1994). Family influences on Latino and Anglo adolescents' sexual behavior. *Journal of Marriage and Family, 56*(4), 973-986.
- Huebner, A. J., & Howell, L. W. (2003). Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *Journal of Adolescent Health, 33*(2), 71-78.
- Hutchinson, M. K. (2002). The influence of sexual risk communication between parents and daughters on sexual risk behaviors. *Family Relations, 51*(3), 238-247.
- Hutchinson, M. K., Jemmott, J. B., Sweet-Jemmott, L., Braverman, P., & Fong, G T. (2003). The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: A prospective study. *Journal of Adolescent Health, 33*(2), 98-107.
- Ida, S., & Zena, S. (2000). Culture, sexuality, and women's agency in the prevention of HIV/AIDS in Southern Africa. *American Journal of Public Health, 90*(7), 1042-1048.
- Infante, C., Aggleton, P., & Pridmore, P. (2009). Forms and determinants of migration and HIV/AIDS-related stigma on the Mexican--Guatemalan border. *Qualitative Health Research, 19*(12), 1656-1668.
- Institute Guttmacher (2008). Datos sobre el aborto inducido en México. Recuperado de http://www.guttmacher.org/pubs/2008/10/01/FIB_IA_Mexico_sp.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Datos nacionales. Recuperado de <http://www.blogs.imer.gob.mx/arreglandoelmundo/files/2011/02/juventud0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012a). Estadísticas a propósito del día de la madre. Datos nacionales. Recuperado de www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../madre0.doc
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012b). Fecundidad y anticoncepción. Tasa global de fecundidad, 1976 a 2012. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo16&s=est&c=17535>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012c). Mujeres y hombres en México 2011. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2011/MyH2011.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013). Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario básico. Población de 15 años y más por entidad federativa, sexo y grupos quinquenales de edad según nivel de escolaridad y grado promedio de escolaridad. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/default.aspx?c=27302&s=est>



- Jaccard, J., Dittus, P. J., & Gordon, V. V. (1996). Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Family Planning Perspectives, 28*(4), 159-185.
- Jacobson, K. C., & Crockett, L. J. (2000). Parental monitoring and adolescent adjustment: an ecological perspective. *Journal of Research on Adolescence, 10*(1), 65-97.
- Jamner, S., Wolitski, R. J., Corby, N. H., & Fishbein, M. (1998). Using the Theory of Planned Behavior to predict intention to use condoms among female sex workers margarete. *Psychology & Health, 13*(2), 187-205.
- Jarama, S. L., Kenamer, J. D., Poppen, P. J., Hendricks, M., & Bradford, J. (2005). Psychosocial, behavioral, and cultural predictors of sexual risk for HIV infection among Latino men who have sex with men. *AIDS and Behavior, 9*(4), 513-523.
- Jaworski, B., & Carey, M. (2001). Effects of a brief, theory-based STD-prevention program for female college students. *Journal of Adolescent Health, 29*(6), 417-425.
- Jemmott, L. S., Jemmott, J. B., & Villarruel, A. M. (2002). Predicting intentions and condom use among Latino college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 13*(2), 59-69.
- Jenkins, J. M., & Smith, M. A. (1991). Marital disharmony and children's behaviour problems: Aspects of a poor marriage that affect children adversely. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 32*(5), 793-810.
- Jennings, N., & Wartella, E. (2004). Technology and the family. En A. Vangelisti (Ed.), *Handbook of family communication* (pp. 593-608). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Jiménez, D., & Guevara, Y. (2008). Comparación de dos estrategias de intervención en interacciones madre-hijo. Su relación con el rendimiento escolar. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 2*(34), 219-244.
- Jiménez, M. (2010). Comunicación sexual en los adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e investigación de la Psicología, 15*(1), 107-129.
- Jones, D. (2010). Bajo presión: Primera relación sexual de adolescentes de Trelew (Argentina). *Revista Estudios Feministas, 18*(2), 339-358.
- Kawabata, Y., Alink, L. R. A., Tseng, W. L., van Ijzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review, 31*(4), 240-278.
- Kennedy, S. B., Nolen, S., Applewhite, J., Pan, Z., Shamblen, S., & Vanderhoff, K. J. (2007). A quantitative study on the condom-use behaviors of eighteen- to twenty-four-year-old urban African American males. *AIDS Patient Care and STDs, 21*(5), 306-320.
- Kerlinger, F., N., & Lee, H., B. (2008). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales* (4 ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Kim, S. M., Beth, A. K., Shannon, D., Rex, F., & Anissa, Y. H. (1998). Family communication about sex: What are parents saying and are their adolescents listening?. *Family Planning Perspectives, 30*(5), 218-222.



- Kincaid, C., Jones, D. J., Sterrett, E., & McKee, L. (2012). A review of parenting and adolescent sexual behavior: The moderating role of gender. *Clinical Psychology Review, 32*(3), 177-188.
- Kline, A., & VanLandingham, M. (1994). HIV-infected women and sexual risk reduction: The relevance of existing models of behavior change. *AIDS Education and Prevention, 6*(5), 390-402.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of Structural Equation Modeling*. New York-London: The Guilford Press.
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Miller, K. S., & Forehand, R. (2001). Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective. *Clinical Psychology Review, 21*(4), 493-519.
- Kowal, A. K., & Blinn-Pike, L. (2004). Sibling influences on adolescents' attitudes toward safe sex practices. *Family Relations, 53*(4), 377-384.
- Kowalewski, M. R. (1988). Double stigma and boundary maintenance: How gay men deal with AIDS. *Journal of Contemporary Ethnography, 17*(2), 211-228.
- Kowalewski, M. R., Longshore, D., & Anglin, M. D. (1994). The AIDS Risk Reduction Model: Examining intentions to use condoms among injection drug users. *Journal of Applied Social Psychology, 24*(22), 2002-2027.
- Kwon, Y. M., Yeun, E. J., Kim, H. Y., Youn, M. S., Cho, J. Y., & Lee, H. J. (2008). Application of the Transtheoretical Model to identify aspects influencing condom use among Korean college students. *Western Journal of Nursing Research, 30*(8), 991-1004.
- Lam, A. G., Mak, A., Lindsay, P. D., & Russell, S. T. (2004). What really works? An exploratory study of condom negotiation strategies. *AIDS Education and Prevention, 16*(2), 160-171.
- Lavasani, M. G., Borhanzadeh, S., Afzali, L., & Hejazi, E. (2011). The relationship between perceived parenting styles, social support with psychological well-being. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 15*(0), 1852-1856.
- Lees, N. B., & Tinsley, B. J. (1998). Patterns of parental socialization of the preventive health behavior of young Mexican origin children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 19*(4), 503-525.
- List, M. (2005). Hombres: Cuerpo, género y sexualidad. *Cuicuilco, 12*(33), 173-202.
- Longmore, M., A., Manning, W., D., & Giordano, P. C. (2001). Preadolescent parenting strategies and teens' dating and sexual initiation: A longitudinal analysis. *Journal of Marriage and Family, 63*(2), 322-335.
- Lucero-Liu, A. A., & Christensen, D. H. (2009). (Re)visioning intimate relationships: Chicanas in family studies. In S. Lloyd, & A. Few (Eds.), *The SAGE Handbook of Power: Handbook of feminist family studies* (pp. 96-108). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc
- Lucey, H. (2010). *Families, siblings and identities*. En M. Wetherell, & C. T. Mohanty (Eds.), *The Sage Handbook of Identities* (pp. 476-491). Ltd. London, UK: SAGE Publications, Ltd.
- Maccoby, E.E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interactions. En E. M. Hetherington, & P. H. Mussen (Eds.).



- Socialization, personality and social development. *Handbook of child psychology* (Vol. IV. pp 1-102). New York: Wiley.
- Malhotra, S. (2008). Impact of the sexual revolution: Consequences of risky sexual behaviors. *Journal of American Physicians and Surgeons*, 13(3), 88-90.
- Manji, A., Peña, R., & Dubrow, R. (2007). Sex, condoms, gender roles, and HIV transmission knowledge among adolescents in León, Nicaragua: Implications for HIV prevention. *AIDS Care*, 19 (8), 989-995.
- Manlove, J., Logan, C., Moore, K., & Ikramullah, E. (2008). Pathways from family religiosity to adolescent sexual activity and contraceptive use. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(2), 105-117.
- Manlove, J., Wildsmith, E., Ikramullah, E., Terry-Humen, E., & Schelar, E. (2012). Family environments and the relationship context of first adolescent sex: Correlates of first sex in a casual versus steady relationship. *Social Science Research*, 41(4), 861-875.
- Mann, L. (1977). *Elementos de Psicología Social*. México: Limusa.
- Marín, B. V. O., & Marin, G. (1992). Predictors of condom accessibility among Hispanics in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 82(4), 592-595.
- Marín, G. (1989). AIDS prevention among Hispanics: Needs, risk behaviors, and cultural values. *Public Health Reports*, 105(5), 411-415.
- Martín, Q., Cabero, M., & de Paz, Y. (2008). *Tratamiento estadístico de datos con SPSS. Prácticas resueltas y comentadas*. Madrid: Thomson.
- Martino, S. C., Elliott, M. N., Corona, R., Kanouse, D. E., & Schuster, M. A. (2008). Beyond the "Big Talk": The roles of breadth and repetition in parent-adolescent communication about sexual topics. *Pediatrics*, 121(3), 612-618.
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine*, 9(12), 1-12.
- McBride, B. A., Brown, G. L., Bost, K. K., Shin, N., Vaughn, B., & Korth, B. (2005). Paternal identity, maternal gatekeeping, and father involvement. *Family Relations*, 54(3), 360-372.
- Meekers, D., & Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Education and Prevention*, 14(1), 62-72.
- Meliá, J., Pradilla, J., Martí, N., Sancerni, M., Oliver, A., & Tomas, J. (1990). Estructura factorial, fiabilidad y validez del Cuestionario de Satisfacción S21/26: Un instrumento con formato dicotómico orientado al trabajo profesional. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 12(1-2), 25-39.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L., & Sosa, C. (2008). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas.
- Meschke, L. L., Bartholomae, S., & Zentall, S. R. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent processes: Promoting healthy teen choices. *Journal of Adolescent Health*, 31(6), 264-279.



- Miceli, M. (2002). Gay, lesbian and bisexual youth. En D. Richardson, & S. Seidman (Eds.), *Handbook of lesbian and gay studies* (pp. 199-215). London: SAGE Publications Ltd.
- Milevsky, A., Schlechter, M. J., & Machlev, M. (2011). Effects of parenting style and involvement in sibling conflict on adolescent sibling relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 28*(8), 1130-1148.
- Miller, B. C., & Bingham, C. R. (1989). Family configuration in relation to the sexual behavior of female adolescents. *Journal of Marriage and Family, 51*(2), 499-506.
- Miller, B. C., & Moore, K. A. (1990). Adolescent sexual behavior, pregnancy, and parenting: Research through the 1980s. *Journal of Marriage and Family, 52*(4), 1025-1044.
- Miller, K. S., Forehand, R., & Kotchick, B. A. (1999). Adolescent sexual behavior in two ethnic minority samples: The role of family variables. *Journal of Marriage and Family, 61*(1), 85-98.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. México, D.F.: Gedisa.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. México, D.F.: Editorial Paidós.
- Mitrani, V. B., Feaster, D. J., McCabe, B. E., Czaja, S. J., & Szapocznik, J. (2005). Adapting the Structural Family Systems rating to assess the patterns of interaction in families of dementia caregivers. *The Gerontologist, 45*(4), 445-455.
- Mitrani, V. B., Lewis, J. E., Feaster, D. J., Czaja, S. J., Eisdorfer, C., Schulz, R., & Szapocznik J. (2006). The role of family functioning in the stress process of dementia caregivers: A Structural Family framework. *Gerontologist, 46*(1), 97-105.
- Moctezuma, M., & Desatnik O. (2001). Programa de la residencia en Terapia Familiar Sistémica. Recuperado de www.psicol.unam.mx:8082/Posgrado1/.../Residencia en Terapia Familiar.doc.
- Montoya, O. (2007). Aplicación del análisis factorial a la investigación de mercados. Caso de estudio. *Scientia et Technica, 8*(35), 281-286.
- Moreno, D., García, G., Rodríguez, M., & Díaz-González, E. (2007). Reflexiones críticas a los modelos psicológicos de la salud orientados al VIH/SIDA desde la perspectiva interconductual. En S. Robles, & D. Moreno (Eds.), *Psicología y Salud Sexual* (pp. 43-62). Edo. de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, & M., Barroso (2011a). *Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual*. Informe Técnico correspondiente al proyecto IN307210 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M., & Barroso, R. (septiembre, 2010). Hablando con los padres sobre sexualidad. Trabajo presentado en el XIII Congreso AMEPSO, Hermosillo, Sonora. *Memorias en extenso, 287-294*.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M., & Barroso, R. (octubre, 2012) Rendimiento académico, debut sexual y patrón de conducta sexual:



- Comparación por género. Trabajo presentado en el XX Congreso Mexicano de Psicología y III Congreso Iberoamericano de Psicología y Salud, Campeche, Campeche. *Memorias en extenso*, 1936-1938.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M., & Barroso, R. (octubre, 2011b). Debut sexual temprano factor de riesgo para la vida sexual futura de los jóvenes. Trabajo presentado en el XIX Congreso Mexicano de Psicología, Cancún, Quintana Roo. *Memorias en extenso*, 1524-1525.
- Mosmann, C., & Wagner, A. (2008). Dimensiones de la conyugalidad y de la parentalidad: Un modelo correlacional. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 79-103.
- Mowder, B. A. (2005). Parent Development Theory: Understanding parents, parenting perceptions and parenting behaviors. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 1, 45-64.
- Mowder, B. A., & Sanders, M. (2008). Parent behavior importance and parent behavior frequency questionnaires: Psychometric characteristics. *Journal of Child and Family Studies*, 17(5), 675-688.
- Mowder, B. A., & Shamah, R. (2011). Parent behavior importance questionnaire-revised: Scale development and psychometric characteristics. *Journal of Child and Family Studies*, 20(3), 295-302.
- Murcio, B. (2011). Estrategias para el abordaje de la salud materna y perinatal en el próximo decenio: Una visión desde la salud pública. Recuperado de http://new.paho.org/clap/index.php?option=com_content&task=view&id=176&Itemid=1
- Myers, S. A. (1998). Sibling communication satisfaction as a function of interpersonal solidarity, individualized trust, and self-disclosure. *Communication Research Reports*, 15(3), 309-317.
- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., & Ondersma, S. (2006). Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care*, 18(7), 839-845.
- Namakforoosh, M. N. (2005). *Metodología de la investigación* (2 ed.). México: Limusa.
- Navarro de Sáenz, M., Medina, V., Romaguera, F., Cerró, E., & Rodríguez, A. (2009). Factores de riesgo y propuestas para la reducción de la demanda de drogas en estudiantes de medicina de una universidad venezolana. *Revista Electrónica de Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 5(2), 1-16.
- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., & Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: An integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 142-150.
- Noar, S. M. (2007). An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS care: Psychological and Socio-medical aspects of AIDS/HIV*, 19(3), 392-402.
- Noar, S. M., Carlyle, K., & Cole, C. (2006). Why communication is crucial: Meta-analysis of the relationship between safer sexual communication and condom use. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 11(4), 365 - 390.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.



- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1995). *Teoría psicométrica*. (3ª Ed.). México: McGraw-Hill.
- Nyamathi, A., Bennett, C., Leake, B., Lewis, C., & Flaskerud, J. (1993). AIDS-related knowledge, perceptions, and behaviors among impoverished minority women. *American Journal of Public Health*, 83(1), 65-71.
- Oladosu, M. (2002). Condom use and condom skills demonstration among sex workers in Central America. *International Conference on AIDS*, 14, 7-12.
- Oladosu, M. (2005). Consistent condom use dynamics among sex workers in Central America: 1997–2000. *Journal of Biosocial Science*, 37(4), 435-457.
- Oliva, A. & Arranz, E. (2005). Sibling relationships during adolescence. *European Journal of Developmental Psychology*, 2(3), 253-270.
- Olson, D. (1983). Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En C. Jaes Falicov (Ed.), *Transiciones de la familia. Continuidad y cambios en el ciclo de vida* (pp. 99-129). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Orellana, M. A. (2010). *Aportaciones al conocimiento de la uretritis en atención primaria* (Tesis Doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Madrid. Recuperada de E-Prints Complutense, <http://eprints.ucm.es>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2010). Mortalidad materna cae un tercio en todo el mundo. Recuperado de <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=19197#.UQDJYSecOHI>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2011). Objetivos de desarrollo del milenio. Informe de 2011. Recuperado de [http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/11-31342\(S\)MDG_Report_2011_Book_LR.pdf](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/11-31342(S)MDG_Report_2011_Book_LR.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006). Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008). Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011a). Planificación familiar. Nota descriptiva N°351. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011b). Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva N°110. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). Mutilación genital femenina. Nota descriptiva N°241. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008). La salud sexual y reproductiva del joven y del adolescente: oportunidades, enfoques y opciones. Recuperado de http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/salud_sexual_FINAL.pdf



- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009). Salud sexual para el milenio. Recuperado de <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Salud%20Sexual%20para%20el%20Milenio.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010a). Salud sexual, reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú. Recuperado de http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15263&Itemid=
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010b). Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de monitoreo regional. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/Iniciativa_de_Eliminacion_-_Estrategia_de_monitoreo_regional_1.pdf
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS & OMS, 2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Recuperado de http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf
- Orozco, G., Ostrosksy-Solis, F., Salín, R., Borja, K., & Castillo, G. (2009). Bases biológicas de la orientación sexual: Un estudio de las emociones en transexuales. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9(1), 9-24.
- Ortiz-Torres, B., Serrano-García, I., & Torres-Burgos, N. (2000). Subverting culture: Promoting HIV/AIDS prevention among Puerto Rican and Dominican women. *American Journal of Community Psychology*, 28(6), 859-881.
- Oshi, D., Nakalema, S., & Oshi, L. (2005). Cultural and social aspects of HIV/AIDS sex education in secondary schools in Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, 37(2), 175-183.
- Ospina, J. M., & Manrique-Abril, F. G. (2007). Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Avances en Enfermería*, 25(2), 101-111.
- Othman, H., Asshaari, I., Mohd-Tawila, N., Arzilah-Ismaila, N., Mohd-Nopiah, Z., & Zaharim, A. (2012). Analysis on mathematics fundamental knowledge for mathematics engineering courses based on a comparative study of students' entry performance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 60(0), 365-371.
- Otto-Salaj, L., Reed, B., Brondino, M. J., Gore-Felton, C., Kelly, J. A., & Stevenson, L. Y. (2008). Condom use negotiation in heterosexual African American adults: Responses to types of social power-based strategies. *Journal of Sex Research*, 45(2), 150 - 163.
- Palacios, J. (2005). Estilos parentales y conductas de riesgo en adolescentes (Tesis de Licenciatura inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Palacios, J. (2009). Modelo de la conducta biopsicosocial de las conductas de riesgo (Tesis Doctoral inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.



- Palacios, J., & Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problemas en adolescentes. *Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(7), 7-18.
- Palomar, J. (1998). Funcionamiento familiar y calidad de vida (Tesis Doctoral inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Parke, R. D., Leidy, M. S., Schofield, T. J., Miller, M. A., & Morris, K. L. (2008). Socialization. En M. M. Haith, & J. B. Benson (Eds.), *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development* (pp. 224-235). San Diego: Academic Press.
- Parker, R. (2001). Sexuality, culture, and power in HIV/AIDS research. *Annual Review of Anthropology*, 30(1), 163-179.
- Parra, A., & Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 18(2), 215-231.
- Patock-Peckham, J. A., & Morgan-López, A. A. (2009). The gender specific mediational pathways between parenting styles, neuroticism, pathological reasons for drinking, and alcohol-related problems in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 34(3), 312-315.
- Perelló, V. M., Villagrán, V. G., & Barocio, R. S. (1998). Predictores del uso del condón en hombres. *La Psicología Social en México*, 8, 318-323.
- Pérez de la Barrera, C., & Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), 333-340.
- Perlman, M., & Ross, H. S. (1997). The benefits of parent intervention in children's disputes: An examination of concurrent changes in children's fighting styles. *Child development*, 68(4), 690-700.
- Peterson, G. W., & Hennon, C. B. (2006). Influencias parentales en la competencia social de los adolescentes en dos culturas: Una comparación conceptual entre México y Estados Unidos. En R. Esteinou (Ed.), *Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México* (pp. 111-166). México D.F.: Publicaciones de la Casa Chata.
- Piko, B. F., & Balázs, M. Á. (2012). Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addictive Behaviors*, 37(3), 353-356.
- Piña, J., & Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: Análisis e implicaciones para su prevención a partir de un Modelo Psicológico de la Salud Biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 71-83.
- Planes, M., Gras, M. E., & Soto, J. (2002). Comportamiento anticonceptivo en estudiantes universitarios y riesgo de infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). *Anuario de Psicología*, 33(1), 97-110.
- Prat-Santaolária, R., & Doval-Diéguez, E. (2003). Construcción y análisis de escalas. En: J. Lévy, & J. Varela (Coords.), *Análisis multivariable para las Ciencias Sociales* (pp. 43-89). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.



- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2010). UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010. Recuperado de http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2012). UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf
- Puente, D., Zabaleta, E., Cabanas, M., Monteagudo, M., Pueyo, M., Jané, M., Mestre, N., Mercader, M., & Bolibar, B. (2011). Gender differences in sexual risk behaviour among adolescents in Catalonia, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 25(1), 13-19.
- Pulido, M., Carazo, V., Orta-González, S., Coronel, M., & Vera, F. (2011). Conducta sexual de riesgo en los estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(1), 11-27.
- Qu, S., Liu, W., Choi, K. H., Li, R., Jiang, D., Zhou, Y., Tian, F., Lee-Chu, P., Shi, H., Zheng, X., & Mandel, J. (2002). The potential for rapid sexual transmission of HIV in China: Sexually transmitted diseases and condom failure highly prevalent among female sex workers. *AIDS and Behavior*, 6(3), 267-275.
- Ramírez, M. A. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: Practicas de crianza. *Estudios Pedagógicos*, 31(2), 167-177.
- Rendón, G. & Bárcena, S. (junio, 2011). Sexo, alcohol y drogas en adolescentes. Trabajo presentado en el XXXIII Congreso Interamericano de Psicología, Medellín, Colombia. *Memorias en extenso*, 1246.
- Replogle, J. (2005). Sex and the Catholic church in Guatemala. *The Lancet*, 366(9486), 622-623.
- Reyes, M., & Robles, S. (octubre, 2012). Comunicación sexual con pareja, negociación y fallas en el uso del condón en estudiantes universitarios. Trabajo presentado en el XX Congreso Mexicano de Psicología y III Congreso Iberoamericano de Psicología y Salud, Campeche, Campeche. *Memorias en extenso*, 1320-1322.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Redes semánticas para la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 83-99.
- Rhodes, F., Stein, J., Fishbein, M., Goldstein, R., & Rotheram-Borus, M. (2007). Using theory to understand how interventions work: Project RESPECT, condom use, and the Integrative Model. *AIDS and Behavior*, 11(3), 393-407.
- Rial-Boubeta, A., & Varela-Mallou, J. (2008). *Estadística práctica para la investigación en ciencias de la salud*. España: Editorial Netbiblo, S. L.
- Riesch, S. K., Jackson, N. M., & Chanchong, W. (2003). Communication approaches to parent-child conflict: Young adolescence to young adult. *Journal of Pediatrics Nursing*, 18(4), 244-256.
- Rittenour, C. E., Myers, S. A., & Brann, M. (2007). Commitment and emotional closeness in the sibling relationship. *Southern Communication Journal*, 72(2), 169-183.
- Robles, S. (1999). *Evaluación de conocimientos y prácticas sexuales relacionados con el VIH/SIDA en estudiantes universitarios* (Tesis de Maestría inédita).



- Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Edo. de México, México.
- Robles, S. (2005). Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA (Tesis Doctoral inédita). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Edo. de México, México.
- Robles, S., & Díaz-Loving, R. (2006). Estilos de negociación vinculados con el uso de condón. En: R. Sánchez-Aragón, R. Díaz-Loving, & S. Rivera-Aragón (editores), *La Psicología Social en México XI*, Tomo 2 (pp. 882-889), México, AMEPSO, UJAT, UNAM.
- Robles, S., & Díaz-Loving, R. (2008). Determinantes del uso del condón con pareja regular y pareja ocasional en adolescentes. En: Rivera-Aragón, S., Díaz-Loving, R., Sánchez-Aragón, R., & Reyes-Lagunes, I. (editores), *La Psicología Social en México*, Volumen XII (pp. 299-305), México, AMEPSO, Universidad de Guanajuato, UNAM.
- Robles, S., & Díaz-Loving, R. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 317-340.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2012). Factores psicosociales y conductuales que promueven el uso del condón en jóvenes universitarios. En: Díaz-Loving, R., Rivera-Aragón, S. & Reyes-Lagunes, I. (editores), *La Psicología Social en México*, Volumen XIV (pp. 330-336), México, AMEPSO, Universidad Autónoma de Nuevo León, UNAM.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L., & Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1), 60-71.
- Robles, S., Moreno, D., Rodríguez, M., & Díaz-González, E. (2007). Comunicación sexual asertiva y prevención del VIH/SIDA. En S. Robles, & D. Moreno (Eds.), *Psicología y Salud Sexual* (pp. 31-42). Edo. de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Robles, S., Moreno, D., Rodríguez, M., & Frías, B. (octubre, 2013). Fallas en el uso del condón: un estudio con varones universitarios. Trabajo presentado en el XXI Congreso Mexicano de Psicología, Guadalajara, Jalisco. *Memorias en extenso*, 2302-2306.
- Robles, S., Piña, J., & Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología*, 22(2), 200-204.
- Robles, S., Piña, J., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., & Moreno, D. (2006). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 16(1), 71-78.
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, I., & Barroso, R. (2007). Problemas y alternativas en las medidas del uso del condón. En S. Robles, & D. Moreno (Eds.),



- Psicología y Salud Sexual* (pp. 19-30). Edo. de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rocha-Sánchez T., & Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21(1), 42-49.
- Rodgers, J. L., Rowe, D. C., & Harris, D. F. (1992). Sibling differences in adolescent sexual behavior: Inferring process models from family composition patterns. *Journal of Marriage and Family*, 54(1), 142-152.
- Rodríguez, M., Robles, S., Frías, I., Moreno, D., & Barroso, R. (octubre, 2012). Predictores de la conducta sexual protegida en estudiantes universitarios de primer ingreso: comparación por sexo. Trabajo presentado en el XX Congreso Mexicano de Psicología y III Congreso Iberoamericano de Psicología y Salud, Campeche, Campeche. *Memorias en extenso*, 2139-2142.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1994). The Health Belief Model and HIV risk behaviour change. En R. DiClemente, & J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). New York: Plenum press.
- Ruíz, M., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 34-45.
- Russell, B. (2003). Diccionario del hombre contemporáneo (1 ed.). México: Grupo Editorial Tomo, S. A. de C. V.
- Sánchez, R., Rosales, R., & Enríquez, D. (octubre, 2011). Percepción del apoyo y supervisión parental y su relación con el comportamiento sexual en jóvenes. Trabajo presentado en el XIX Congreso Mexicano de Psicología, Cancún, Quintana Roo. *Memorias en extenso*, 886-887.
- Sánchez, R., & Enríquez, D. (mayo, 2011). Percepción del sexo que se transmite en los medios de comunicación en jóvenes. Trabajo presentado en el 8º Coloquio Nacional y 2º Internacional de Investigación Estudiantil en Psicología, Estado de México, México.
- Sánchez, R., Enríquez, D., & Robles, S. (junio, 2012). El rol docente en la educación sexual. Trabajo presentado en el XXXIII Congreso Interamericano de Psicología, Medellín, Colombia. *Memorias en extenso*, 613.
- Sánchez-Sosa, J. (2007). Prólogo. En S. Robles, & D. Moreno (Eds.), *Psicología y Salud Sexual*. Edo. de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Santana, F., Ovies, G., Verdeja, O., & Fleitas, R. (2006). Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de Ciudad de La Habana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300006
- Santos, J., Villa, J., García, M., León, G., Quezada, S., & Tapia, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45(1), 140-152.
- Saúl, A. (2001). *Lecciones de dermatología*. México: Méndez Editores.
- Saura-Sanjaume, S., Fernandez de Sanmamed-Santos, M. J., Vicens-Vidal, L., Puigvert-Viu, N., Mascort-Nogué, C., & García-Martínez, J. (2013).



- Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Atención Primaria*, 45(09), 143-148.
- Schaalma, H., Aarø, L. E., Flisher, A. J., Mathews, C., Kaaya, S., Onya, H., Ragnarson, A., & Klepp, K. (2009). Correlates of intention to use condoms among Sub-Saharan African youth: The applicability of the Theory of Planned Behaviour. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(2), 87-91.
- Schmidt, K., Krasnik, A., Brendstrup, E., Zoffmann, H., & Larsen, S. O. (1989). Attitudes towards HIV infection and sexual risk behaviour. *Scandinavian Journal of Public Health*, 17(4), 281-286.
- Schmidt, V., Maglio, A., Messoulam, N., Molina, M., & González, A. (2010) La comunicación del adolescente con sus padres: Construcción y validación de una escala desde un enfoque mixto. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(2), 299-311.
- Schwartz, S., Mason, C., Pantin, H., & Szapocznik, J. (2008). Effects of family functioning and identity confusion on substance use and sexual behavior in hispanic immigrant early adolescents. *Identity*, 8(2), 107-124.
- Secretaria de Salud (2002). Programa de acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Recuperado de http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/sida.pdf
- Seginer, R. (1998). Adolescents' perceptions of relationships with older sibling in the context of other close relationships. *Journal of Research on Adolescence*, 8(3), 287-308.
- Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2000). The sexual negotiation behavior of HIV-positive gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 934-937.
- Shah, F., & Zelnik, M. (1981). Parent and peer influence on sexual behavior, contraceptive use, and pregnancy experience of young women. *Journal of Marriage and Family*, 43(2), 339-348.
- Sheeran, P. & Orbell, S. (1998). Do intentions predict condom use? Meta-analysis and examination of six moderator variables, *British Journal of Social Psychology*, 37(2), 231-250.
- Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(1), 90-132.
- Sheppard, B. H., Hartwick, J., & Warshaw, P. R. (1988). The Theory of Reasoned Action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *The Journal of Consumer Research*, 15(3), 325-343.
- Shrier, L. A., Walls, C. Lops, C., Kendall, A. D., & Blood, E. A. (2012). Substance use, sexual intercourse, and condom nonuse among depressed adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 50(3), 264-270.
- Sieverding, J., Adler, N., Witt, S., & Ellen, J. (2005). The influence of parental monitoring on adolescent sexual initiation. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(8), 724-729.
- Silva, A. (1992). *Métodos cuantitativos en psicología. Un enfoque metodológico*. México: Trillas.



- Silva, A. (1998). *La investigación asistida por computadora*. Estado de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM.
- Skinner, S. R., Smith, J., Fenwick, J., Fyfe, S., & Hendriks, J. (2008). Perceptions and experiences of first sexual intercourse in Australian adolescent females. *Journal of Adolescent Health, 43*(6), 593-599.
- Sneed, C. D. & Morisky, D. E. (1998). Applying the Theory of Reasoned Action to condom use among sex workers. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 26*(4), 317-327.
- Soria, R., Montalvo, J., & González, M. (2004). Análisis sistémico de familias con un hijo adolescente drogadicto. *Psicología y Ciencia Social, 6*(2), 1-12.
- Spitalnick, J. S., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Milhausen, R. R., Sales, J. M., McCarty, F., Rose, E., & Younge, S. N. (2007). Brief report: Sexual sensation seeking and its relationship to risky sexual behaviour among African-American adolescent females. *Journal of Adolescence, 30*(1): 165-173.
- Spitze, G., & Trent, K. (2006). Gender differences in adult sibling relations in two-child families. *Journal of Marriage and Family, 68*(4), 977-992.
- Steinglass, P. (1987). A systems view of family intereaction and psychopathology. En T. Jacob (Ed.), *Family interaction and psychopathology* (pp. 25-64). New York: Plenum Press.
- Stulhofer, A., Graham, C., Bozicevic, I., Kufrin, K., & Ajdukovic, D. (2009). An assessment of HIV/STI vulnerability and related sexual risk-taking in a nationally representative sample of young Croatian adults. *Archives of Sexual Behavior, 38*(2), 209-225.
- Subsecretaria de Educación Superior (septiembre de 2012). La educación superior en México 2006-2012. Un balance inicial. *Suplemento Campus Milenio Diario*. Recuperado de http://www.ses.sep.gob.mx/wb/ses/la_educacion_superior_en_mexico_2006_2012_un
- Tarakeshwar, N., Lobato, D., Kao, B., & Plante, W. (2006). Sibling relationships in cultural context. *Past projects, 22*(7). Recuperado de http://www.childresearch.net/projects/past/brownU/2006_07.html
- Tinoco (22 de septiembre de 2009). En aumento, embarazos no deseados en adolescentes. Notimex. Recuperado de <http://sipse.com/archivo/en-aumento-embarazos-no-deseados-en-adolescentes-12893.html>
- Torres-López, L., & Serrano-García, I. (2007). Las iglesias protestantes en Puerto Rico ante el VIH / SIDA: Opiniones de líderes de dos denominaciones. *Revista Interamericana de Psicología, 41*(2), 167-176.
- Triandis, H. C., & Suh, E. M. (2002). Cultural influences on personality. *Annual Review of Psychology, 53*(1), 133-160.
- Triandis, H. C. (2006). Cultural aspects of globalization. *Journal of International Management, 12*(2), 208-217.
- Tschann, J. M., Flores, E., de Groat, C. L., Deardorff, J., & Wibbelsman, C. J. (2010). Condom negotiation strategies and actual condom use among latino youth. *Journal of Adolescent Health, 47*(3), 254-262.
- Tuirán, R. (27 de febrero de 2011). La educación superior en México: Avances, rezagos y retos. *Suplemento Campus Milenio*. Recuperado de



- http://www.ses.sep.gob.mx/wb/ses/la_educacion_superior_en_mexico_avances_rezagos_y
- Tulloch, H. E., McCaul, K. D., Miltenberger, R. G., & Smyth, J. M. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. *Journal of American College Health, 52*(6), 263-267.
- Turnbull, T., van Wersch, A., & van Schaik, P. (2008). A review of parental involvement in sex education: The role for effective communication in British families. *Health Education Journal, 67*(3), 182-195.
- Upchurch, D. M., Aneshensel, C. S., Sucoff, C. A., & Levy-Storms, L. (1999). Neighborhood and family contexts of adolescent sexual activity. *Journal of Marriage and Family, 61*(4), 920-933.
- Uribe, J., I. (2007). Factores individuales, sociales y culturales asociados a la conducta sexual de adolescentes (Tesis Doctoral inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Uribe, J., Salinas, Z., Fierros, A., & Villareal, L. (2011). Razones asociadas al debut sexual y variables predictoras del uso del condón en adolescentes. Trabajo presentado en el XX Congreso Mexicano de Psicología, Cancún. *Memorias en extenso, 923-925*.
- Urzúa, A., & Zúñiga, P. (2008). Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. *Revista de Saúde Pública, 42*(5), 822-829.
- Valencia, C. (2004). Pedagogía de las ciencias sociales. *Revista de Estudios Sociales, 19*, 91-95.
- Valle, A., Cárdenas, D., Barjas, M., Carillo, I., López, E., & Ruíz, V. (octubre, 2013). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios, estudio comparativo entre tres áreas universitarias. Trabajo presentado en el XX Congreso Mexicano de Psicología, Guadalajara, Jalisco. *Memorias en extenso, 2444-2447*.
- Valle, A., Cárdenas, D., Barjas, M., Carillo, I., López, E., & Ruíz, V. (octubre, 2013). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios, estudio comparativo entre tres áreas universitarias. Trabajo presentado en el XX Congreso Mexicano de Psicología, Guadalajara, Jalisco. *Memorias en extenso, 2444-2447*.
- Vallejo, C. A., & López, U. F. (2004). Estilos parentales y bienestar psicológico durante la niñez. *Revista de Educación y Desarrollo, 2*, 83-86.
- van Dam, M. A. A. (2004). Mothers in two types of lesbian families: Stigma experiences, supports, and burdens. *Journal of Family Nursing, 10*(4), 450-484.
- van Empelen, P., Schaalma, H. P., Kok, G., & Jansen, M. W. J. (2001). Predicting condom use with casual and steady sex partners among drug users. *Health Education Research, 16*(3), 293-305.
- Varas-Díaz, N., Serrano-García, I., & Toro-Alfonso, J. (2005). AIDS-related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research, 15*(2), 169-187.
- Vargas, E. & Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: Una revisión. *Revista Colombiana de Psicología, (11)*, 115-134.



- Vázquez, M. C., & Caba, E. (2009). Salud y derechos sexuales y reproductivos en cooperación internacional. Guía metodológica. Recuperado de http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_derechos_sexuales_y_reproductivos.pdf
- Velázquez, N. I., Yunes, J. L. M., & Ávila, R. (2004). Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 61(1), 73-86.
- Vélez-Pastrana, M., C., González-Rodríguez, R., A., & Borges-Hernández, A. (2005). Family functioning and early onset of sexual intercourse in Latino adolescents. *Adolescence*, 40(160), 777-791.
- Villagrán, G., & Díaz-Loving, R. (1999). Conocimiento sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. En: R. Díaz-Loving y K. Torres (Eds.) *Juventud y SIDA: una visión psicosocial* (pp. 83-92). México: Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Psicología.
- von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Walker, A. J., & McGraw, L. A. (2000). Who is responsible for responsible fathering?. *Journal of Marriage and the Family*, 62(2), 563-569.
- Wallace, S. A. (2008). 63: I am my brother's keeper: Sibling influences on sexual attitudes and behaviors among urban black youth. *Journal of Adolescent Health*, 42(2), 43.
- Wamoyi, J., Fenwick, A., Urassa, M., Zaba, B., & Stones, W. (2010). Parent-child communication about sexual and reproductive health in rural Tanzania: Implications for young people's sexual health interventions. *Reproductive Health*, 7(1), 1-18.
- Ward, L. M. (2003). Understanding the role of entertainment media in the sexual socialization of American youth: A review of empirical research. *Developmental Review*, 23(3), 347-388.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. D. (2002). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. España: Herder.
- Weaver, M. A., Weaver, M. A., Joanis, C., Toroitich-Ruto, C., Parker, W., Gyamenah, N. A., Rinaldi, A., Omungo, Z., & Steiner, M. J. (2011). The effects of condom choice on self-reported condom use among men in Ghana, Kenya and South Africa: A randomized trial. *Contraception*, 84(3), 291-298.
- White, R. C. (2008). Aids and international women's health. En J. O'Brien (Ed.), *Encyclopedia of gender and society* (pp. 22-26). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Whiteman, S. D., & Christiansen, A. (2008). Processes of sibling influence in adolescence: Individual and family correlates. *Family Relations*, 57(1), 24-34.
- Widmer, E. D. (1997). Influence of older siblings on initiation of sexual intercourse. *Journal of Marriage and Family*, 59(4), 928-938.
- Wiemann, C. M., Chacko, M. R., Kozinets, C. A., DiClemente, R., Smith, P. B., Velasquez, M. M., & von Sternberg, K. (2009). Correlates of consistent condom use with main-new and main-old sexual partners. *Journal of Adolescent Health*, 45(3), 296-299.



- Williams, J. K., Ramamurthi, H. C., Manago, C., & Harawa, N. T. (2009). Learning from successful interventions: A culturally congruent HIV risk-reduction intervention for African American men who have sex with men and women. *American Journal Public Health, 99*(6), 1008-1012.
- Williamson, J. M., Kim, H., & Warner, L. (2007). Weighting condom use data to account for nonignorable cluster size. *Annals of Epidemiology 17*(8), 603-607.
- Wilson, B. D., & Miller, R. L. (2003). Examining strategies for culturally grounded HIV prevention: A review. *AIDS Education and Prevention, 15*(2), 184-202.
- Winkler, M., Pérez-Salas, C., & López, L. (2005). ¿Embarazo deseado o no deseado?: Representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres habitantes de la comuna de Talagante, región metropolitana. *Terapia Psicológica, 23*(2), 19-31.
- Wolffers, I. (1997). Culture, media, and HIV/AIDS in Asia. *The Lancet, 349*(9044), 52-54.
- Wolfradt, U., Hempel, S., & Miles, J. N. V. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences, 34*(3), 521-532.
- Wong, M. L., Lubek, I., Dy, B. C., Pen, S., Kros, S., & Chhit, M. (2003). Social and behavioural factors associated with condom use among direct sex workers in Siem Reap, Cambodia. *Sexually Transmitted Infections, 79*(2), 163-165.
- Wood, M. L., & Price, P. (1997). Machismo and marianismo: Implications for HIV/AIDS risk reduction and education. *American Journal of Health Studies, 13*(1), 44-52.
- Wright, P. J. (2009). Father-child sexual communication in the United States: A review and synthesis. *Journal of Family Communication, 9*(4), 233-250.
- Wu, J., Witkiewitz, K., McMahon, R. J., & Dodge, K. A. (2010). A parallel process growth mixture model of conduct problems and substance use with risky sexual behavior. *Drug and Alcohol Dependence, 111*(3), 207-214.
- Wyatt, G. E. (2009). Enhancing cultural and contextual intervention strategies to reduce HIV/AIDS among African Americans. *American Journal Public Health, 99*(11), 1941-1945.
- Yang, C., Latkin, C., Luan, R., & Nelson, K. (2010). Peer norms and consistent condom use with female sex workers among male clients in Sichuan province, China. *Social Science & Medicine, 71*(4), 832-839.
- Yang, H., Stanton, B., Li, X., Cottrel, L., Galbraith, J., & Kaljee, L. (2007). Dynamic association between parental monitoring and communication and adolescent risk involvement among African-American adolescents. *Journal of the National Medical Association, 99*(5), 517-524.
- Younglich, A. (1964). Explorations in sociological study of sibling systems. *The Family Life Coordinator, 13*(4), 91-94.
- Yzer, M. (2012). The Integrative Model of Behavioral prediction as a tool for designing health messages. En H. Cho (Ed.), *Health communication Message Design. Theory and Practice* (pp. 21-40). United States of America: SAGE Publications, Inc.,
- Zakeri, H., & Karimpour, M. (2011). Parenting styles and self-esteem. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 29*(0), 758-761.



-
- Zamboni, B. D., Crawford, I., & Williams, P. G. (2000). Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: Implications for HIV prevention. *AIDS Education and Prevention, 12*(6), 492-504.
- Zárate, M. A. (2002). Los estereotipos, el prejuicio y la discriminación. En Ch. Kimble, E. Hirt, R. Díaz-Loving, H. Hosch, G. W. William, & M. Zárate (Eds.), *Psicología social de las Américas* (pp. 409-434). México: Pearson Educación.
- Zhang, L., Li, X., Shah, I. H., Baldwin, W., & Stanton, B. (2007). Parent-adolescent sex communication in China. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 12*(2), 138-147.

APÉNDICES

APÉNDICE A

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS INDIVIDUALES

DATOS PERSONALES

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre algunos datos personales, por favor llena los espacios en blanco con la información que se te solicita; y en las preguntas, marca con una "X" la opción de respuesta que mejor refleje tu situación.

D1. Nombre de la escuela o facultad en la cual cursas tus estudios _____

D2 ¿Qué carrera te encuentras estudiando? _____

D3 ¿Cuál es el semestre que cursas actualmente? _____

D5. ¿En qué delegación/municipio está ubicada la casa donde habitas actualmente? _____

D6. ¿Cuál es tu sexo? **Hombre (1) Mujer (2)**

D7. ¿Cuál es tu edad? _____ años cumplidos.

D8. ¿Cuál es tu estado civil?

Soltero/a (1) Casado/a (2) Unión Libre (3) Otro (7) ¿Cuál? _____

D9. ¿Qué religión profesas?

Católica (1) Cristiana (2) Testigo de Jehová (3) No profeso ninguna religión (4) No sé (5) Otra (6) ¿Cuál? _____

D10. ¿Cuál es tu orientación sexual?

Solamente por los hombres (1)

Solamente por las mujeres (2)

Por hombres y mujeres (3)

D11. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (sexo vaginal o anal)?

Si (1) No (2)

APÉNDICE B

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS FAMILIARES

DATOS DE TU FAMILIA

HERMANOS

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre algunos datos de tus hermanos, por favor llena los espacios en blanco con la información que se te solicita; y en las preguntas, marca con una "X" la opción de respuesta que mejor refleje la situación de tus hermanos.

DF12. ¿Tienes hermanos (no importa si son hombres o mujeres)? **Si (1)** **No (2)**

DF13. ¿Cuántos hermanos/hermanas tienes? _____ **hermanos/hermanas** (escribe el número, por favor evita poner afirmaciones como "muchos", "demasiados", "pocos", etcétera).

DF14. Tu(s) hermano(s) ha(n) tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio.

Si (1) **No (2)** **No sé (3)**

DF15. Tienes o has tenido un/a hermano/a que haya tenido un embarazo no planeado.

Si (1) **No (2)** **No sé (3)**

PADRES

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre algunos datos de tus padres, por favor llena los espacios en blanco con la información que se te solicita; y en las preguntas, marca con una "X" la opción de respuesta que mejor refleje la situación de tus padres.

DF16. ¿Cómo viven tus papás? **Juntos (1)** **Separados (2)**

DF17. ¿Con quién vives actualmente? (sin considerar a tus hermanos/hermanas y familia extensa).

Con ambos padres (1)

Con mi pareja (4)

Solamente con mi madre (2)

Con alguno de mis padres y mi pareja (5)

Solamente con mi padre (3)

Con ambos padres y mi pareja (6)

Las siguientes preguntas contéstalas en función de las personas que viven contigo en casa. Si solamente vives con tu madre contesta las preguntas referentes a ella en la columna que tiene la etiqueta "Madre", por el contrario, si vives solo con tu padre, contesta únicamente las preguntas ubicadas en la columna con la etiqueta "Padre". Si vives con ambos padres por favor contesta ambas columnas. Si no vives ni con tú padre ni con tú madre deja en blanco esta sección.

PADRE**MADRE**

DF18.	¿Qué edad tiene tu padre? _____ años cumplidos	¿Qué edad tiene tu madre? _____ años cumplidos
DF19.	¿Cuál es el último nivel de estudios que concluyó tu padre? (1) Sin estudios (2) Primaria (3) Secundaria (4) Preparatoria (5) Universidad (6) Posgrado (7) Carrera Técnica (8) Otro. ¿Cuál? _____	¿Cuál es el último nivel de estudios que concluyó tu madre? (1) Sin estudios (2) Primaria (3) Secundaria (4) Preparatoria (5) Universidad (6) Posgrado (7) Carrera Técnica (8) Otro. ¿Cuál? _____
DF20.	¿Actualmente trabaja tu padre? Si (1) No (2)	¿Actualmente trabaja tu madre? Si (1) No (2)
DF21.	¿Cuántas horas diarias trabaja tu padre? _____ horas diarias	¿Cuántas horas diarias trabaja tu madre? _____ horas diarias
DF22.	¿Qué religión profesa tu padre? (1) Católica (2) Cristiana (3) Testigo de Jehová (4) No profesa ninguna religión (5) No sé (6) Otra. ¿Cuál? _____	¿Qué religión profesa tu madre? (1) Católica (2) Cristiana (3) Testigo de Jehová (4) No profesa ninguna religión (5) No sé (6) Otra. ¿Cuál? _____

	¿Cuál es el estado civil de tu padre?	¿Cuál es el estado civil de tu madre?
	(1) Casado	(1) Casada
	(2) Unión libre	(2) Unión Libre
	(3) Soltero	(3) Soltera
DF23.	(5) Divorciado	(4) Divorciada
	(5) Separado	(5) Separada
	(6) Viudo	(6) Viuda

DF24. ¿Cuántas personas reciben un sueldo o algún pago económico por el trabajo que realizan? _____ **personas** (escribe el número, por favor evita poner afirmaciones como “muchas”, “demasiadas”, “pocas”, etcétera).

DF25. ¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales de las personas que trabajan y viven contigo?

- (1) De 1 a 34 salarios mínimos (de \$57.5 a menos de \$2, 000)
- (2) De 35 a 69 salarios mínimos (de \$2, 000 a \$3, 999)
- (3) De 70 a 104 salarios mínimos (de \$ 4,000 a \$5,999)
- (4) De 105 a 173 salarios mínimos (de \$6,000 a \$9,999)
- (5) Más de 174 salarios mínimos (más de \$10, 000)
- (6) No sé

APÉNDICE C

**PRUEBAS Y ESCALAS PARA
EVALUAR LAS VARIABLES DEL
SISTEMA INDIVIDUAL**

CONOCIMIENTOS SOBRE USO CORRECTO DEL CONDÓN

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones relacionadas con el uso correcto del condón. Marca con una "X" la opción que consideres correcta para cada una de las afirmaciones. Si no posees la información suficiente para contestar a alguna afirmación tacha con una "X" la opción de respuesta No sé. Recuerda que a cada afirmación le corresponde una respuesta

CUC4	Si se colca un condón en el pene, sin que lo cubra totalmente, se elimina el riesgo de que el preservativo se salga durante el acto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CUC9	Cuando se coloca un condón, es importante que ajuste perfectamente, no dejando espacio en la punta.	Cierto	Falso	No sé
CUC13	Los lubricantes a base de aceite solo pueden usarse con los condones de látex.	Cierto	Falso	No sé
CUC14	Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa.	Cierto	Falso	No sé
CUC16	Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH.	Cierto	Falso	No sé
CUC18	Dejar un espacio sin aire en la punta del condón cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CUC20	Si se baja el condón con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe.	Cierto	Falso	No sé

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA E ITS

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el uso del condón. Marca con una "X" la opción que consideres correcta para cada una de las afirmaciones. Si no posees la información suficiente para contestar a alguna afirmación tacha con una "X" la opción de respuesta No sé. Recuerda que a cada afirmación le corresponde una respuesta

CVIH1	Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años.	Cierto	Falso	No sé
CVIH2	Las jeringas desechables y las esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.	Cierto	Falso	No sé
CITS3	Hay ITS que se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.	Cierto	Falso	No sé
CVIH5	Una persona recién infectada por el VIH presenta inmediatamente los síntomas.	Cierto	Falso	No sé
CVIH6	La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.	Cierto	Falso	No sé

CITS7	El uso correcto y constante del condón puede prevenir el contagio de algunas ITS.	Cierto	Falso	No sé
CVIH8	Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA.	Cierto	Falso	No sé
CITS10	El virus del papiloma humano y el virus del herpes genital son infecciones de transmisión sexual que son provocados por bacterias	Cierto	Falso	No sé
CVIH11	Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.	Cierto	Falso	No sé
CITS12	El virus del <i>papiloma humano</i> y el virus del <i>herpes genital</i> no tienen cura.	Cierto	Falso	No sé
CITS15	Una persona infectada por el virus del herpes simple (VHS) puede pasar años sin presentar sintomatología.	Cierto	Falso	No sé
CVIH17	Una persona con el VIH sin síntomas de la enfermedad puede transmitir el virus a otra persona mediante contacto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CITS19	El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.	Cierto	Falso	No sé

COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA

Si nunca en tu vida has tenido pareja no contestes esta sección y pasa al siguiente apartado. Si actualmente no tienes pareja contéstala pensando en la última pareja que tuviste.

Señala con una "X" la frecuencia con la que **platicas con tu pareja actual** (o última pareja) sobre los siguientes temas sexuales. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas y a cada afirmación le corresponde una respuesta. Considera que las opciones de respuesta que tienes son: **1=Nunca 2=Rara vez 3=Algunas veces 4=Muchas veces 5=Una gran cantidad de veces.**

Qué tan frecuentemente hablo con mi PAREJA sobre los siguientes temas:		Opciones de respuestas				
		1	2	3	4	5
C1	Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
C2	Ventajas y desventajas sobre el uso de pastillas anticonceptivas	1	2	3	4	5
C3	Cómo usar los métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5
C4	Cómo protegerte en las relaciones sexuales	1	2	3	4	5
C5	Dónde comprar los condones masculinos	1	2	3	4	5
C6	Las posibles consecuencias de un embarazo	1	2	3	4	5
C7	La posibilidad de tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
C8	El posponer un encuentro sexual	1	2	3	4	5
C9	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5
C10	Cómo usar un condón masculino	1	2	3	4	5

CI1	El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual	1	2	3	4	5
CI2	Cómo son los condones masculinos	1	2	3	4	5
CI3	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
CI4	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
CI5	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
CI6	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH	1	2	3	4	5

ESTILOS DE NEGOCIACIÓN

A continuación encontraras una serie de afirmaciones. Para cada una indica con una "X" en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo. Si actualmente no tienes pareja contesta esta sección pensando en la última relación de pareja que tuviste. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas y a cada afirmación le corresponde una respuesta. Considera que las opciones de respuesta que tienes son: **1=Totalmente en Desacuerdo; 2=Desacuerdo; 3=Indeciso (ni acuerdo ni en desacuerdo); 4=Acuerdo; 5=Totalmente de Acuerdo.**

EN1	Trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN2	Impongo mi forma de ser en el terreno sexual.	1	2	3	4	5
EN3	Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN4	Trato de salirme con la mía cada vez que puedo cuando se trata de relacionarse sexualmente.	1	2	3	4	5
EN5	Cambio mi posición sobre protegerme sexualmente con tal de prevenir conflictos.	1	2	3	4	5
EN6	Me esfuerzo por salirme con la mía cuando se trata de protegerse sexualmente.	1	2	3	4	5
EN7	Busco la ayuda de mi pareja para lograr una solución mutuamente satisfactoria sobre usar el condón.	1	2	3	4	5
EN8	Me adapto a los deseos de mi pareja para protegernos sexualmente aunque inicialmente esté en desacuerdo.	1	2	3	4	5
EN9	Trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón.	1	2	3	4	5
EN10	Comparto los problemas con mi pareja de tal manera que podamos encontrar juntos una solución para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN11	Me adapto a los deseos de mi pareja cuando hay desacuerdo entre nosotros para usar el condón.	1	2	3	4	5
EN12	No discuto temas sexuales que pueden provocar conflicto.	1	2	3	4	5

EN13	Evito decir cosas que podrían causar desacuerdo sobre la forma de protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN14	Busco soluciones equitativas entre mi pareja y yo cuando hay un conflicto para usar el condón.	1	2	3	4	5
EN15	Me adapto fácilmente a la forma de ser de mi pareja.	1	2	3	4	5

APÉNDICE D

**ESCALAS PARA EVALUAR LAS
VARIABLES DEL SISTEMA
FRATERO**

LA RELACIÓN QUE TENGO CON MIS HERMANOS/HERMANAS

A continuación encontraras un listado de acciones y sentimientos con respecto a la relación que mantienes con tu hermano/hermana mayor y menor. Para cada una de las acciones y sentimientos indica con una "X" su frecuencia. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas y a cada afirmación le corresponde una respuesta. Considera que las opciones de respuesta que tienes son: **1=Nunca 2=Rara vez 3=Algunas veces 4=Muchas veces 5=Una gran cantidad de veces.**

LA RELACIÓN CON MI HERMANO(A) MAYOR

Voy a contestar este apartado de la encuesta pensando en:

Mi HERMANO mayor (1)

Mi HERMANA mayor (2)

No tengo hermanas/hermanos mayores (3)

Si no tienes hermano/hermana **MAYOR**, no contestes esta sección y pasa al siguiente apartado titulado "La relación con mi hermano(a) menor"

En los últimos seis meses:		Opciones de respuestas				
Ce1M	La comunicación que tengo con mi hermano(a) MAYOR está basada en la confianza.	1	2	3	4	5
Ce2M	Me siento cercano a mi hermano(a) MAYOR cuando me expresa su cariño.	1	2	3	4	5
Ce3M	La confianza que le tengo a mi hermano(a) MAYOR está basada en el apoyo que me ofrece.	1	2	3	4	5
Ce4M	La confianza que le tengo a mi hermano(a) MAYOR está basada en el respeto mutuo que nos tenemos.	1	2	3	4	5
Ce5M	Me siento cercano a mi hermano(a) MAYOR cuando platicamos.	1	2	3	4	5
Ce6M	Me siento cercano a mi hermano(a) MAYOR cuando me demuestra su amor.	1	2	3	4	5
Ce7M	Me siento cercano a mi hermano(a) MAYOR cuando me demuestra su apoyo.	1	2	3	4	5
Ce8M	Me siento cercano a mi hermano(a) MAYOR cuando me ayuda a realizar algunas de mis actividades.	1	2	3	4	5
Ce9M	La confianza que le tengo a mi hermano(a) MAYOR está basada en la comunicación que tenemos.	1	2	3	4	5

LA RELACIÓN CON MI HERMANO(A) MENOR

Voy a contestar este apartado de la encuesta pensando en:

Mi HERMANO menor (1)

Mi HERMANA menor (2)

No tengo hermanas/hermanos menores (3)

Si no tienes hermano/hermana **MENOR**, no contestes esta sección y pasa a la siguiente sección titulada “La relación que tengo con mis padres”.

En los últimos seis meses:		Opciones de respuestas				
Ce1m	La comunicación que tengo con mi hermano(a) MENOR está basada en la confianza.	1	2	3	4	5
Ce2m	Me siento cercano a mi hermano(a) MENOR cuando me expresa su cariño.	1	2	3	4	5
Ce3m	La confianza que le tengo a mi hermano(a) MENOR está basada en el apoyo que me ofrece.	1	2	3	4	5
Ce4m	La confianza que le tengo a mi hermano(a) MENOR está basada en el respeto mutuo que nos tenemos.	1	2	3	4	5
Ce5m	Me siento cercano a mi hermano(a) MENOR cuando platicamos.	1	2	3	4	5
Ce6m	Me siento cercano a mi hermano(a) MENOR cuando me demuestra su amor.	1	2	3	4	5
Ce7m	Me siento cercano a mi hermano(a) MENOR cuando me demuestra su apoyo.	1	2	3	4	5
Ce8m	Me siento cercano a mi hermano(a) MENOR cuando me ayuda a realizar algunas de mis actividades.	1	2	3	4	5
Ce9m	La confianza que le tengo a mi hermano(a) MENOR está basada en la comunicación que tenemos.	1	2	3	4	5

APÉNDICE E

**CUESTIONARIOS Y ESCALAS PARA
EVALUAR LAS VARIABLES DEL
SISTEMA PARENTAL**

LA RELACIÓN QUE TENGO CON MIS PADRES

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones acerca de la forma de ser de tu papá y de tu mamá, indica que tan cierto te parece lo que se dice de cada uno, utilizando las siguientes opciones de respuesta: **1=Totalmente cierto 2=Medianamente cierto 3=Poco cierto 4=Muy poco cierto.**

Para cada una de las afirmaciones indica con una "X" la respuesta. No olvides que debes elegir por separado la respuesta que mejor describa el comportamiento de cada uno de tus padres.

Si por alguna situación no tienes padre o madre deja en blanco la columna correspondiente.

		Papá				Mamá			
ED1	Mi papá/mamá me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone.	1	2	3	4	1	2	3	4
EP2	Mi papá/mamá me permite decidir la mayor parte de las cosas por mi mismo.	1	2	3	4	1	2	3	4
EAU3	Cuando mi papá/mamá me pide que haga algo espera que lo haga inmediatamente y sin hacer preguntas.	1	2	3	4	1	2	3	4
ED4	Mi papá/mamá toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos.	1	2	3	4	1	2	3	4
EN5	A mi papá/mamá parece importarle poco lo que me suceda.	1	2	3	4	1	2	3	4
EAU6	Mi papá/mamá piensa que debe usarse la fuerza para que los hijos se comporten correctamente.	1	2	3	4	1	2	3	4
ED7	Cuando mi papá/mamá quiere que yo haga algo me explica las razones.	1	2	3	4	1	2	3	4
EP8	Mi papá/mamá me da libertad para actuar y comportarme como yo lo desee.	1	2	3	4	1	2	3	4
EN9	Mi papá/mamá regatea mucho cualquier ayuda que le pida.	1	2	3	4	1	2	3	4
EAU 10	Mi papá/mamá piensa que una disciplina firme y rigurosa es la mejor manera de educar a los hijos.	1	2	3	4	1	2	3	4
EN11	En la casa cada quien hace lo que quiere y nadie la pide cuentas.	1	2	3	4	1	2	3	4
EAU12	Mi papá/mamá no acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones.	1	2	3	4	1	2	3	4
ED13	Mi papá/mamá dirige nuestras actividades y conductas convenciéndonos con razones.	1	2	3	4	1	2	3	4
EP14	Mi papá/mamá es muy tolerante y permisivo(a) conmigo.	1	2	3	4	1	2	3	4
EN15	Mi papá/mamá es poco responsable conmigo.	1	2	3	4	1	2	3	4
ED16	Mi papá/mamá es poco comprensivo(a).	1	2	3	4	1	2	3	4

EAU17	Cuando mi papá/mamá piensa que debo hacer algo me obliga a hacerlo aunque no quiera.	1	2	3	4	1	2	3	4
EP18	Mi papá/mamá nos permite tener nuestras propias opiniones sobre asuntos de la familia y decidir por nosotros mismos lo que vamos a hacer.	1	2	3	4	1	2	3	4
EN19	Mi papá/mamá se mantiene alejado y ajeno a lo que hacemos sus hijos.	1	2	3	4	1	2	3	4
ED20	Cuando mi papá/mamá toma una decisión que me afecta, él/ella está dispuesto(a) a discutirla conmigo y aceptar que cometió un error.	1	2	3	4	1	2	3	4
EAU21	Mi papá/mamá me exige que haga las cosas exactamente como él/ella quiere.	1	2	3	4	1	2	3	4
EN22	Mi papá/mamá se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos.	1	2	3	4	1	2	3	4
ED23	Mi papá/mamá ha puesto reglas claras de comportamiento y las adapta a las necesidades de sus hijos.	1	2	3	4	1	2	3	4
EN24	Mi papá/mamá se interesa muy poco en lo que hago o dejo de hacer.	1	2	3	4	1	2	3	4
EP25	Mi papá/mamá es muy consentidor(a) conmigo.	1	2	3	4	1	2	3	4
EAU26	Mi papá/mamá se entromete en todos mis asuntos.	1	2	3	4	1	2	3	4
EAU27	Mi papá/mamá me deja poco margen para que yo pueda decidir lo que quiero hacer.	1	2	3	4	1	2	3	4
EP28	Mi papá/mamá acepta fácilmente las disculpas y justificaciones que doy de mis errores y malas conductas.	1	2	3	4	1	2	3	4
EAU29	Mi papá/mamá me ha impuesto una disciplina rígida y severa.	1	2	3	4	1	2	3	4
EP30	Mi papá/mamá piensa que debe respetarse la manera de ser de los hijos.	1	2	3	4	1	2	3	4
EP31	Mi papá/mamá rara vez me dice lo que espera de mi y de mi comportamiento.	1	2	3	4	1	2	3	4

COMUNICACIÓN SEXUAL CON LOS PADRES

Señala con una “X” la frecuencia con la que platicas con tu papá y/o tu mamá sobre los siguientes temas sexuales. *Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas y a cada afirmación le corresponde una respuesta. Considera que las opciones de respuesta que tienes son: 1=Nunca 2=Rara vez 3=Algunas veces 4=Muchas veces 5=Una gran cantidad de veces.*

Temas de conversación		Papá					Mamá				
C1	Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C2	Cómo manejar la presión de tus amigos y tu pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C3	Ventajas y desventajas sobre el uso de pastillas anticonceptivas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C4	Cómo usar los métodos anticonceptivos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C5	Cómo protegerte en las relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C6	Dónde comprar los condones masculinos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C7	Las posibles consecuencias de un embarazo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C8	La posibilidad de tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C9	El posponer un encuentro sexual.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C10	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C11	Cómo usar un condón masculino.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C12	El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C13	Cómo son los condones masculinos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C14	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C15	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C16	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C17	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

APÉNDICE F

**INVENTARIO PARA EVALUAR LAS
VARIABLES DEL SISTEMA
CULTURAL**

LO QUE CREO SOBRE HOMBRES Y MUJERES

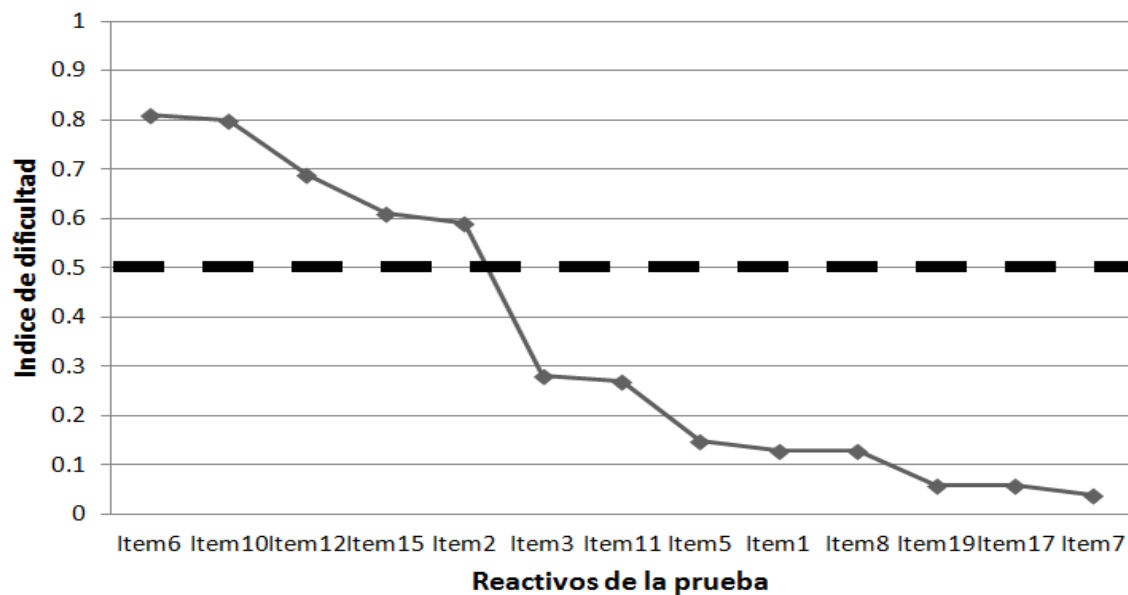
A continuación encontraras una serie de afirmaciones. Para cada una indica con una "X" en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Recuerda que a cada afirmación le corresponde una respuesta. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Las opciones para que respondas son: **1= Totalmente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4= De acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo.**

EGF1	Una madre es más cariñosa que un padre.	1	2	3	4	5
EGH2	Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente a su hogar y a su marido.	1	2	3	4	5
EGH3	La mujer tiene habilidades innatas para el quehacer doméstico.	1	2	3	4	5
EGF4	La mujer tiene mayor capacidad para cuidar a los hijos enfermos.	1	2	3	4	5
EGF5	Los hijos son mejor educados por una madre que por un padre.	1	2	3	4	5
EGF6	Es el hombre quien debe encargarse de proteger a la familia.	1	2	3	4	5
EGH7	Una familia funciona mejor si es el hombre quien establece las reglas del hogar.	1	2	3	4	5
EGH8	Una mujer se realiza plenamente hasta que se convierte en madre.	1	2	3	4	5
EGF9	Los hijos obedecen cuando es el padre y no la madre quien los regaña.	1	2	3	4	5
EGH10	La mujer debe llegar virgen al matrimonio.	1	2	3	4	5
EGF11	Aunque las mujeres trabajen fuera del hogar, es el hombre quien tiene que hacerse responsable del sostén de la familia.	1	2	3	4	5
EGH12	El eje de una familia es indudablemente el padre.	1	2	3	4	5

APÉNDICE G

**TABLAS Y FIGURAS: ANÁLISIS
DISCRIMINANTE, ÍNDICE DE
DIFICULTAD Y ANÁLISIS
FACTORIAL**

Apéndice G1. Índice de dificultad (ID) por reactivo de la Prueba de Conocimientos acerca de VIH/SIDA e ITS.



Apéndice G2. Poder de discriminación por reactivo de la Prueba de Conocimientos acerca del VIH/SIDA e ITS.

Reactivo	% participantes que respondieron correctamente		χ^2	p
	Gpo. Bajo n= 84	Gpo. Alto n= 91		
1	61.9	97.8	35.957	<.001
2	21.4	65.9	35.020	<.001
3	52.3	87.9	26.705	<.001
5	58.3	95.6	35.035	<.001
6	8.3	37.3	20.518	<.001
7	88.0	98.9	8.658	<.004
8	73.8	91.2	9.310	<.003
10	3.5	40.6	34.075	<.001
11	47.6	87.9	32.906	<.001
12	11.7	69.2	59.039	<.001
15	16.6	72.5	54.924	<.001
17	77.6	100	21.736	<.001
19	83.3	98.9	13.508	<.001

Apéndice G3. *Media y MT de la Prueba de Conocimientos acerca del VIH/SIDA e ITS.*

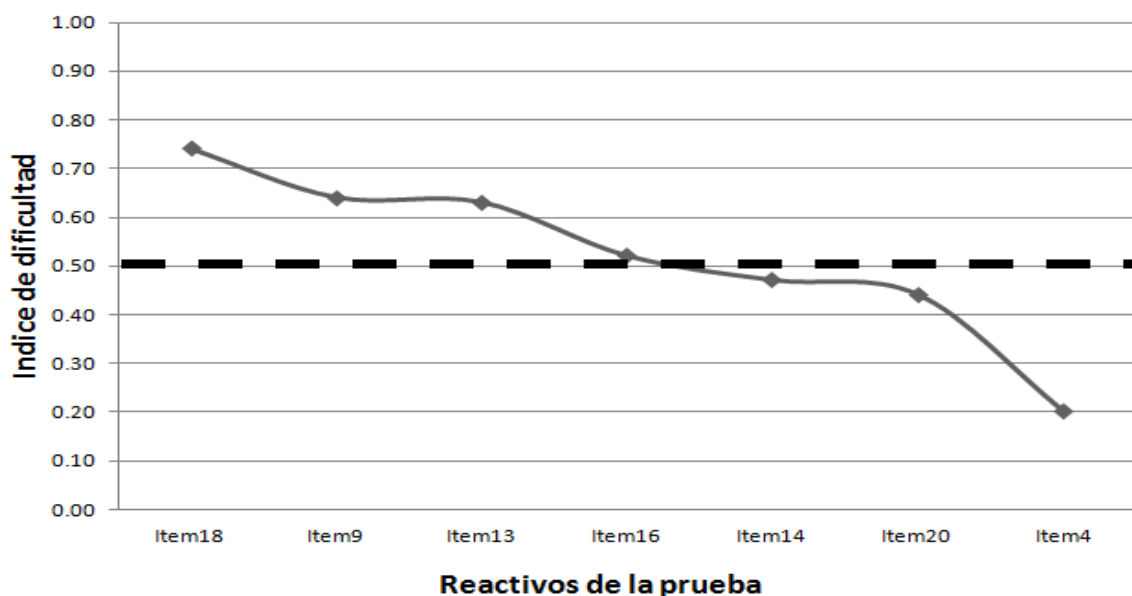
Conocimientos	No. de reactivos	Mínimo-máximo	MT	\bar{x}
VIH	7	0-7	3.5	4.12
ITS	6	0-6	3	2.58
Total	13	0-13	6.5	8.38

Apéndice G4. *Respuestas correctas por área de la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA/ITS y uso correcto del condón.*

Ítem	Área	Dimensión	Reactivo	Respuesta correcta
1		Sintomatología VIH	Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años.	Cierto
5		Sintomatología VIH	Una persona recién infectada por el VIH presenta inmediatamente los síntomas.	Falso
17		Sintomatología VIH	Una persona con el VIH puede transmitirlo a través de las relaciones sexuales aun cuando no presente síntomas.	Cierto
6	VIH	Transmisión VIH	La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.	Cierto
8		Transmisión VIH	Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA.	Cierto
2		Transmisión VIH	Las jeringas desechables y las esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.	Falso
11		Prevención VIH	Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.	Cierto
3		Transmisión sobre ITS	Hay ITS que se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.	Cierto
7		Transmisión sobre ITS	El uso correcto y constante del condón puede prevenir el contagio de algunas ITS.	Cierto
19	ITS	Transmisión sobre ITS	El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.	Cierto
10		Características ITS	El virus del papiloma humano y el virus del herpes genital son infecciones de transmisión sexual que son provocados por bacterias.	Falso

12	Características ITS	El virus del papiloma humano y el virus del herpes genital no tienen cura.	Cierto
15	Características ITS	Una persona infectada por el VSH puede pasar años sin presentar sintomatología.	Cierto
<hr/>			
4		Si al colocar el condón en el pene erecto no se baja hasta la base del pene no hay problema de que se salga durante el acto sexual.	Falso
9		Cuando se coloca un condón, es importante que ajuste perfectamente, no dejando espacio en la punta.	Falso
13		Los lubricantes a base de aceite solo pueden usarse con los condones de látex	Falso
14		Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa.	Falso
16		Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH.	Falso
18		Dejar un espacio sin aire en la punta del condón cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual.	Cierto
20	Uso correcto del condón	Si se baja el condón con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura hace menos probable que se dañe.	Cierto

Apéndice G5. Índice de dificultad (ID) por reactivo de la Prueba de Conocimientos acerca del uso correcto del condón.



Apéndice G6. Poder de discriminación por reactivo de la Prueba de Conocimientos acerca del uso correcto del condón.

Reactivo	% participantes que respondieron correctamente		χ^2	p
	Gpo. Bajo $n= 83$	Gpo. Alto $n= 156$		
4	59.0	93.5	43.063	<.001
9	16.8	50.6	25.997	<.001
13	8.4	58.3	55.763	<.001
14	24.0	71.1	48.435	<.001
16	15.6	65.3	53.651	<.001
18	10.8	36.5	17.894	<.001
20	25.3	75.6	56.417	<.001

Apéndice G7. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la Escala de Comunicación Sexual con la Pareja.

Item	Gpo. Bajo $n= 73$		Gpo. Alto $n= 70$		t	gl	p
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE			
1	2.22	1.22	4.69	.649	15.105	110.33	<.001
2	2.45	1.17	4.94	.289	17.509	80.98	<.001
3	2.42	1.18	4.90	.302	17.203	81.63	<.001
4	2.90	1.27	4.97	.168	13.771	74.61	<.001
5	2.44	1.42	4.93	.491	14.094	89.53	<.001
6	3.08	1.45	4.99	.120	11.172	73.01	<.001
7	3.34	1.52	4.99	.120	9.205	72.92	<.001
8	2.41	1.21	4.77	.685	14.419	114.67	<.001
9	2.36	1.27	4.97	.239	17.234	77.28	<.001
10	1.78	1.12	4.96	.204	23.800	76.96	<.001
11	1.70	.967	4.87	.414	25.676	98.42	<.001
12	1.56	.913	4.93	.393	28.857	98.65	<.001
13	1.77	1.11	4.96	.204	24.090	77.04	<.001
14	1.62	.967	4.91	.371	27.144	93.49	<.001
15	1.30	.701	4.24	1.27	16.955	106.03	<.001
16	1.41	.742	4.86	.427	34.205	115.84	<.001

G8. Validez de constructo y consistencia interna de la Escala de Comunicación Sexual con la Pareja.

Número de reactivo y factores		Carga factorial	
Factor 1: Comunicación sexual sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino			
15	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA.	.819	
16	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH.	.812	
13	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA.	.779	
14	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA.	.772	
12	Cómo son los condones masculinos.	.764	
11	El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual.	.716	
10	Cómo usar un condón masculino.	.683	
Factor 2 Comunicación sexual sobre métodos anticonceptivos y consecuencias de tener relaciones sexuales			
6	Las posibles consecuencias de un embarazo.	.830	
7	La posibilidad de tener relaciones sexuales.	.815	
4	Cómo protegerte en las relaciones sexuales.	.758	
3	Cómo usar los métodos anticonceptivos.	.724	
2	Ventajas y desventajas sobre el uso de pastillas anticonceptivas.	.715	
5	Dónde comprar los condones masculinos.	.587	
9	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos.	.575	
8	El posponer un encuentro sexual.	.534	
1	Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA.	.521	
	Valores Eigen	9.469	1.224
	% varianza explicada	59.181	7.650
	Alfa de Cronbach	.936	.915
	% varianza explicada total	66.83	
	Alfa de Cronbach total	.952	

Apéndice G9. Media y MT de la Escala de Comunicación Sexual con la Pareja.

Factor	No. de ítems	Mínimo-máximo	MT	\bar{X}
1	7	7-35	21	22.8
2	9	9-45	27	35.0
Escala Global	16	16-80	48	58.1

Apéndice G10. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la Escala de Estilos de Negociación del uso del condón.

Item	Gpo. Bajo n= 73		Gpo. Alto n= 70		t	gl	p
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE			
1	3.53	1.62	4.79	.59	6.566	105.87	<.001
2	2.57	1.34	3.44	1.11	4.455	154.94	<.001
3	3.52	1.49	4.55	.722	5.595	120.97	<.001
4	2.08	1.38	2.80	1.48	3.133	151.59	<.002
5	1.87	1.22	3.29	1.52	6.437	142.18	<.001
6	2.71	1.46	4.16	1.24	6.737	155.43	<.001
7	3.42	1.58	4.56	.683	5.957	113.77	<.001
8	2.04	1.17	3.93	1.11	10.399	155.53	<.001
9	3.28	1.64	4.60	.59	6.868	104.98	<.001
10	3.49	1.57	4.68	.52	6.485	101.69	<.001
11	1.83	.99	3.61	1.18	10.171	145.39	<.001
12	1.78	1.18	2.53	1.45	3.537	142.60	<.001
13	1.76	1.03	3.15	1.477	6.780	130.67	<.001
14	3.49	1.50	4.36	.880	4.474	134.64	<.001
15	2.29	1.21	3.84	.973	8.893	153.83	<.001

Apéndice G11. Validez de constructo y consistencia interna de la Escala de Estilos de Negociación del uso del condón.

Número de reactivo y factores	Carga factorial			
	1	2	3	4
Factor 1: Estilo de negociación equidad- colaboración				
1 Trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente.	.846			
10 Comparto los problemas con mi pareja de tal manera que podamos encontrar juntos una solución para protegernos sexualmente.	.831			
7 Busco la ayuda de mi pareja para lograr una solución mutuamente satisfactoria sobre usar el condón.	.825			
9 Trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón.	.807			
3 Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente.	.801			
14 Busco soluciones equitativas entre mi pareja y yo cuando hay un conflicto para usar el condón.	.578			
Factor 2: Estilo de negociación acomodación				
11 Me adapto a los deseos de mi pareja cuando hay desacuerdo entre nosotros para usar el condón.		.821		
8 Me adapto a los deseos de mi pareja para protegernos sexualmente aunque inicialmente esté en desacuerdo.		.795		
15 Me adapto fácilmente a la forma de ser de mi pareja.		.559		

Factor 3: Estilo de negociación evitación

12	No discuto temas sexuales que pueden provocar conflicto.	.824
13	Evito decir cosas que podrían causar desacuerdo sobre la forma de protegernos sexualmente.	.795
5	Cambio mi posición sobre protegerme sexualmente con tal de prevenir conflictos.	.530

Factor 4: Estilo de negociación contender

4	Trato de salirme con la mía cada vez que puedo cuando se trata de relacionarse sexualmente.	.739			
2	Impongo mi forma de ser en el terreno sexual.	.715			
6	Me esfuerzo por salirme con la mía cuando se trata de protegerse sexualmente.	.648			
	Valores Eigen	4.003	2.395	1.531	1.062
	% varianza explicada	26.68	15.96	10.20	7.08
	Alfa de Cronbach	.877	.632	.595	.495
	% varianza explicada total	59.93			
	Alfa de Cronbach total	.668			

Apéndice G12. *Media observada y MT de la Escala de Negociación del uso del Condón*

Factor	No. de ítems	Mínimo-máximo	MT	\bar{X}
1	6	6-30	18	25.0
2	3	3-15	9	8.7
3	3	3-15	9	6.7
4	3	3-15	9	9.0
Escala Global	15	15-75	45	49.4

Apéndice G13. *Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la Escala de Relaciones Fraternas con el hermano mayor.*

Ítem	Gpo. Bajo n= 49		Gpo. Alto n= 54		t	gl	p
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE			
1	2.41	1.03	5.00	.00	17.459	48.000	<.001
2	2.14	.89	4.94	.23	21.395	53.879	<.001
3	2.29	1.04	4.93	.26	17.259	53.617	<.001
4	2.51	1.15	4.98	.13	14.860	49.206	<.001
5	2.29	.95	4.98	.13	19.531	49.761	<.001
6	2.24	1.05	4.96	.19	17.832	50.865	<.001
7	2.59	1.03	5.00	.00	16.221	48.000	<.001
8	2.31	.89	5.00	.00	21.081	48.000	<.001
9	2.20	1.08	4.98	.13	17.878	49.384	<.001

Apéndice G14. Validez de constructo y consistencia interna de la Escala de Relaciones Fraternas con el hermano mayor.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Cercanía afectiva-fraterna basada en el apoyo y la confianza con el hermano mayor		
5	Me siento cercano a mi hermano(a) mayor cuando platicamos.	.922
9	Me siento cercano a mi hermano(a) mayor cuando me expresa su cariño.	.921
3	La confianza que le tengo a mi hermano(a) mayor está basada en el apoyo que me ofrece.	.916
6	Me siento cercano a mi hermano(a) mayor cuando me demuestra su amor..	.904
7	Me siento cercano a mi hermano(a) mayor cuando me demuestra su apoyo.	.903
2	La confianza que le tengo a mi hermano(a) mayor está basada en la comunicación que tenemos.	.893
4	La confianza que le tengo a mi hermano(a) mayor está basada en el respeto mutuo que nos tenemos.	.868
1	La comunicación que tengo con mi hermano(a) mayor está basada en la confianza	.868
8	Me siento cercano a mi hermano(a) mayor cuando me ayuda a realizar algunas de mis actividades.	.842
Valores Eigen		7.183
% Varianza total explicada		79.81
Alfa de Cronbach		.968

Apéndice G15. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la Escala de Relaciones Fraternas con el hermano menor.

Item	Gpo. Bajo n= 50		Gpo. Alto n= 50		t	gl	p
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE			
1	2.36	1.02	4.86	.40	16.037	63.895	<.001
2	2.36	1.06	4.98	.14	17.253	50.729	<.001
3	2.30	1.12	4.90	.30	15.722	56.020	<.001
4	2.22	.95	4.80	.49	16.977	73.597	<.001
5	2.30	.97	5.00	.00	19.598	49.000	<.001
6	2.48	1.07	4.88	.43	14.649	64.679	<.001
7	2.28	.85	5.00	.00	22.414	49.000	<.001
8	2.14	.99	4.88	.32	18.577	59.647	<.001
9	2.08	.96	4.84	.42	18.522	67.050	<.001

Apéndice G16. Validez de constructo y consistencia interna de la Escala de Relaciones Fraternas con el hermano menor.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Cercanía afectiva-fraterna basada en el apoyo y la confianza en el hermano menor		
7	Me siento cercano a mi hermano(a) menor cuando me demuestra su apoyo.	.926
5	Me siento cercano a mi hermano(a) menor cuando platicamos.	.918
2	Me siento cercano a mi hermano(a) menor cuando me expresa su cariño.	.865
4	La confianza que le tengo a mi hermano(a) menor está basada en el respeto mutuo que nos tenemos.	.861
9	La confianza que le tengo a mi hermano(a) menor está basada en la comunicación que tenemos.	.857
3	La confianza que le tengo a mi hermano(a) menor está basada en el apoyo que me ofrece.	.846
8	Me siento cercano a mi hermano(a) menor cuando me ayuda a realizar algunas de mis actividades.	.843
1	La comunicación que tengo con mi hermano(a) menor está basada en la confianza.	.842
6	Me siento cercano a mi hermano(a) menor cuando me demuestra su amor.	.831
Valores Eigen:		6.750
% Varianza total explicada:		75.00
Alfa de Cronbach:		.958

Apéndice G17. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental para el padre.

Ítem	Gpo. Bajo n= 58		Gpo. Alto n= 63		t	gl	p
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE			
1	1.90	1.02	2.49	1.20	2.943	118.23	<.004
2	1.93	1.12	2.33	1.24	1.862	119.00	<.065
3	1.88	1.06	2.73	1.08	4.368	118.50	<.001
4	1.90	1.14	2.43	1.20	2.505	118.91	<.014
5	2.14	1.29	3.70	0.64	8.320	81.77	<.001
6	2.26	1.25	3.68	0.62	8.038	119.00	<.001
7	1.86	1.07	2.51	1.13	3.219	119.00	<.002
8	2.02	1.10	2.59	1.10	2.845	119.00	<.005
9	2.14	1.12	3.63	0.66	8.906	90.56	<.001
10	2.19	1.13	3.43	0.86	6.827	119.00	<.001
11	2.21	1.28	3.81	0.44	9.365	119.00	<.001
12	2.00	1.09	3.35	0.90	7.377	110.80	<.001
13	1.88	0.96	3.05	1.04	6.442	119.00	<.001
14	2.00	1.08	2.54	1.05	2.795	117.50	<.006
15	2.41	1.27	3.81	0.50	8.059	119.00	<.001
16	2.22	1.17	3.59	0.78	7.608	119.00	<.001
17	2.28	1.17	3.52	0.72	7.156	119.00	<.001
18	2.00	1.14	2.52	1.19	2.474	118.81	<.015
19	2.16	1.17	3.63	0.58	8.727	81.70	<.001
20	2.02	1.15	2.44	1.15	2.047	119.00	<.043
21	1.98	1.02	3.59	0.59	10.515	89.44	<.001
22	2.22	1.26	3.71	0.63	8.128	82.59	<.001
23	1.88	1.01	2.75	1.05	4.627	119.00	<.001
24	2.24	1.23	3.67	0.76	7.573	93.52	<.001
25	2.14	1.08	2.79	0.97	3.513	119.00	<.001
26	2.55	1.13	3.57	0.76	5.796	98.49	<.001
27	2.12	1.11	3.51	0.62	8.396	87.72	<.001
28	1.90	0.99	2.83	1.03	5.073	119.00	<.001
29	1.86	1.00	3.44	0.80	9.659	119.00	<.001
30	2.17	1.03	2.57	1.17	1.982	119.00	<.050
31	2.22	1.24	3.06	0.98	4.099	108.39	<.001

Apéndice G18. Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental para el padre.

Número de reactivos y factores	Carga factorial				
	1	2	3	4	
Factor 1 Estilo parental negligente paterno					
15	Es poco responsable conmigo.	.797			
11	En la casa cada quien hace lo que quiere y nadie le pide cuentas.	.775			
19	Se mantiene alejado y ajeno a lo que hacemos sus hijos.	.756			
22	Se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos.	.750			
9	Regatea mucho cualquier ayuda que le pida.	.735			
24	Se interesa muy poco en lo que hago o dejo de hacer.	.716			
5	Parece importarle poco lo que me suceda.	.684			
6	Piensa que debe usarse la fuerza para que los hijos se comporten correctamente.	.652			
16	Es poco comprensivo.	.638			
Factor 2 Estilo parental democrático paterno					
7	Cuando quiere que yo haga algo me explica las razones.	.816			
4	Toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos.	.747			
1	Me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone.	.733			
20	Cuando toma una decisión que me afecta, él está dispuesto a discutirla conmigo y aceptar que cometió un error.	.615			
13	Dirige nuestras actividades y conductas convenciéndonos con razones.	.542			
23	Ha puesto reglas claras de comportamiento y las adapta a las necesidades de sus hijos.	.528			
8	Me da libertad para actuar y comportarme como yo lo deseé.	.527			
18	Nos permite tener nuestras propias opiniones sobre asuntos de la familia y decidir por nosotros mismos lo que vamos a hacer.	.509			
Factor 3 Estilo parental autoritario paterno					
12	No acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones.		.658		
21	Me exige que haga las cosas exactamente como él quiere.		.630		
17	Cuando piensa que debo hacer algo me obliga a hacerlo aunque no quiera.		.578		
29	Me ha impuesto una disciplina rígida y severa.		.572		
3	Cuando me pide que haga algo espera que lo haga inmediatamente y sin hacer preguntas.		.529		
10	Piensa que una disciplina firme y rigurosa es la mejor manera de educar a los hijos.		.507		
Factor 4 Estilo parental permisivo paterno					
28	Acepta fácilmente las disculpas y justificaciones que doy de mis errores y malas conductas.			.758	
25	Es muy consentidor(a) conmigo.			.755	
30	Piensa que debe respetarse la manera de ser de los hijos.			.590	
14	Es muy tolerante y permisivo(a) conmigo.			.570	
	Valores Eigen	7.708	4.878	1.794	1.209
	% varianza explicada	25.69	16.25	5.98	4.03
	Alfa de Cronbach	.894	.824	.745	.692
	% varianza explicada total	51.96			
	Alfa de Cronbach total	.837			

Apéndice G19. *Media observada y MT del Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental para el padre.*

Factor	No. de ítems	Mínimo-máximo	MT	\bar{X}
1	9	9-36	22.5	28.0
2	8	8-32	20	17.8
3	6	6-24	15	16.2
4	4	4-16	10	9.2
Total	27	27-108	67.5	71.3

Apéndice G20. *Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la escala del Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental para la madre.*

Ítem	Gpo. Bajo n= 68		Gpo. Alto n= 62		t	gl	p
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE			
1	1.82	1.09	2.32	1.18	2.500	128.00	<.014
2	1.91	1.14	2.40	1.21	2.384	128.00	<.019
3	2.06	0.98	2.77	1.01	4.096	128.00	<.001
4	1.91	1.12	2.45	1.24	2.603	123.31	<.010
5	2.25	1.33	3.53	0.84	6.617	114.61	<.001
6	2.44	1.26	3.55	0.74	6.165	109.83	<.001
7	2.00	1.13	2.58	1.09	2.966	128.00	<.004
8	1.94	1.14	2.69	1.06	3.882	127.94	<.001
9	2.19	1.21	3.48	0.78	7.280	115.78	<.001
10	2.07	1.06	3.42	0.82	8.153	124.97	<.001
11	2.44	1.30	3.56	0.80	5.994	113.12	<.001
12	2.21	1.11	3.31	0.90	6.165	128.00	<.001
13	1.94	1.05	3.18	0.90	7.187	128.00	<.001
14	1.99	1.18	2.60	1.05	3.116	128.00	<.002
15	2.51	1.33	3.65	0.77	5.984	109.02	<.001
16	2.13	1.17	3.50	0.76	7.958	116.25	<.001
17	2.29	1.15	3.37	0.79	6.268	119.65	<.001
18	2.13	1.24	2.71	1.14	2.753	128.00	<.007
19	2.25	1.30	3.52	0.86	6.602	117.47	<.001
20	2.13	1.22	2.60	1.12	2.251	128.00	<.026
21	2.09	1.08	3.35	0.87	7.338	128.00	<.001
22	2.29	1.28	3.65	0.73	7.473	107.82	<.001
23	1.91	1.03	2.81	0.96	5.112	128.00	<.001
24	2.34	1.33	3.65	0.70	7.072	103.53	<.001
25	2.15	1.10	2.97	0.92	4.631	127.21	<.001
26	2.28	1.09	3.47	0.67	7.554	112.79	<.001
27	2.22	1.14	3.48	0.67	7.758	109.93	<.001
28	2.06	1.02	2.85	0.94	4.616	128.00	<.001
29	2.19	1.12	3.31	0.88	6.332	125.22	<.001
30	2.03	1.13	2.48	1.10	2.319	128.00	<.022
31	2.26	1.24	2.92	1.06	3.241	127.48	<.002

Apéndice G21. Validez conceptual y consistencia interna del Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental para la madre

Número de reactivo y factores	Carga factorial				
	1	2	3	4	
Factor 1 Estilo parental negligente materno					
15	Es poco responsable conmigo.	.734			
22	Se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos.	.713			
11	En la casa cada quien hace lo que quiere y nadie le pide cuentas.	.711			
19	Se mantiene alejado y ajeno a lo que hacemos sus hijos.	.704			
24	Se interesa muy poco en lo que hago o dejo de hacer.	.656			
5	Parece importarle poco lo que me suceda.	.655			
9	Regatea mucho cualquier ayuda que le pida.	.604			
16	Es poco comprensiva.	.599			
6	Piensa que debe usarse la fuerza para que los hijos se comporten correctamente.	.531			
Factor 2 Estilo parental democrático materno					
4	Toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos.	.764			
1	Me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone.	.755			
7	Cuando quiere que yo haga algo me explica las razones.	.748			
2	Me permite decidir la mayor parte de las cosas por mí mismo.	.718			
8	Me da libertad para actuar y comportarme como yo lo deseé.	.704			
14	Es muy tolerante y permisiva conmigo.	.592			
20	Cuando toma una decisión que me afecta, ella está dispuesto(a) a discutirla conmigo y aceptar que cometió un error.	.589			
23	Ha puesto reglas claras de comportamiento y las adapta a las necesidades de sus hijos.	.558			
18	Nos permite tener nuestras propias opiniones sobre asuntos de la familia y decidir por nosotros mismos lo que vamos a hacer.	.432			
Factor 3 Estilo parental autoritario materno					
12	No acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones.		.677		
10	Piensa que una disciplina firme y rigurosa es la mejor manera de educar a los hijos.		.616		
21	Me exige que haga las cosas exactamente como ella quiere.		.608		
29	Me ha impuesto una disciplina rígida y severa.		.564		
17	Cuando piensa que debo hacer algo me obliga a hacerlo aunque no quiera.		.535		
27	Me deja poco margen para que yo pueda decidir lo que quiero hacer.		.521		
Factor 4 Estilo parental permisivo materno					
25	Es muy consentidora conmigo.			.727	
28	Acepta fácilmente las disculpas y justificaciones que doy de mis errores y malas conductas.			.695	
30	Piensa que debe respetarse la manera de ser de los hijos.			.505	
	Valores Eigen	8.752	4.151	1.606	1.186
	% varianza explicada	28.23	13.39	5.18	3.82
	Alfa de Cronbach	.896	.880	.799	.657
	% varianza explicada total	50.62			
	Alfa de Cronbach total	.782			

Apéndice G22. *Media observada y MT del Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental para la madre.*

Factor	No. de ítems	Mínimo-máximo	MT	\bar{X}
1	9	9-36	22.5	28.2
2	9	9-36	22.5	19.0
3	6	6-24	15	17.1
4	3	3-12	7.5	6.8
Total	27	27-108	67.5	71.0

Apéndice G23. *Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la Escala de Comunicación Sexual con el padre.*

Ítem	Gpo. Bajo <i>n</i> = 84		Gpo. Alto <i>n</i> = 71		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	\bar{X}	<i>DE</i>	\bar{X}	<i>DE</i>			
1	1.00	0	3.46	1.09	18.997	70.00	<.001
2	1.00	0	3.61	1.26	17.439	70.00	<.001
3	1.00	0	3.30	1.30	14.850	70.00	<.001
4	1.00	0	3.63	1.24	17.827	70.00	<.001
5	1.00	0	3.83	1.17	20.372	70.00	<.001
6	1.00	0	3.83	1.39	17.116	70.00	<.001
7	1.00	0	4.59	0.65	46.893	70.00	<.001
8	1.00	0	3.68	1.26	17.862	70.00	<.001
9	1.00	0	2.83	1.60	9.622	70.00	<.001
10	1.00	0	4.03	1.04	24.497	70.00	<.001
11	1.00	0	3.30	1.41	13.738	70.00	<.001
12	1.00	0	3.37	1.50	13.335	70.00	<.001
13	1.00	0	3.65	1.24	17.946	70.00	<.001
14	1.00	0	4.24	1.02	26.742	70.00	<.001
15	1.00	0	4.25	1.09	25.110	70.00	<.001
16	1.00	0	3.61	1.30	16.842	70.00	<.001
17	1.00	0	4.10	1.16	22.494	70.00	<.001

Apéndice G24. *Validez conceptual y consistencia interna de la Escala de Comunicación Sexual con el padre.*

Número de reactivo y factor único		Carga factorial
Comunicación sexual con el padre sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino		
13	Cómo son los condones masculinos.	.902
17	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH.	.897
4	Cómo usar los métodos anticonceptivos.	.889
14	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA.	.886
10	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos.	.882
5	Cómo protegerte en las relaciones sexuales.	.874
15	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA.	.863
6	Dónde comprar los condones masculinos.	.863
11	Cómo usar un condón masculino.	.852
16	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA.	.850
8	La posibilidad de tener relaciones sexuales.	.845
3	Ventajas y desventajas sobre el uso de pastillas anticonceptivas.	.841
1	Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA.	.803
2	Cómo manejar la presión de tus amigos y tu pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexuales.	.792
12	El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual.	.753
7	Las posibles consecuencias de un embarazo.	.726
9	El posponer un encuentro sexual.	.692
		Valores Eigen 11.940
		% varianza total explicada 70.23
		Alfa de Cronbach .972

Apéndice G25. *Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la Escala de Comunicación Sexual con la madre.*

Ítem	Gpo. Bajo n= 72		Gpo. Alto n= 70		t	gl	p
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE			
1	1.29	0.68	4.19	0.95	20.784	124.65	<.001
2	1.26	0.65	4.21	1.12	19.195	110.40	<.001
3	1.18	0.54	4.27	1.03	22.232	103.28	<.001
4	1.15	0.52	4.33	0.99	23.842	104.00	<.001
5	1.17	0.50	4.56	0.71	32.589	123.65	<.001
6	1.01	0.12	4.17	1.29	20.474	70.13	<.001
7	2.21	1.44	4.94	0.23	15.865	74.83	<.001
8	1.22	0.63	4.13	1.25	17.402	101.55	<.001
9	1.08	0.40	3.51	1.59	12.443	77.62	<.001
10	1.06	0.29	4.59	0.71	38.578	90.08	<.001
11	1.01	0.12	3.50	1.47	14.087	69.86	<.001
12	1.17	0.58	4.13	1.20	18.597	98.94	<.001
13	1.01	0.12	4.27	1.06	25.508	70.65	<.001
14	1.07	0.26	4.70	0.62	45.247	91.19	<.001
15	1.07	0.35	4.67	0.74	37.063	97.89	<.001
16	1.01	0.12	3.84	1.33	17.785	70.06	<.001
17	1.03	0.17	4.49	0.93	30.689	73.26	<.001

Apéndice G26. *Validez conceptual y consistencia interna de la Escala de Comunicación Sexual con la madre.*

Número de reactivo y factor único		Carga factorial
Comunicación sexual con la madre sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino		
5	Cómo protegerte en las relaciones sexuales.	.874
10	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos.	.872
14	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA.	.872
17	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH.	.853
4	Cómo usar los métodos anticonceptivos.	.847
13	Cómo son los condones masculinos.	.845
15	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA.	.840
8	La posibilidad de tener relaciones sexuales.	.802
3	Ventajas y desventajas sobre el uso de pastillas anticonceptivas.	.795
6	Dónde comprar los condones masculinos.	.793
1	Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA.	.787
11	Cómo usar un condón masculino.	.780
16	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA.	.777
12	El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual.	.767
2	Cómo manejar la presión de tus amigos y tu pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexuales.	.756
9	El posponer un encuentro sexual.	.700
7	Las posibles consecuencias de un embarazo.	.673
Valores Eigen		10.985
% varianza total explicada		64.61
Alfa de Cronbach		.967

Apéndice G27. *Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del Inventario para la Evaluación de la Ideología de Género.*

Ítem	Gpo. Bajo n= 90		Gpo. Alto n= 78		t	gl	p
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE			
1	2.58	1.55	3.95	1.26	6.324	165.31	<.001
2	1.09	0.47	2.88	1.34	11.272	93.11	<.001
3	1.11	0.53	3.35	1.21	15.058	101.98	<.001
4	1.39	0.79	3.94	1.04	17.711	142.65	<.001
5	1.38	0.82	3.37	1.29	11.763	126.40	<.001
6	1.46	0.86	4.03	1.03	17.357	150.77	<.001
7	1.08	0.27	3.38	1.10	18.124	85.07	<.001
8	1.16	0.56	3.26	1.23	13.873	104.07	<.001
9	1.13	0.54	3.41	1.29	14.472	100.42	<.001
10	1.19	0.58	2.88	1.28	10.791	103.90	<.001
11	1.46	0.91	3.69	1.13	13.953	147.78	<.001
12	1.08	0.31	3.69	1.01	21.983	89.42	<.001

Apéndice G28. *Validez conceptual y consistencia interna del Inventario para la Evaluación de la Ideología de Género.*

Número de reactivo y factores		Carga factorial	
		1	2
Factor 1: Machismo			
12	El eje de una familia es indudablemente el padre.	.805	
7	Una familia funciona mejor si es el hombre quien establece las reglas del hogar.	.747	
9	Los hijos obedecen cuando es el padre y no la madre quien los regaña.	.727	
8	Una mujer se realiza plenamente hasta que se convierte en madre.	.722	
2	Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente a su hogar y a su marido.	.703	
10	La mujer debe llegar virgen al matrimonio.	.702	
11	Aunque las mujeres trabajen fuera del hogar, es el hombre quien tiene que hacerse responsable del sostén de la familia.	.624	
3	La mujer tiene habilidades innatas para el quehacer doméstico.	.586	
Factor 2 Marianismo			
1	Una madre es más cariñosa que un padre.		.748
5	Los hijos son mejor educados por una madre que por un padre.		.731
4	La mujer tiene mayor capacidad para cuidar a los hijos enfermos.		.688
6	Es el hombre quien debe encargarse de proteger a la familia.		.523
	Valores Eigen	5.332	1.316
	Varianza explicada	44.43	10.96
	Alfa de Cronbach	.877	.702
	% varianza explicada total	55.40	
	Alfa de Cronbach total	.879	

Apéndice G29. *Media observada y MT del Inventario para la Evaluación de la Ideología de Género.*

Factor	No. de ítems	Mínimo-máximo	MT	\bar{X}
1	8	8-40	24	16.7
2	4	4-20	12	11.2
Escala Global	12	12-60	36	27.9

APÉNDICE H

CUESTIONARIO
PATRÓN DE COMPORTAMIENTO
SEXUAL

SECCIÓN PARA RESPONDER ÚNICAMENTE POR PERSONAS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre tu comportamiento sexual, por favor llena los espacios en blanco con la información que se te solicita; y en las preguntas, marca con una "X" la opción de respuesta que mejor refleje tu situación.

PS1. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? **A los _____ años.**

PS2. Tu primera relación sexual la tuviste con:

- | | |
|---|---|
| (1) La persona que era tu novio(a) | (4) Una persona desconocida |
| (2) Un amigo(a) | (5) Una persona trabajadora del sexo |
| (3) Un familiar | (6) Ninguna de las anteriores |

PS3. Tu primera relación sexual ¿fue algo que planeaste con tu pareja?

Si (1) No (2)

PS4. ¿En qué lugar tuviste tu primera relación sexual?

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| (1) Un hotel | (5) En casa de un amigo(a) |
| (2) En casa de mi novio(a) | (6) En un antro/bar/disco |
| (3) En un auto | (7) Ninguna de las anteriores |
| (4) En mi casa | |

PS5. Marca el método o los métodos anticonceptivos que utilizaste en tu primera relación sexual.

- | | |
|--------------------------------|---|
| (1) Ninguno | (4) Pastillas anticonceptivas |
| (2) El condón masculino | (5) Pastillas del día siguiente/emergencia |
| (3) El condón femenino | (6) Otros. ¿Cuál? _____ |

PS6. Usaste condón en tu primera relación sexual?

Si (1) No (2)

PS7. Anota el número de personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración en toda tu vida (por favor evita poner afirmaciones como "muchas", "pocas", etcétera, y escribe el número de parejas sexuales que realmente has tenido): _____
parejas sexuales en toda mi vida.

PS8. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etcétera, y escribe el número que realmente has tenido): _____ **veces he tenido relaciones sexuales.**

PS9. ¿Cuántas veces has usado condón en los últimos tres meses? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etcétera, y escribe el número que realmente has tenido): _____ **veces he usado el condón.**

PS10. Ahora te pedimos que recuerdes con qué frecuencia has tenido cada una de las siguientes **prácticas sexuales en los últimos 6 meses** con tu *pareja regular*. La pareja regular es el compañero/a con el cual existe un vínculo afectivo y con quien llevas un determinado tiempo de convivir como pareja, ejemplo: novio/a.

PS10.1. En los últimos seis meses he tenido relaciones sexuales vaginales con mi pareja regular:

- (1) Nunca he tenido este tipo de prácticas con mi pareja.**
- (2) Poco frecuente.**
- (3) Algo frecuente.**
- (4) Frecuentemente.**
- (5) Muy frecuentemente.**

PS10.2. En los últimos seis meses he tenido relaciones sexuales anales con mi pareja regular:

- (1) Nunca he tenido este tipo de prácticas con mi pareja.**
- (2) Poco frecuente.**
- (3) Algo frecuente.**
- (4) Frecuentemente.**
- (5) Muy frecuentemente.**

PS10.3. En los últimos seis meses he tenido relaciones sexuales orales con mi pareja regular:

- (1) Nunca he tenido este tipo de prácticas con mi pareja.**
- (2) Poco frecuente.**
- (3) Algo frecuente.**
- (4) Frecuentemente.**
- (5) Muy frecuentemente.**

PS11. De las prácticas que señalaste en la pregunta anterior y que si has practicado señala con qué **frecuencia has usado condón** al tener estas prácticas sexuales en **los últimos 6 meses** con tu *pareja regular*.

PS11.1. En los últimos 6 meses he usado condón cuando tengo relaciones sexuales vaginales con mi pareja regular:

- (1) **Nunca uso condón.**
- (2) **Poco frecuente uso condón.**
- (3) **Algo frecuente uso condón.**
- (4) **Frecuentemente uso condón**
- (5) **Muy frecuentemente uso condón**

PS11.2. En los últimos 6 meses he usado condón cuando tengo relaciones sexuales anales con mi pareja regular:

- (1) **Nunca uso condón.**
- (2) **Poco frecuente uso condón.**
- (3) **Algo frecuente uso condón.**
- (4) **Frecuentemente uso condón**
- (5) **Muy frecuentemente uso condón**

PS11.3. En los últimos 6 meses he usado condón cuando tengo relaciones sexuales orales con mi pareja regular:

- (1) **Nunca uso condón.**
- (2) **Poco frecuente uso condón.**
- (3) **Algo frecuente uso condón.**
- (4) **Frecuentemente uso condón**
- (5) **Muy frecuentemente uso condón**

PS12. ¿Alguna vez te has hecho la prueba de detección del VIH?

- (1) **Si** (2) **No** (3) **no sé como hacérmela**

PS13. ¿Alguna vez has tenido alguna Infección de Transmisión Sexual?

- (1) **Si. ¿Cuál?.**_____ (2) **No** (3) **No sé**

PS.14. ¿Has tenido un embarazo en toda tu vida? o si eres hombre ¿alguna pareja tuya ha tenido un embarazo por tener relaciones sexuales contigo?

- (1) **Si** (2) **No** (3) **No sé**

PS.15. ¿Alguna vez tú o tu pareja han tenido un aborto?

- (1) **Si** (2) **No** (3) **No sé**

APÉNDICE I

VERSIONES CORTAS

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

ESTUDIO II

COMUNICACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA

Si nunca en tu vida has tenido pareja no contestes esta sección y pasa al siguiente apartado. Si actualmente no tienes pareja contéstala pensando en la última pareja que tuviste.

Señala con una "X" la frecuencia con la que **platicas con tu pareja actual** (o última pareja) sobre los siguientes temas sexuales. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas y a cada afirmación le corresponde una respuesta. Considera que las opciones de respuesta que tienes son: **1=Nunca 2=Rara vez 3=Algunas veces 4=Muchas veces 5=Una gran cantidad de veces.**

Qué tan frecuentemente hablo con mi PAREJA sobre los siguientes temas:		Opciones de respuestas				
C4	Cómo usar los métodos anticonceptivos.	1	2	3	4	5
C5	Cómo protegerte en las relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
C7	Las posibles consecuencias de un embarazo.	1	2	3	4	5
C10	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos.	1	2	3	4	5
C11	Cómo usar un condón masculino.	1	2	3	4	5
C12	El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual.	1	2	3	4	5
C13	Cómo son los condones masculinos.	1	2	3	4	5
C14	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA.	1	2	3	4	5
C15	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA.	1	2	3	4	5
C16	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA.	1	2	3	4	5
C17	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH.	1	2	3	4	5

La Tabla I muestra los 16 reactivos de la Escala de Comunicación Sexual con la Pareja, el factor al que pertenece cada ítem, así como la *correlación elemento-total corregida* y la *carga factorial* por reactivo. Se marca en color gris aquellos reactivos eliminados de la escala para conformar la versión corta del instrumento.

Tabla I. Correlación elemento-total corregida y carga factorial de cada uno de los reactivos que conforman la Escala de Comunicación Sexual con la Pareja.

Reactivo	Factor	No. de ítem	Correlación elemento-total corregida	Carga factorial
N=272*				
Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA.	2	1	.680	.521
Ventajas y desventajas sobre el uso de pastillas anticonceptivas.	2	2	.667	.715
Cómo usar los métodos anticonceptivos.	2***	3	.763	.724
Cómo protegerte en las relaciones sexuales.	2	4	.763	.758

Dónde comprar los condones masculinos.	2	5	.652	.587
Las posibles consecuencias de un embarazo.	2	6	.665	.830
La posibilidad de tener relaciones sexuales.	2	7	.663	.815
El posponer un encuentro sexual.	2	8	.661	.534
Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos.	2	9	.753	.575
Cómo usar un condón masculino.	1	10	.808	.683
El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual.	1	11	.737	.716
Cómo son los condones masculinos.	1	12	.774	.764
Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA.	1**	13	.818	.779
Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA.	1	14	.793	.772
Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA.	1	15	.660	.819
Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH.	1	16	.814	.812

*Casos válidos para el análisis, con exclusión de 68 casos.

**Factor 1: Comunicación sexual sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino.

***Factor 2: Comunicación sexual sobre métodos anticonceptivos y consecuencias de tener relaciones sexuales.

De los 16 reactivos se eliminaron los ítems 1, 2, 7, 8 y 5 correspondientes al Factor 2. El *coeficiente de correlación elemento-total corregida* menor de toda la escala fue de .652 (reactivo 5) y el mayor fue de .818 (reactivo 13), por tanto, se tomó el criterio de suprimir aquellos ítems que tuvieron un coeficiente menor a .70. En el caso de los reactivos 6 y 15 no se eliminaron a pesar de tener coeficientes menores a .70 debido a la carga factorial elevada, mayor de .80. De esta forma quedó conformada por 11 reactivos la versión breve de la Escala de Comunicación Sexual con la Pareja. Se estimó nuevamente el *Alfa de Cronbach* global, obteniendo $\alpha=.94$, indicando *consistencia interna* alta. En el Factor 2 se volvió a calcular el *índice de consistencia interna* debido a la eliminación de los reactivos pertenecientes a esta dimensión y se obtuvo un coeficiente de $\alpha=.88$.

Para contrastar el número de ítems y el índice de *consistencia interna* de la versión original, la versión validada en el Estudio I y la versión breve utilizada en el Estudio II, consultar la Tabla 7.

LA RELACIÓN QUE TENGO CON MIS PADRES

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones acerca de la forma de ser de tu papá y de tu mamá, indica que tan cierto te parece lo que se dice de cada uno, utilizando las siguientes opciones de respuesta: **1=Totalmente cierto 2=Medianamente cierto 3=Poco cierto 4=Muy poco cierto.**

Para cada una de las afirmaciones indica con una "X" la respuesta. No olvides que debes elegir por separado la respuesta que mejor describa el comportamiento de cada uno de tus padres.

LA RELACIÓN QUE TENGO CON MI PADRE

Si por alguna situación no convives con tu padre (por divorcio, separación, etc.) no contestes esta sección y pasa al siguiente apartado.

Qué tan cierto es que mi papá:		Opciones de respuestas				
EAU3	Cuando me pide que haga algo espera que lo haga inmediatamente y sin hacer preguntas.	1	2	3	4	5
EA4	Toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos.	1	2	3	4	5
EN5	Parece importarle poco lo que me suceda.	1	2	3	4	5
EA7	Cuando quiere que yo haga algo me explica las razones.	1	2	3	4	5
EN9	Regatea mucho cualquier ayuda que le pida.	1	2	3	4	5
EAU10	Piensa que una disciplina firme y rigurosa es la mejor manera de educar a los hijos.	1	2	3	4	5
EN11	En la casa cada quien hace lo que quiere y nadie le pide cuentas.	1	2	3	4	5
EAU12	No acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones.	1	2	3	4	5
EA13	Dirige nuestras actividades y conductas convenciéndonos con razones.	1	2	3	4	5
EPI4	Es muy tolerante y permisivo conmigo.	1	2	3	4	5
EN15	Es poco responsable conmigo.	1	2	3	4	5
EAU17	Cuando piensa que debo hacer algo me obliga a hacerlo aunque no quiera.	1	2	3	4	5
EN19	Se mantiene alejado y ajeno a lo que hacemos sus hijos.	1	2	3	4	5
EA20	Cuando toma una decisión que me afecta, él está dispuesto a discutirla conmigo y aceptar que cometió un error.	1	2	3	4	5
EAU21	Me exige que haga las cosas exactamente como él quiere.	1	2	3	4	5
EN22	Se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos.	1	2	3	4	5
EA23	Ha puesto reglas claras de comportamiento y las adapta a las necesidades de sus hijos.	1	2	3	4	5
EN24	Se interesa muy poco en lo que hago o dejo de hacer.	1	2	3	4	5
EP25	Es muy consentidor conmigo.	1	2	3	4	5
EP28	Acepta fácilmente las disculpas y justificaciones que doy de mis	1	2	3	4	5

	errores y malas conductas.					
EAU29	Me ha impuesto una disciplina rígida y severa.	1	2	3	4	5
EP30	Piensa que debe respetarse la manera de ser de los hijos.	1	2	3	4	5

La Tabla II muestra los ítems y su pertenencia a cada uno de los factores, la *correlación elemento-total corregida* y las *cargas factoriales* atribuidas a los elementos del CPAP para el padre. Se marca en color gris aquellos reactivos eliminados de la escala para constituir la versión corta.

Tabla II. Correlación elemento-total corregida y carga factorial de cada uno de los reactivos que conforman el Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental para el padre.

Reactivo	Factor	No. de ítem	Correlación elemento-	Carga factorial
			total corregida	
N=227*				
Me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone.	2	1	.236	.713
Cuando me pide que haga algo espera que lo haga inmediatamente y sin hacer preguntas.	3	3	.301	.445
Toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos.	2	4	.215	.753
Parece importarle poco lo que me suceda.	1	5	.420	.678
Piensa que debe usarse la fuerza para que los hijos se comporten correctamente.	1	6	.441	.632
Cuando quiere que yo haga algo me explica las razones.	2	7	.298	.844
Me da libertad para actuar y comportarme como yo lo deseé.	2	8	.276	.549
Regatea mucho cualquier ayuda que le pida.	1	9	.466	.738
Piensa que una disciplina firme y rigurosa es la mejor manera de educar a los hijos.	3	10	.415	.578
En la casa cada quien hace lo que quiere y nadie le pide cuentas.	1	11	.474	.786
No acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones.	3	12	.455	.610
Dirige nuestras actividades y conductas convenciéndonos con razones.	2***	13	.396	.493
Es muy tolerante y permisivo conmigo.	4	14	.290	.594
Es poco responsable conmigo.	1	15	.449	.814
Es poco comprensivo.	1	16	.436	.643

Cuando piensa que debo hacer algo me obliga a hacerlo aunque no quiera.	3	17	.442	.619
Nos permite tener nuestras propias opiniones sobre asuntos de la familia y decidir por nosotros mismos lo que vamos a hacer.	2	18	.251	.459
Se mantiene alejado y ajeno a lo que hacemos sus hijos.	1**	19	.501	.761
Cuando toma una decisión que me afecta, él está dispuesto a discutirla conmigo y aceptar que cometió un error.	2	20	.201	.593
Me exige que haga las cosas exactamente como él quiere.	3****	21	.480	.668
Se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos.	1	22	.447	.747
Ha puesto reglas claras de comportamiento y las adapta a las necesidades de sus hijos.	2	23	.314	.511
Se interesa muy poco en lo que hago o dejo de hacer.	1	24	.357	.744
Es muy consentidor conmigo.	4	25	.287	.723
Acepta fácilmente las disculpas y justificaciones que doy de mis errores y malas conductas.	4*****	28	.376	.712
Me ha impuesto una disciplina rígida y severa.	3	29	.438	.697
Piensa que debe respetarse la manera de ser de los hijos.	4	30	.206	.620

*Casos válidos para el análisis, con exclusión de 113 casos.

**Factor 1: Estilo parental negligente.

***Factor 2: Estilo parental democrático.

****Factor 3: Estilo parental autoritario.

*****Factor 4: Estilo parental permisivo.

Para contrastar el número de ítems y el índice de consistencia interna de la versión original, la versión validada en el Estudio I y la versión breve utilizada en el Estudio II, consultar la Tabla 7.

LA RELACIÓN QUE TENGO CON MI MADRE

Si por alguna situación no convives con tu madre (por divorcio, separación, etc.) no contestes esta sección y pasa al siguiente apartado.

Qué tan cierto es que mi mamá:		Opciones de respuestas			
ED1	Me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone.	1	2	3	4
ED2	Me permite decidir la mayor parte de las cosas por mi mismo.	1	2	3	4
ED4	Toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos.	1	2	3	4
EN5	Parece importarle poco lo que me suceda.	1	2	3	4
ED7	Cuando quiere que yo haga algo me explica las razones.	1	2	3	4
EN9	Regatea mucho cualquier ayuda que le pida.	1	2	3	4
EAU10	Piensa que una disciplina firme y rigurosa es la mejor manera de educar a los hijos.	1	2	3	4
EN11	En la casa cada quien hace lo que quiere y nadie la pide cuentas.	1	2	3	4
EAU12	No acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones.	1	2	3	4
EN15	Es poco responsable conmigo.	1	2	3	4
EN16	Es poco comprensiva.	1	2	3	4
EAU17	Piensa que debo hacer algo me obliga a hacerlo aunque no quiera.	1	2	3	4
EN19	Se mantiene alejado y ajeno a lo que hacemos sus hijos.	1	2	3	4
ED20	Cuando toma una decisión que me afecta, ella está dispuesta a discutirla conmigo y aceptar que cometió un error.	1	2	3	4
EAU21	Me exige que haga las cosas exactamente como él/ella quiere.	1	2	3	4
EN22	Se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos.	1	2	3	4
ED23	Ha puesto reglas claras de comportamiento y las adapta a las necesidades de sus hijos.	1	2	3	4
EN24	Se interesa muy poco en lo que hago o dejo de hacer.	1	2	3	4
EP25	Es muy consentidora conmigo.	1	2	3	4
EAU27	Me deja poco margen para que yo pueda decidir lo que quiero hacer.	1	2	3	4
EP28	Acepta fácilmente las disculpas y justificaciones que doy de mis errores y malas conductas.	1	2	3	4

EAU29	Me ha impuesto una disciplina rígida y severa.	1	2	3	4
EP30	Piensa que debe respetarse la manera de ser de los hijos.	1	2	3	4

La Tabla III muestra el factor al que pertenece cada ítem, la *correlación elemento-total corregida* y la *carga factorial* por cada uno de los reactivos que constituyen el CPAP para la madre. Se marca en color gris aquellos reactivos que fueron eliminados de la escala para conformar la versión corta.

Tabla III. Correlación elemento-total corregida y carga factorial de cada uno de los reactivos que conforman el Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental para la madre

Reactivo	Factor	No. de ítem	Correlación elemento-total corregida	
			N=257*	
Me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone.	2	1	.169	.755
Me permite decidir la mayor parte de las cosas por mí mismo.	2	2	.164	.718
Toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos.	2	4	.138	.764
Parece importarle poco lo que me suceda.	1	5	.362	.655
Piensa que debe usarse la fuerza para que los hijos se comporten correctamente.	1	6	.394	.531
Cuando quiere que yo haga algo me explica las razones.	2	7	.185	.748
Me da libertad para actuar y comportarme como yo lo deseé.	2	8	.220	.704
Regatea mucho cualquier ayuda que le pida.	1**	9	.420	.604
Piensa que una disciplina firme y rigurosa es la mejor manera de educar a los hijos.	3****	10	.431	.616
En la casa cada quien hace lo que quiere y nadie le pide cuentas.	1	11	.384	.711
No acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones.	3	12	.364	.677
Es muy tolerante y permisiva conmigo.	2	14	.190	.592
Es poco responsable conmigo.	1	15	.353	.734
Es poco comprensiva.	1	16	.407	.599
Cuando piensa que debo hacer algo me obliga a hacerlo aunque no quiera.	3	17	.377	.535
Nos permite tener nuestras propias	2	18	.152	.432

opiniones sobre asuntos de la familia y decidir por nosotros mismos lo que vamos a hacer.				
Se mantiene alejado y ajeno a lo que hacemos sus hijos.	1	19	.418	.704
Cuando toma una decisión que me afecta, ella está dispuestoa a discutirla conmigo y aceptar que cometió un error.	2	20	.131	.589
Me exige que haga las cosas exactamente como ella quiere.	3	21	.415	.608
Se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos.	1	22	.402	.713
Ha puesto reglas claras de comportamiento y las adapta a las necesidades de sus hijos.	2***	23	.269	.558
Se interesa muy poco en lo que hago o dejo de hacer.	1	24	.385	.656
Es muy consentidora conmigo.	4	25	.204	.727
Me deja poco margen para que yo pueda decidir lo que quiero hacer.	3	27	.406	.521
Acepta fácilmente las disculpas y justificaciones que doy de mis errores y malas conductas.	4*****	28	.275	.695
Me ha impuesto una disciplina rígida y severa.	3	29	.377	.564
Piensa que debe respetarse la manera de ser de los hijos.	4	30	.175	.505

*Casos válidos para el análisis, con exclusión de 83 casos.

**Factor 1: Estilo parental negligente.

***Factor 2: Estilo parental democrático.

****Factor 3: Estilo parental autoritario.

*****Factor 4: Estilo parental permisivo.

Para contrastar el número de ítems y el índice de consistencia interna de la versión original, la versión validad en el Estudio I y la versión breve utilizada en el Estudio II, consultar la Tabla 7.

COMUNICACIÓN SEXUAL CON PADRES

Señala con una “X” la frecuencia con la que platicas con tu papá y/o tu mamá sobre los siguientes temas sexuales. *Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas y a cada afirmación le corresponde una respuesta. Considera que las opciones de respuesta que tienes son: 1=Nunca 2=Rara vez 3=Algunas veces 4=Muchas veces 5=Una gran cantidad de veces.*

COMUNICACIÓN CON EL PADRE

Si no habitas con tu padre deja esta sección en blanco y pasa al apartado sobre comunicación con la madre.

Qué tan frecuentemente hablo con mi PADRE sobre los siguientes temas:		Opciones de respuestas				
C3	Ventajas y desventajas sobre el uso de pastillas anticonceptivas.	1	2	3	4	5
C4	Cómo usar los métodos anticonceptivos.	1	2	3	4	5
C5	Cómo protegerte en las relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
C6	Dónde comprar los condones masculinos.	1	2	3	4	5
C8	La posibilidad de tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
C10	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos.	1	2	3	4	5
C11	Cómo usar un condón masculino.	1	2	3	4	5
C13	Cómo son los condones masculinos.	1	2	3	4	5
C14	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA.	1	2	3	4	5
C15	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA.	1	2	3	4	5
C16	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA.	1	2	3	4	5
C17	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH.	1	2	3	4	5

La Tabla IV muestra los 17 reactivos constitutivos de la Escala de Comunicación Sexual con el padre, el factor al que pertenece cada ítem, así como la *correlación elemento-total corregida* y la *carga factorial* por reactivo. Se marca en color gris aquellos reactivos eliminados de la escala para constituir la versión corta.

Tabla IV. Correlación elemento-total corregida y carga factorial de cada uno de los reactivos que conforman la Escala de comunicación sexual con el padre

Reactivo	No. de ítem	Correlación elemento-	Carga factorial
		total corregida	
		N=281*	
Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA.	1	.778	.803
Cómo manejar la presión de tus amigos y tu pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexuales.	2	.751	.792
Ventajas y desventajas sobre el uso de pastillas anticonceptivas.	3	.809	.841
Cómo usar los métodos anticonceptivos.	4	.860	.889
Cómo protegerte en las relaciones sexuales.	5	.846	.874
Dónde comprar los condones masculinos.	6	.836	.863
Las posibles consecuencias de un embarazo.	7	.704	.726
La posibilidad de tener relaciones sexuales.	8	.827	.845
El posponer un encuentro sexual.	9	.654	.692
Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos.	10	.854	.882
Cómo usar un condón masculino.	11	.822	.852
El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual.	12	.718	.753
Cómo son los condones masculinos.	13	.878	.902
Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA.	14	.868	.886
Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA.	15	.838	.863
Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA.	16	.834	.850
Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH.	17	.885	.897

*Casos válidos para el análisis, con exclusión de 59 casos.

Para contrastar el número de ítems y el índice de consistencia interna de la versión original, la versión validada en el Estudio I y la versión breve utilizada en el Estudio II, consultar la Tabla 7.

COMUNICACIÓN CON LA MADRE

Si no habitas con tu madre deja esta sección en blanco y pasa al apartado sobre comunicación con la pareja.

Qué tan frecuentemente hablo con mi MADRE sobre los siguientes temas:		Opciones de respuestas				
C4	Cómo usar los métodos anticonceptivos.	1	2	3	4	5
C5	Cómo protegerte en las relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
C10	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos.	1	2	3	4	5
C13	Cómo son los condones masculinos.	1	2	3	4	5
C14	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA.	1	2	3	4	5
C15	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA.	1	2	3	4	5
C17	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH.	1	2	3	4	5

La Tabla V muestra los 17 reactivos de la Escala de Comunicación Sexual con la madre, el factor al que pertenece cada ítem, así como la *correlación elemento-total corregida* y la *carga factorial* por reactivo. Se marcan en color gris aquellos reactivos eliminados de la escala para conformar la versión breve de la escala.

Tabla V. Correlación elemento-total corregida y carga factorial de cada uno de los reactivos que conforman la Escala de Comunicación Sexual con la madre.

Reactivo	No. de ítem	Correlación elemento-total corregida	Carga factorial
N=275*			
Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA.	1	.752	.787
Cómo manejar la presión de tus amigos y tu pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexuales.	2	.729	.756
Ventajas y desventajas sobre el uso de pastillas anticonceptivas.	3	.751	.795
Cómo usar los métodos anticonceptivos.	4	.823	.847
Cómo protegerte en las relaciones sexuales.	5	.853	.874
Dónde comprar los condones masculinos.	6	.759	.793
Las posibles consecuencias de un embarazo.	7	.643	.673
La posibilidad de tener relaciones sexuales.	8	.774	.802
El posponer un encuentro sexual.	9	.668	.700
Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos.	10	.862	.872

Cómo usar un condón masculino.	11	.754	.780
El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual.	12	.762	.767
Cómo son los condones masculinos.	13	.832	.845
Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA.	14	.854	.872
Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA.	15	.823	.840
Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA.	16	.766	.777
Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH.	17	.839	.853

*Casos válidos para el análisis, con exclusión de 65 casos.

Para contrastar el número de ítems y el índice de consistencia interna de la versión original, la versión validada en el Estudio I y la versión breve utilizada en el Estudio II, consultar la Tabla 7.

APÉNDICE J

MATRIZ DE CORRELACIÓN

TODA LA MUESTRA

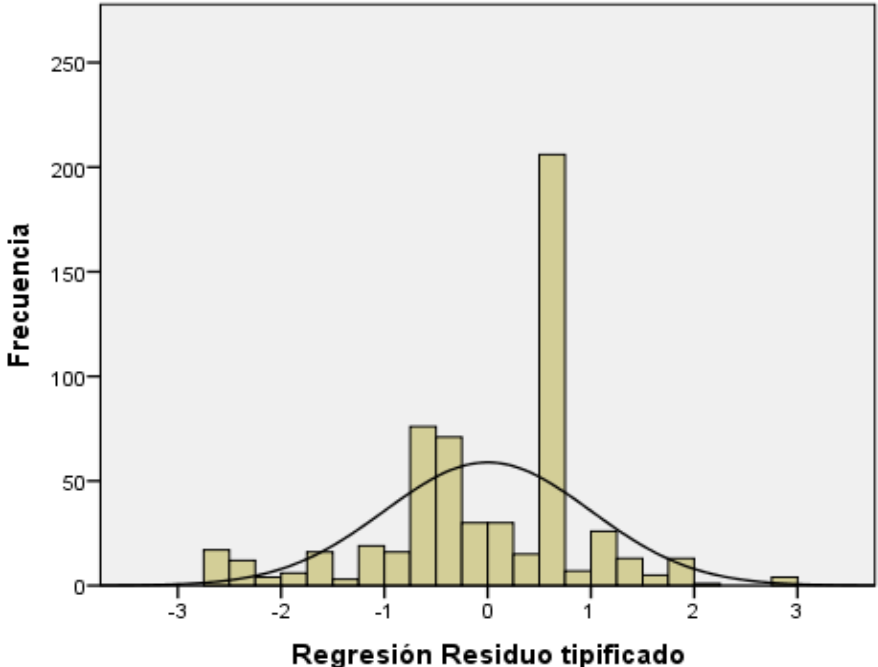
Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1 Consistencia condón	1	.661		.107				.221											.143		.146				
2 Intenciones uso del condón		1	.088	.115				.260										.100	.118		.124				
3 Conocimientos VIH			1	.220	.094																				
4 Conocimientos ITS				1	.109												.099					.091		.126	.123
5 Conocimientos condón					1	.122	.138		.084	.148										.087					.106
6 Comunic pareja ITS/VIH/condón						1	.776	.248			.128	.155	.149	.100	.140			.284	.104	.111		.084	.373		
7 Comunic pareja anticonceptivos/ consecuencias sexo							1	.268		.122	.127	.186	.157	.104	.147			.214	.115	.093	.094	.088	.329		
8 Equidad-Colaboración								1	.152	.154				.151	.094				.177	.101	.126	.107	.123		
9 Acomodación									1	.429	.159	.118	.173	.103	.107				.103	.087	.122		.103	.225	.206
10 Evitación										1	.167		.159					.106	.114		.125		.106	.192	
11 Contender											1								.097		.087				
12 Cercanía frat. H. mayor												1	.504	.173	.160			.208	.130	.234		.168	.297		
13 Cercanía frat. H. menor													1	.265	.138			.168	.171	.176	.116	.197	.298		
14 P. Negligente														1	.439	.482	.304		.711	.435	.420	.168	.096		
15 P. Democrático															1	.202	.516	.170	.375	.548	.168	.229	.155		
16 P. Autoritario																1	.254	.110	.321	.182	.502		.130		
17 P. Permisivo																	1		.237	.307		.309			
18 Comunic. padre																		1					.602		
19 M. negligente																			1	.577	.672	.272	.104		
20 M. democrática																				1	.431	.542	.174		
21 M. Autoritaria																					1	.284			
22 M. Permisiva																						1	.086		
23 Comunic. madre																							1		
24 Machismo																								1	.645
25 Marianismo																									1

** p <.01; * p <.05. Nota. Los coeficientes subrayados en este apéndice, indican correlación negativa.

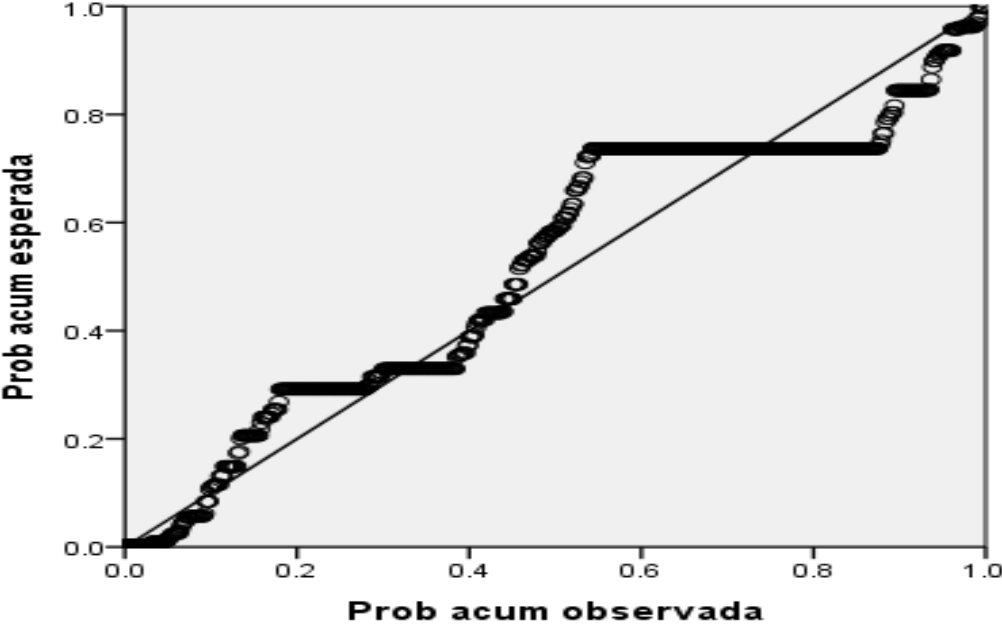
APÉNDICE K

**HISTOGRAMAS
GRÁFICOS P-P NORMALES
DIAGRAMAS DE DISPERSIÓN DE
RESIDUOS DE LAS VARIABLES
DEPENDIENTES
TODA LA MUESTRA**

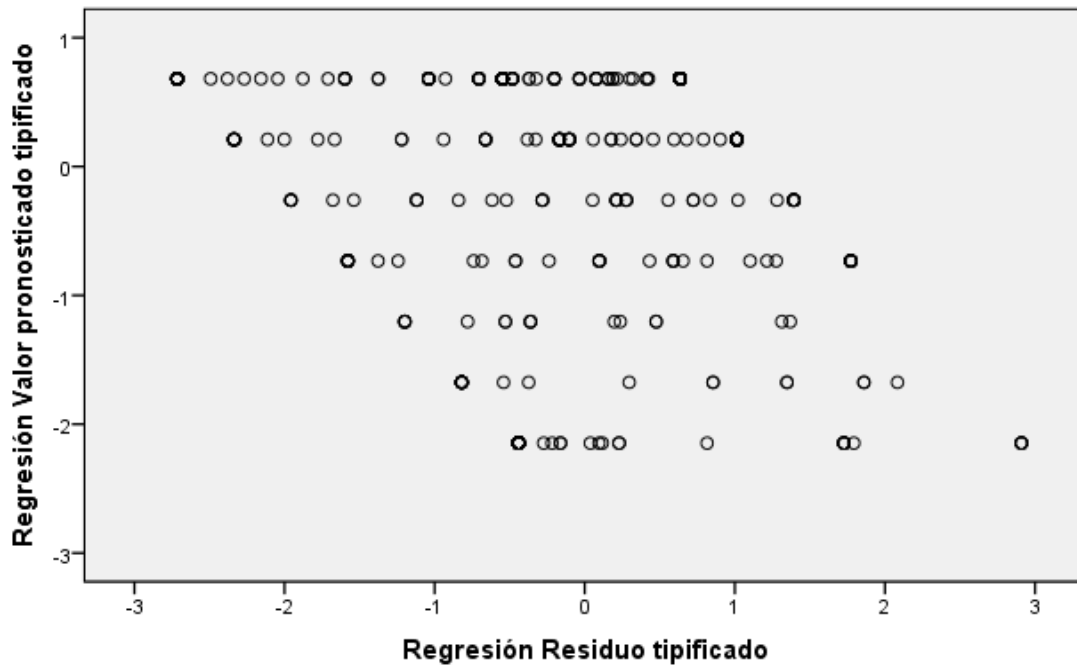
Apéndice K1. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “consistencia en el uso del condón”.



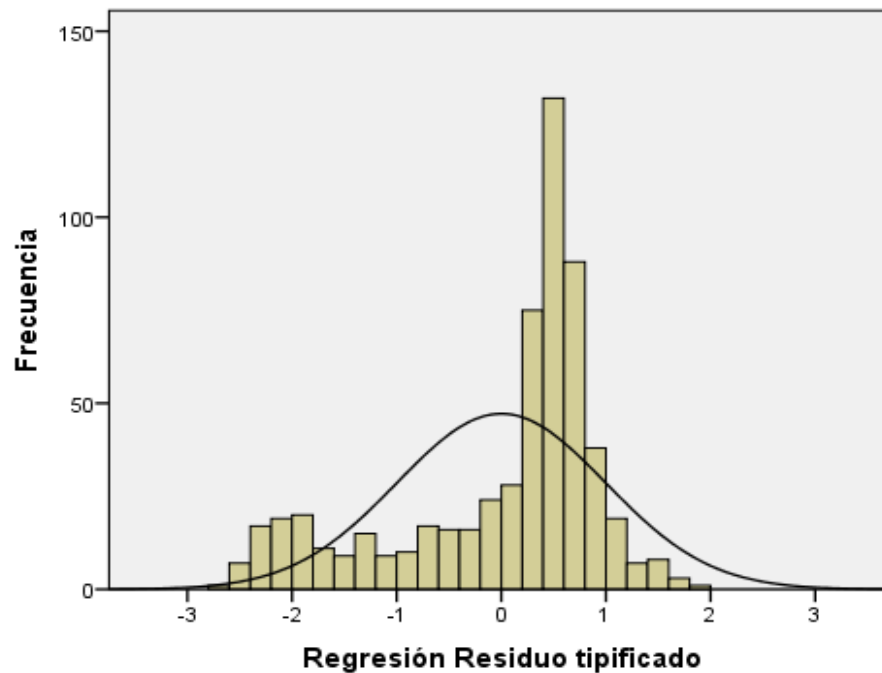
Apéndice K2. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “consistencia en el uso del condón”



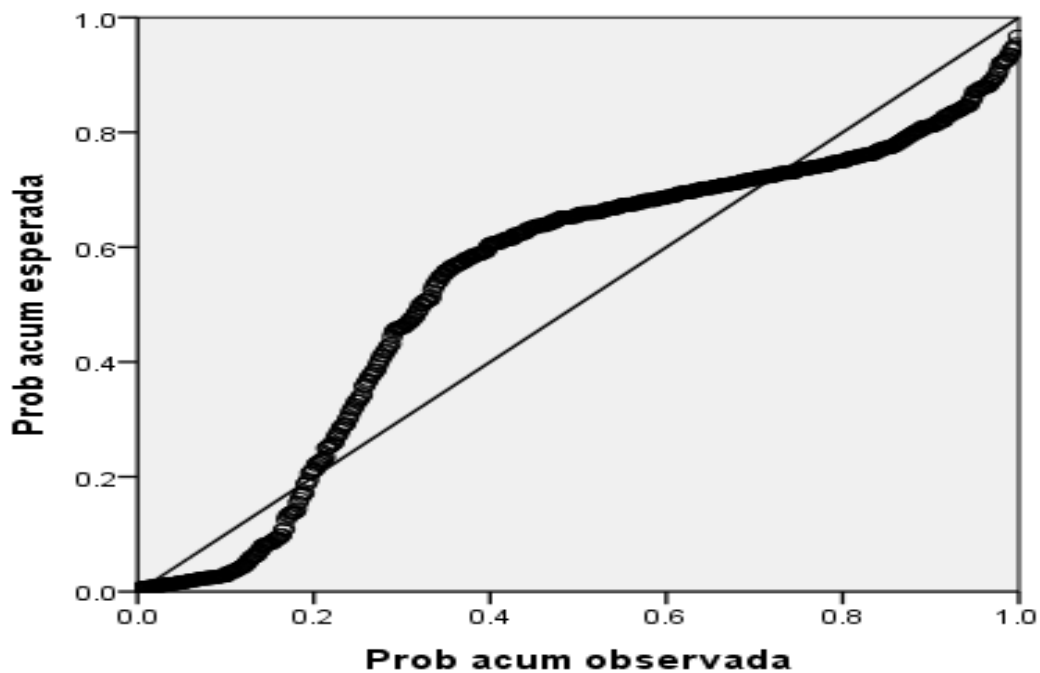
Apéndice K3. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “consistencia en el uso del condón”.



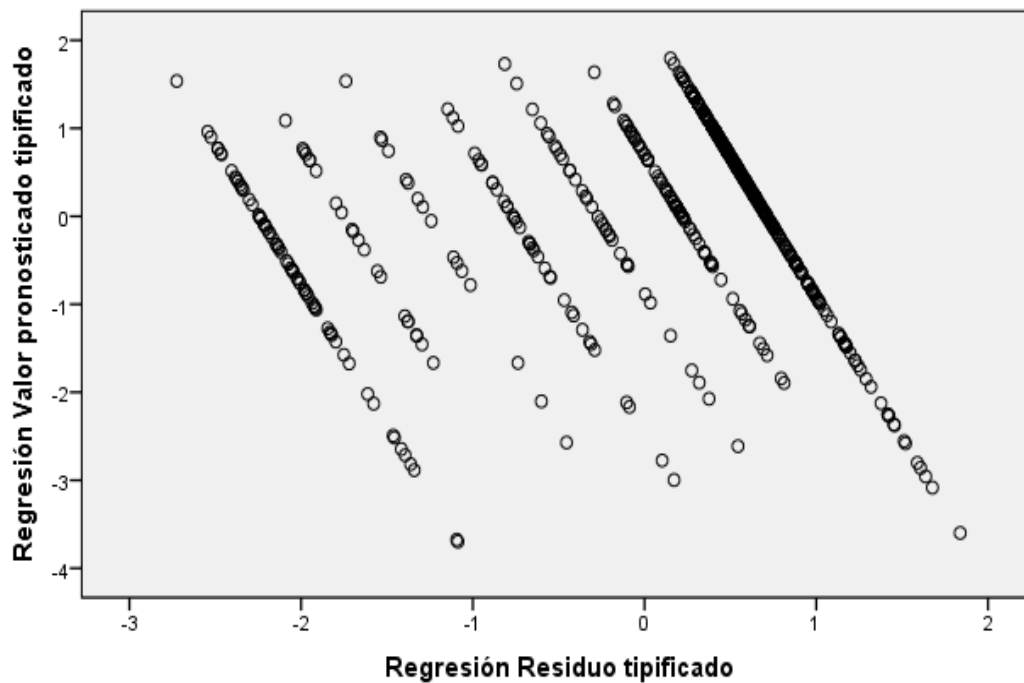
Apéndice K4. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “intención de utilizar el preservativo en el próximo encuentro sexual”.



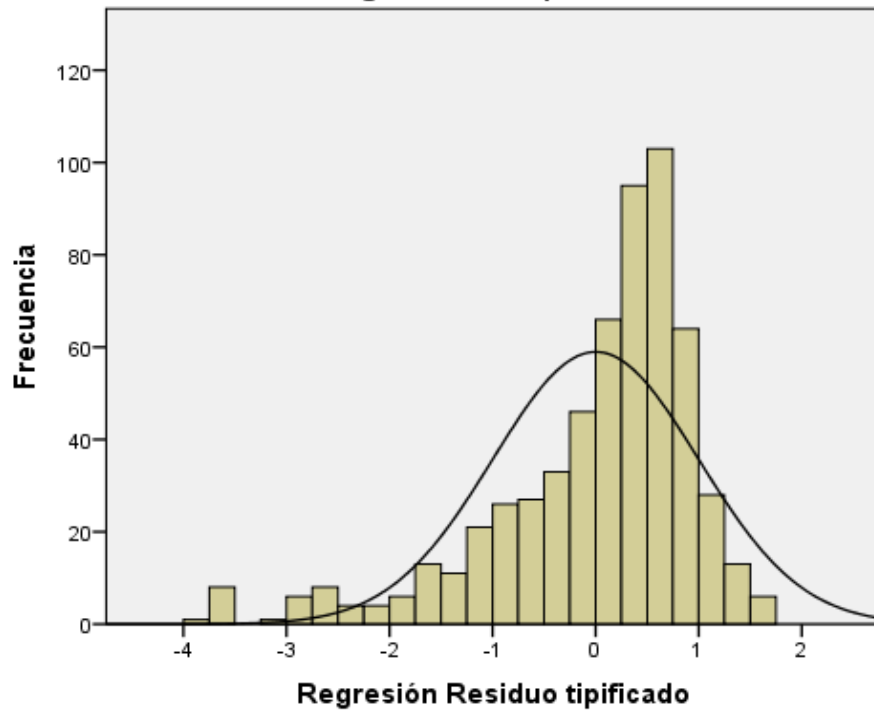
Apéndice K5. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “intención de utilizar el preservativo en el próximo encuentro sexual”.



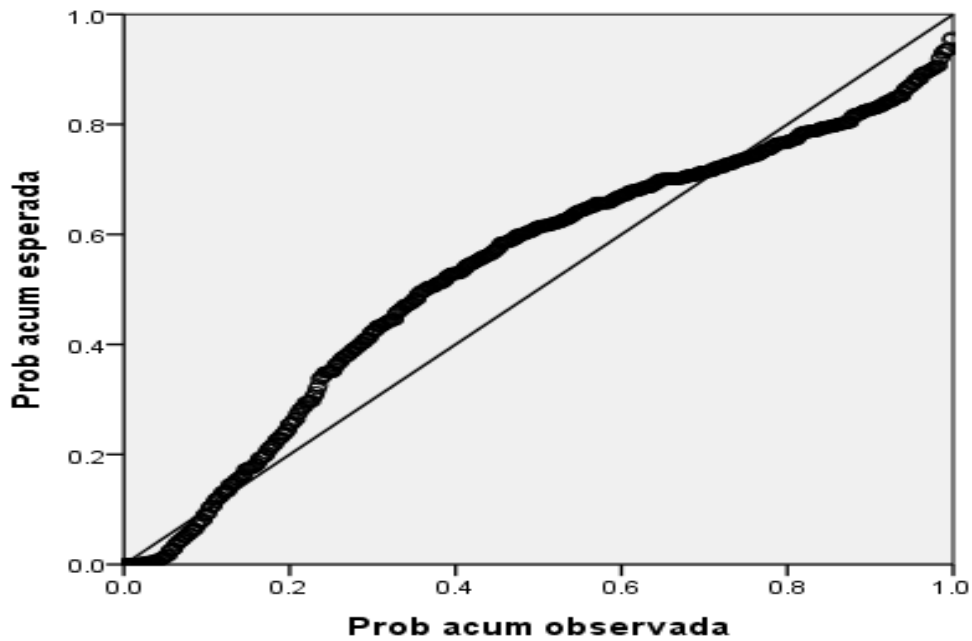
Apéndice K6. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “intención de utilizar el preservativo en el próximo encuentro sexual”.



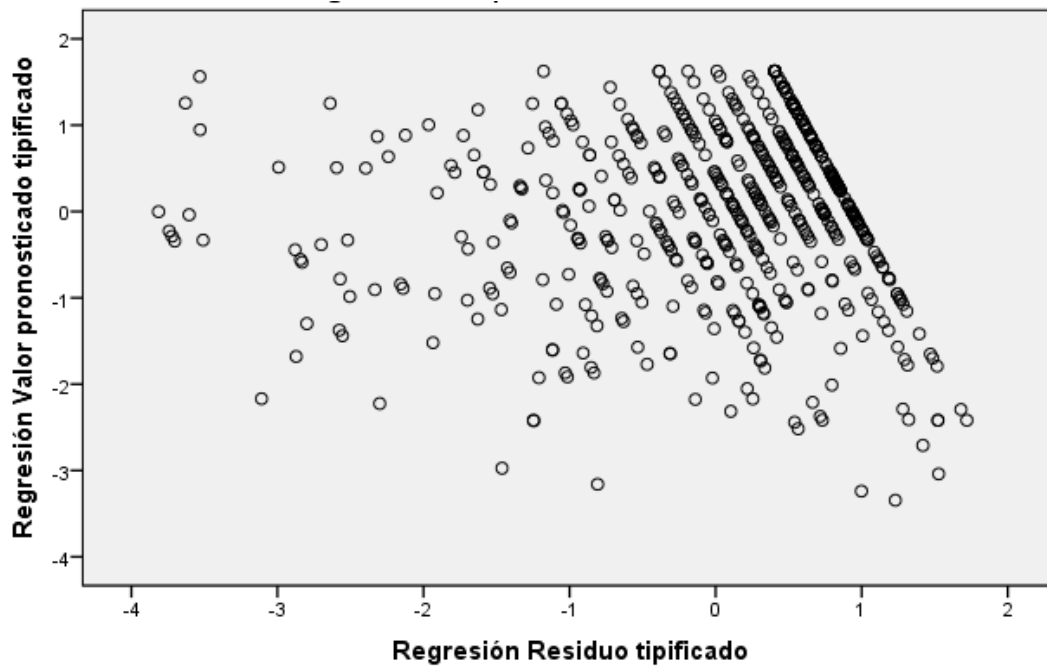
Apéndice K7.Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “estilo de negociación equidad-colaboración”.



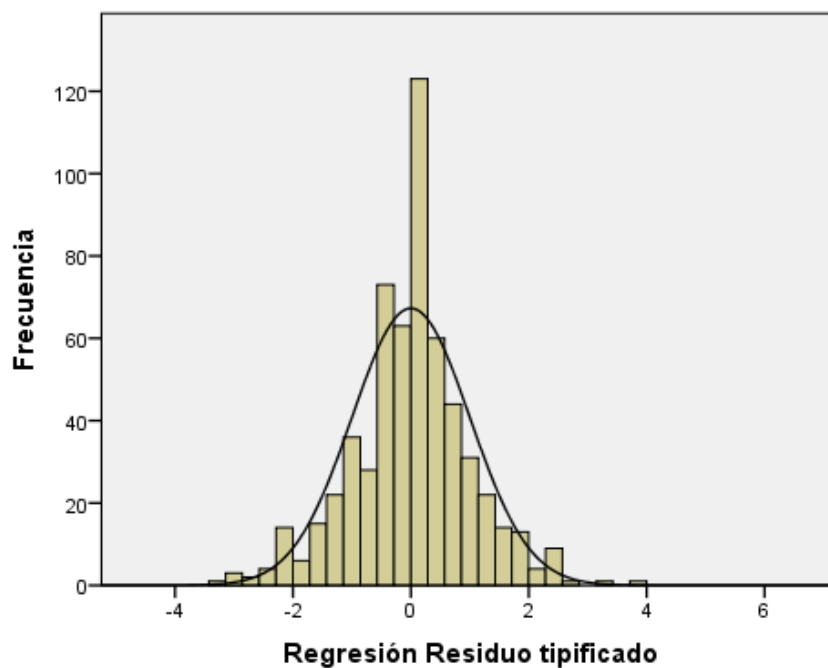
Apéndice K8.Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “estilo de negociación equidad-colaboración”.



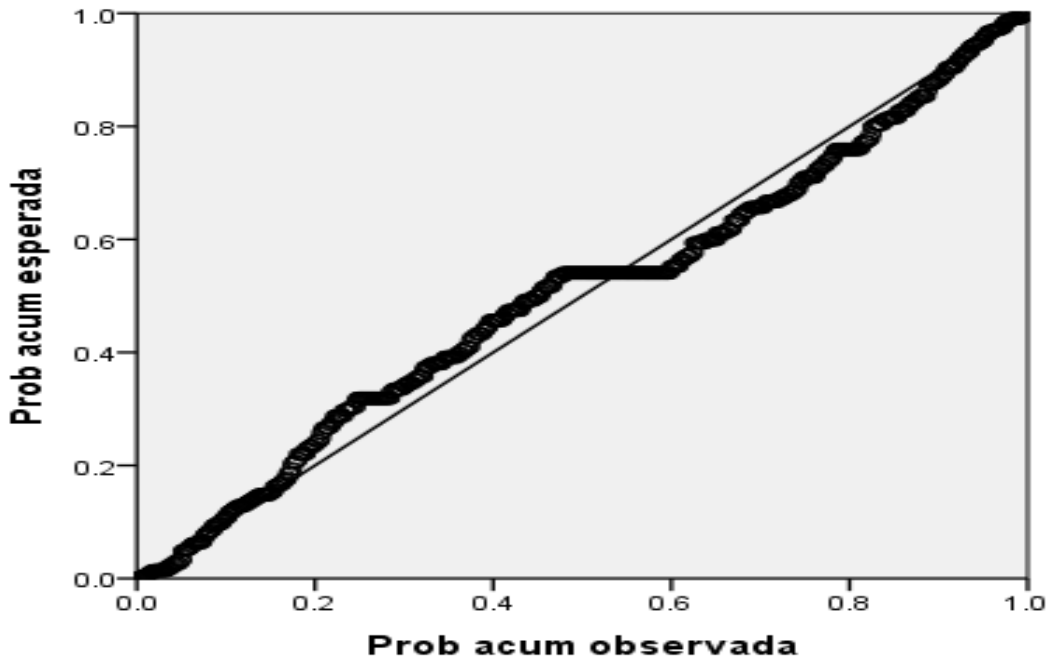
Apéndice K9. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “estilo de negociación equidad-colaboración”.



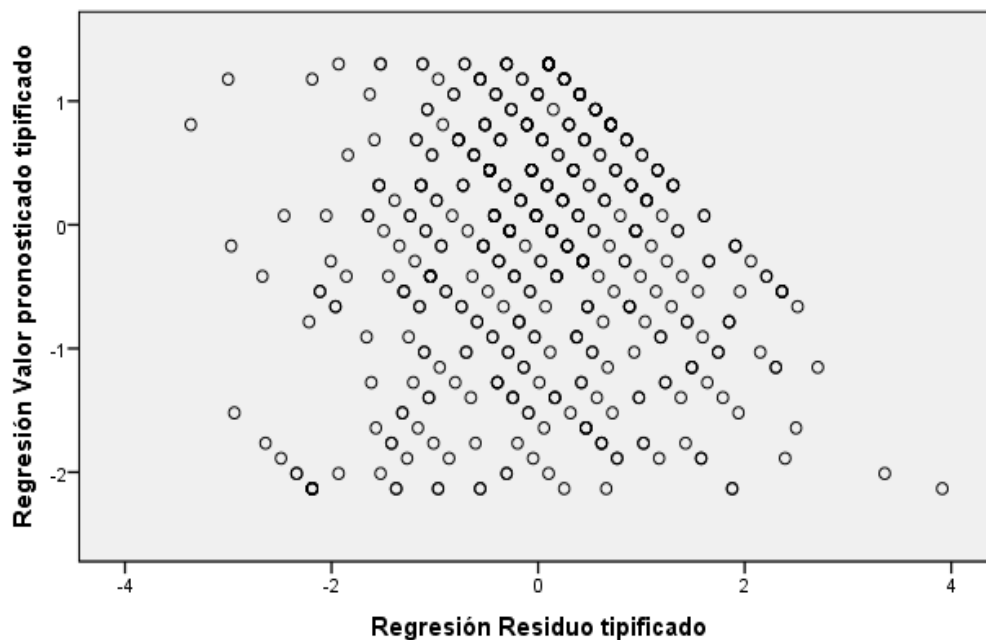
Apéndice K10. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos y las consecuencias de tener relaciones sexuales”.



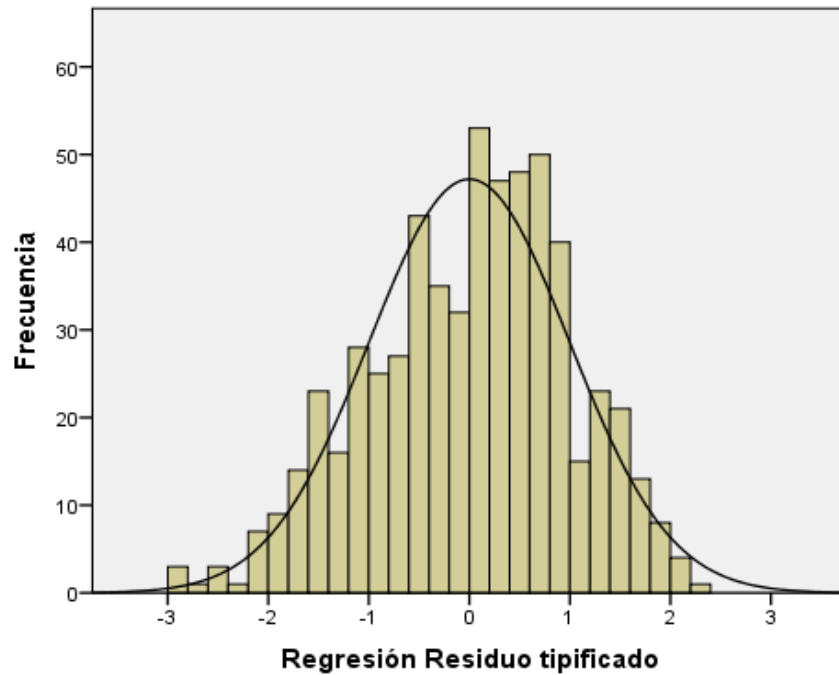
Apéndice K11. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos y las consecuencias de tener relaciones sexuales”.



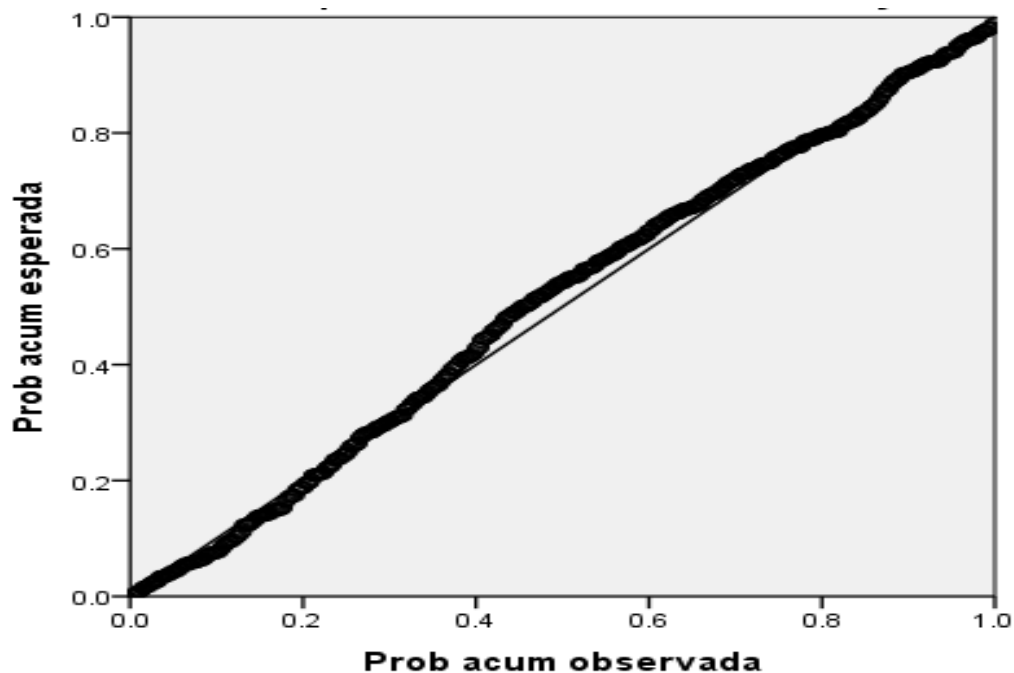
Apéndice k12. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos y las consecuencias de tener relaciones sexuales”.



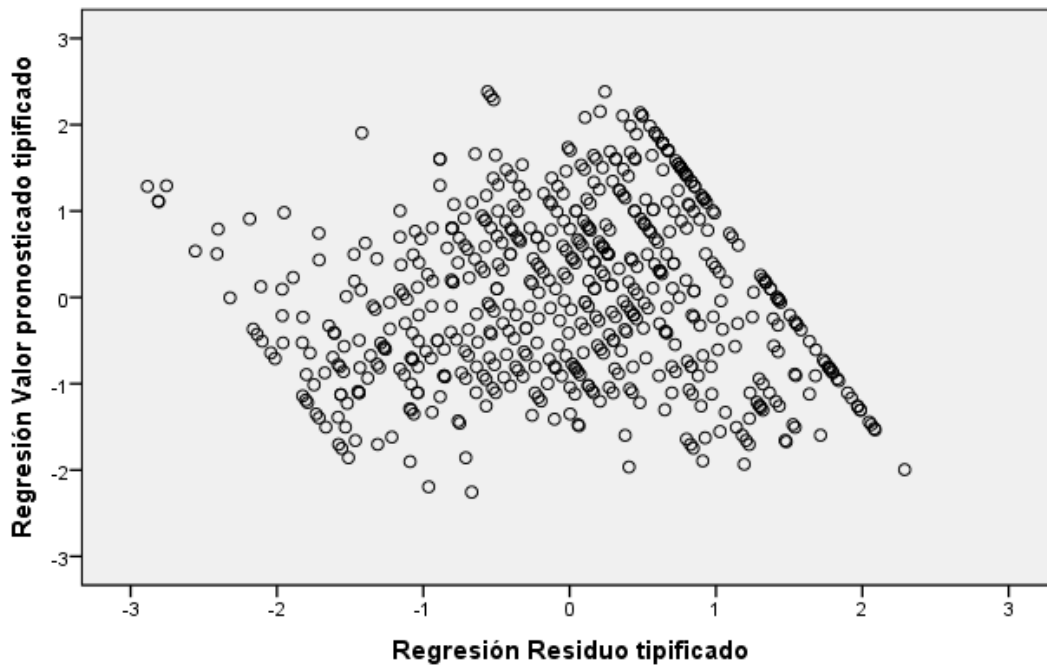
Apéndice K13. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino”.



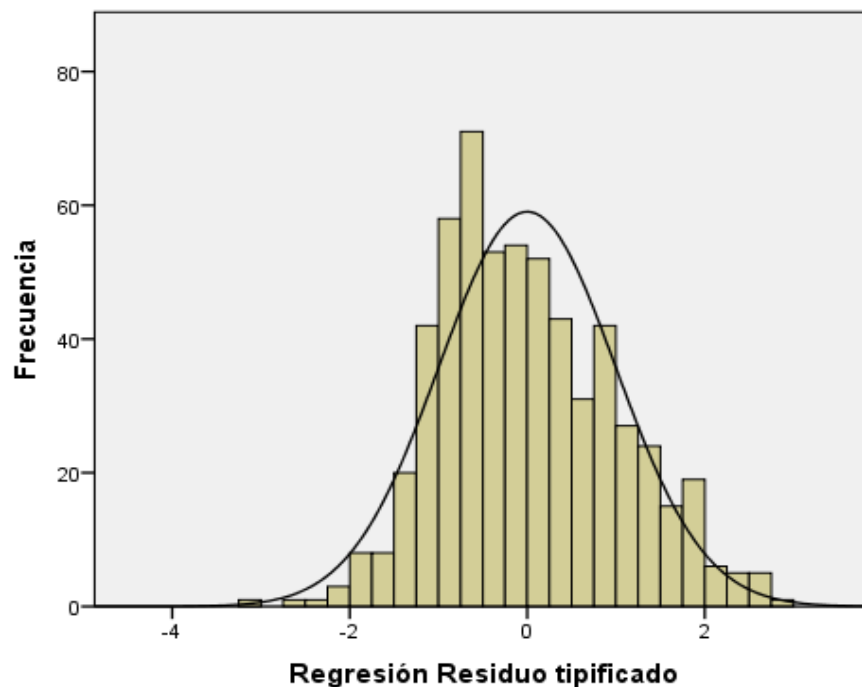
Apéndice K14. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino”.



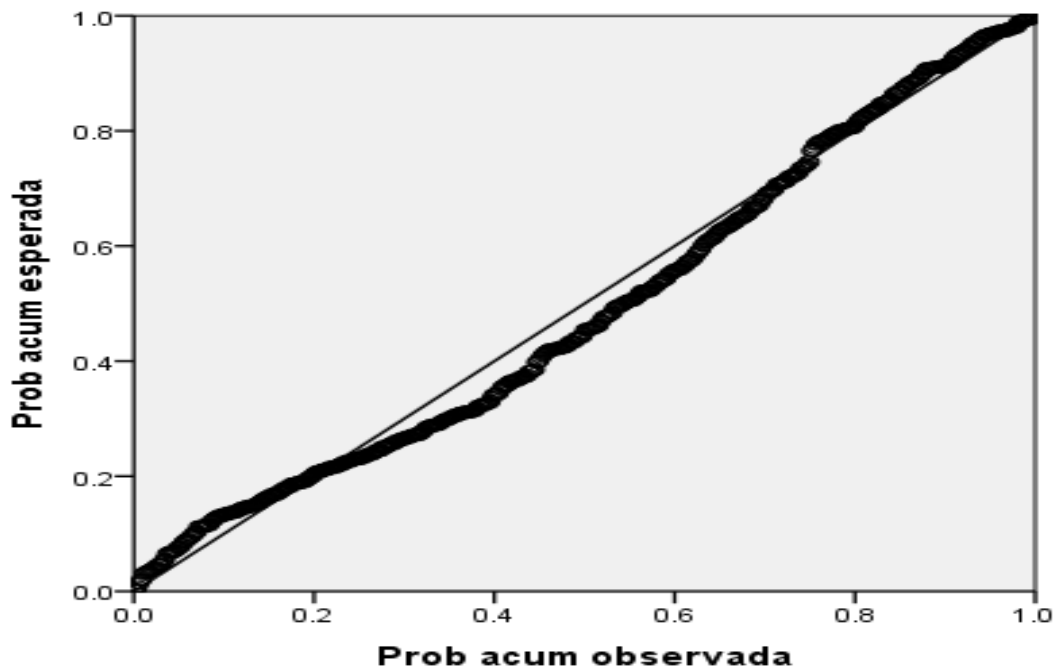
Apéndice K15. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino”.



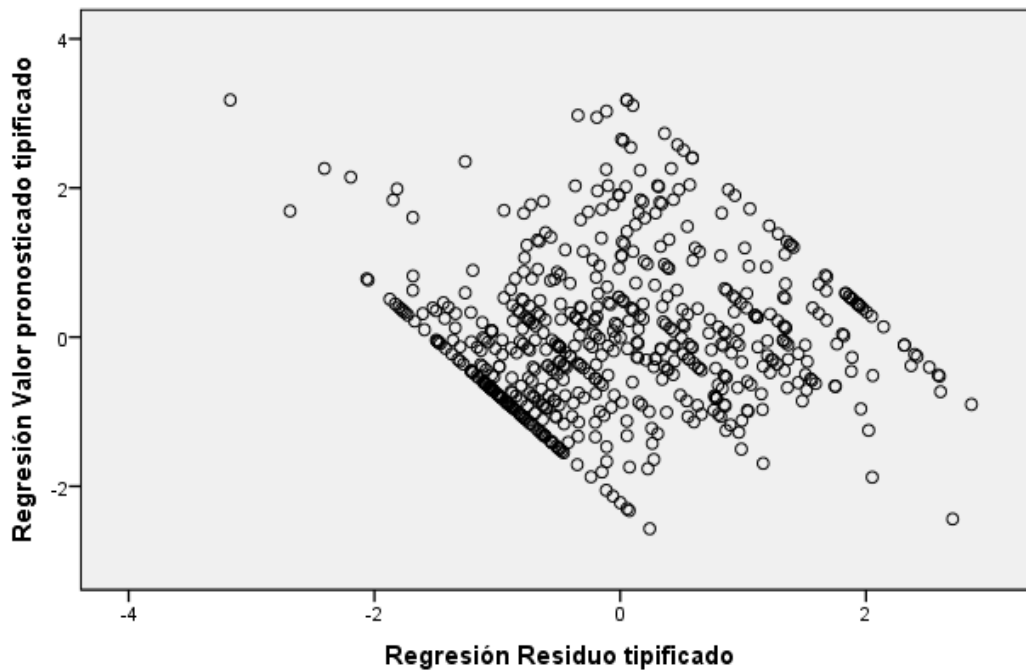
Apéndice K16. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “comunicación sexual con la madre”.



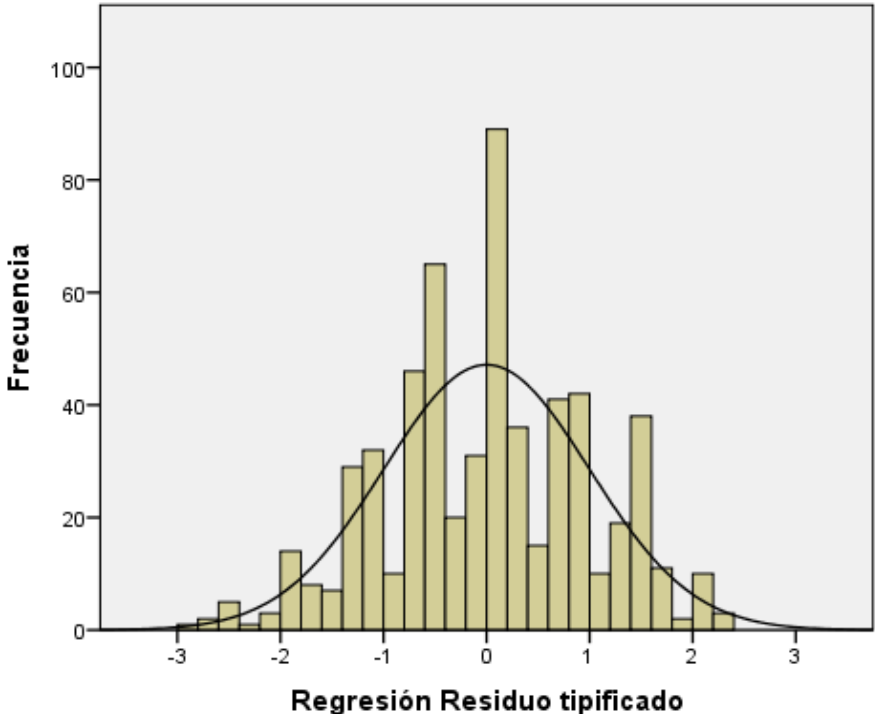
Apéndice K17. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “comunicación sexual con la madre”.



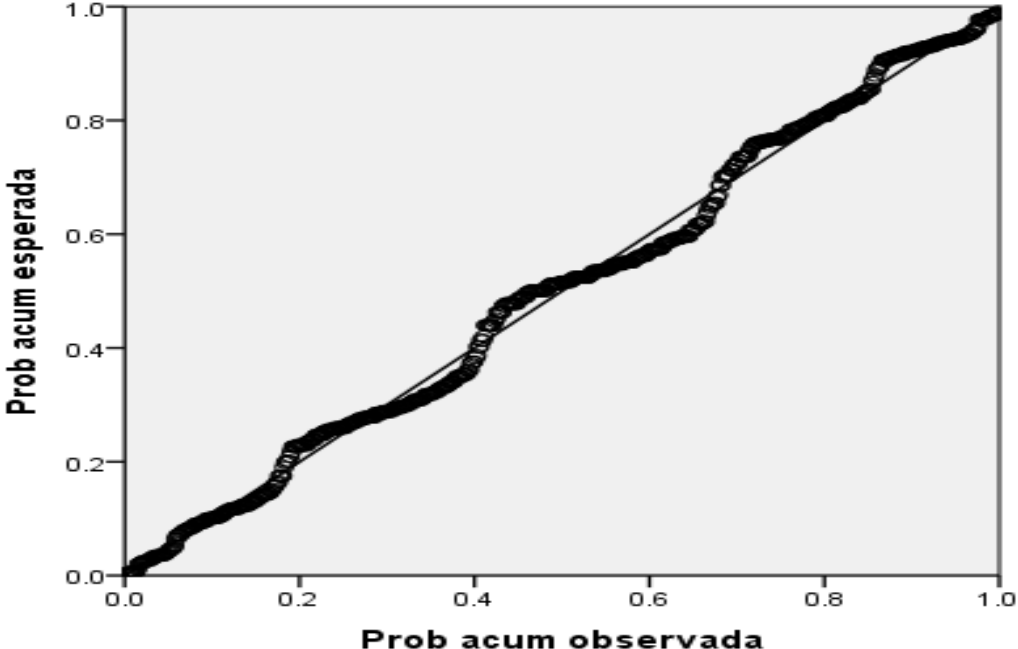
Apéndice K18. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “comunicación sexual con la madre”.



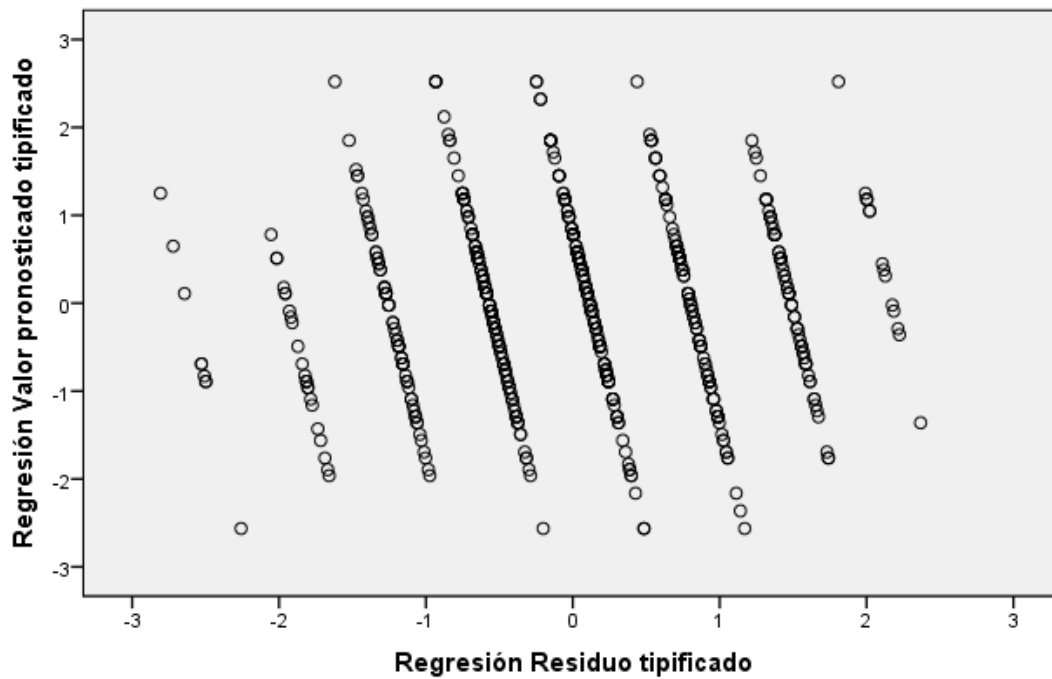
Apéndice K19. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “conocimientos sobre el uso correcto del condón”.



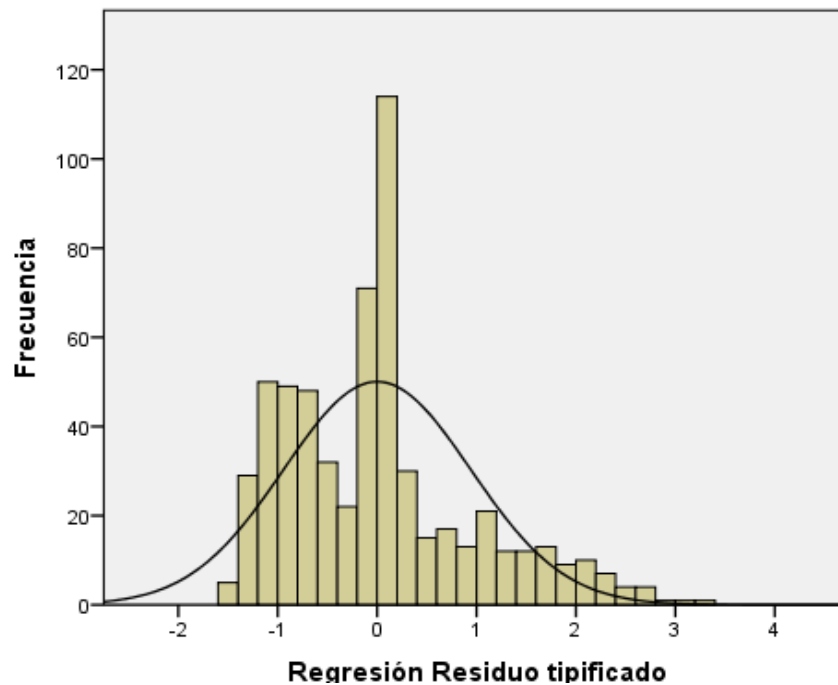
Apéndice K20. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “conocimientos sobre el uso correcto del condón”.



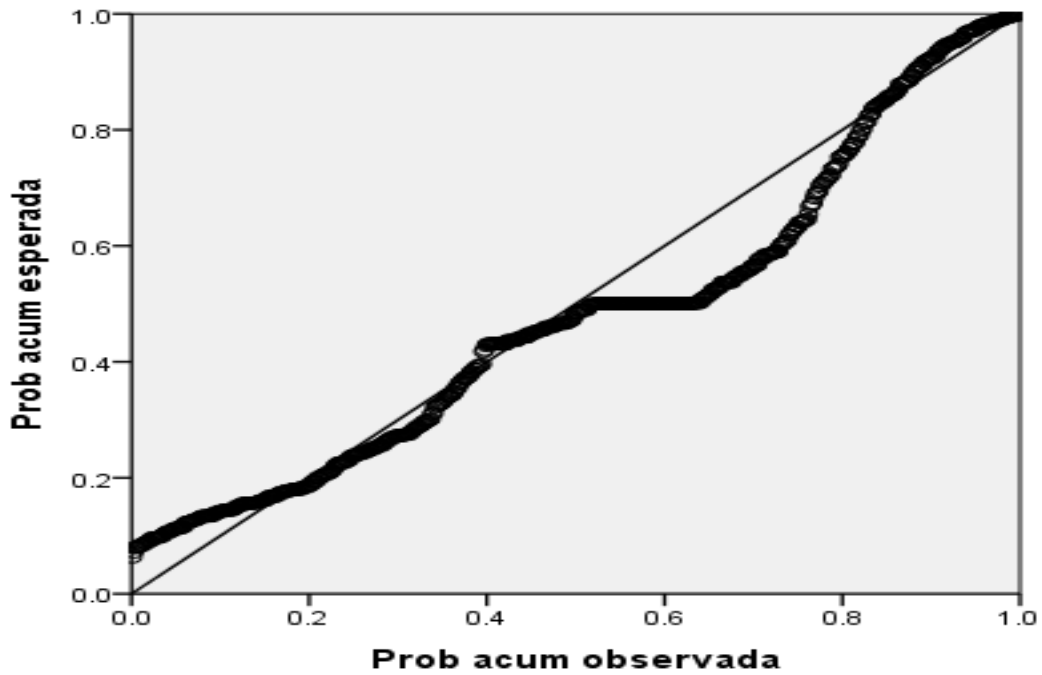
Apéndice K21. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “conocimientos sobre el uso correcto del condón”.



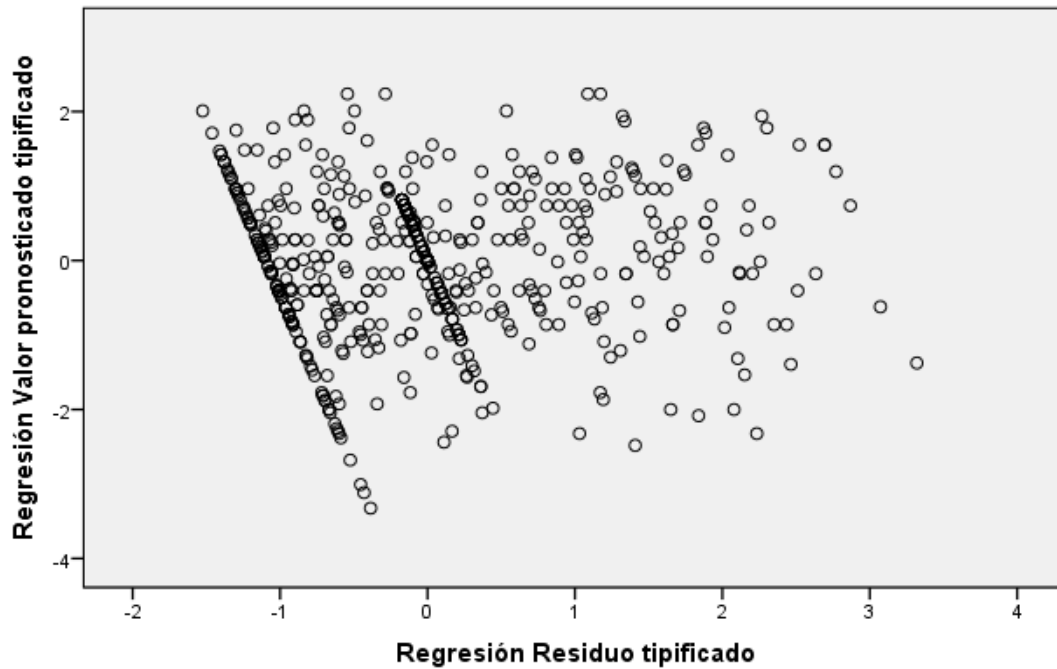
Apéndice K22. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “comunicación sexual con el padre”.



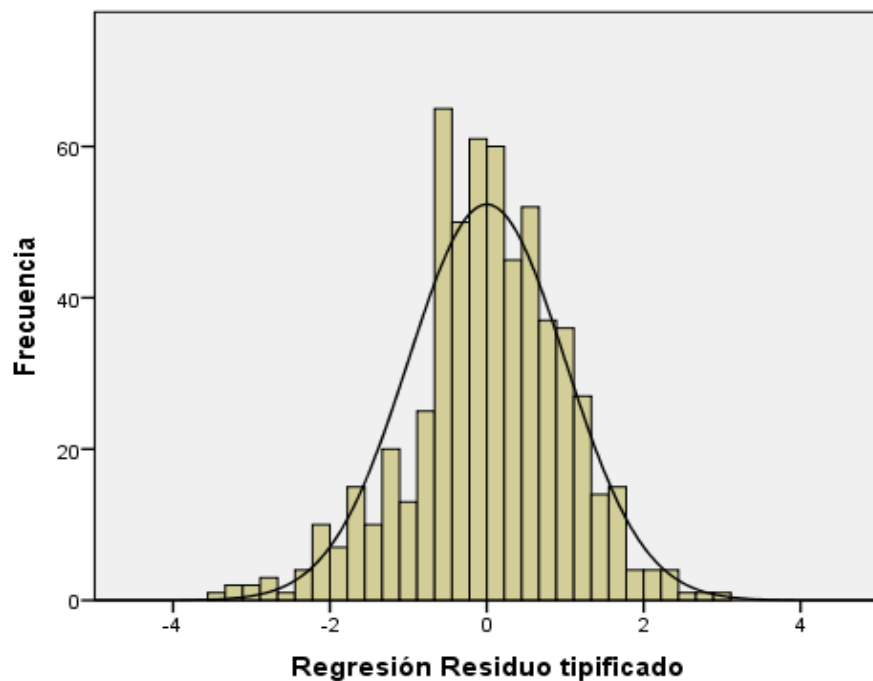
Apéndice K23. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “comunicación sexual con el padre”.



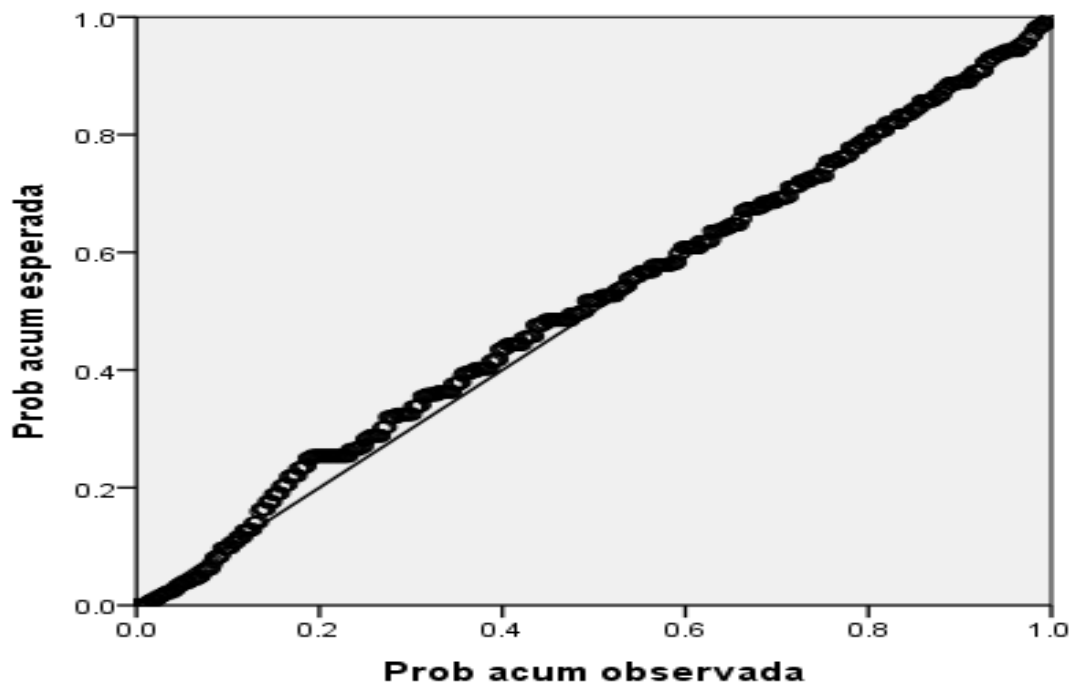
Apéndice K24. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “comunicación sexual con el padre”.



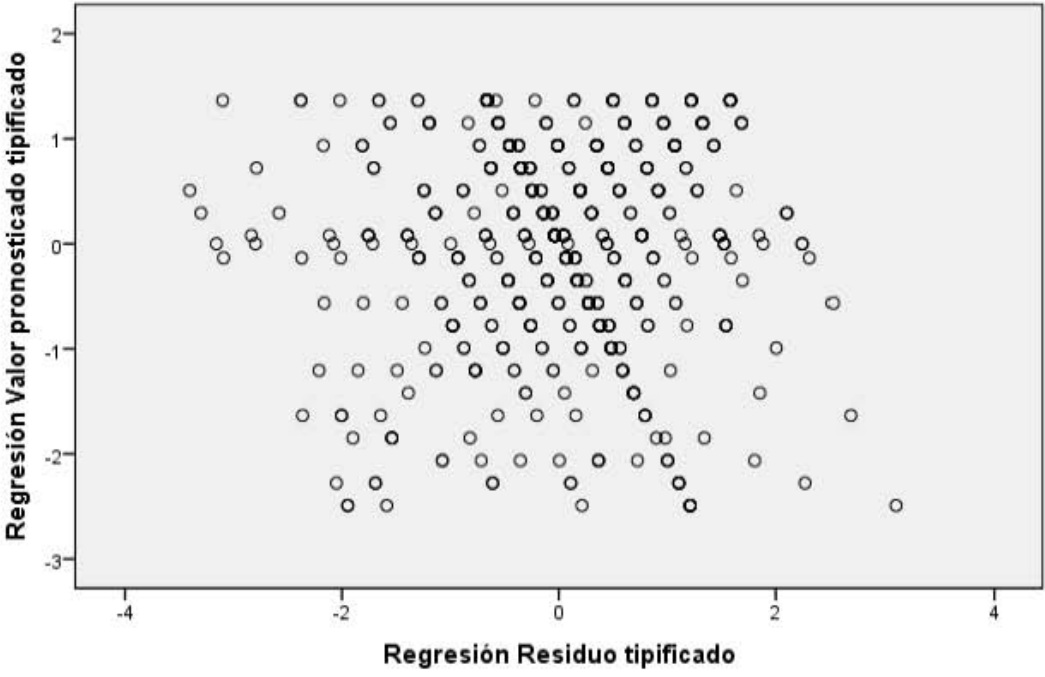
Apéndice K25.Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “estilo parental paterno democrático”.



Apéndice K26.Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “estilo parental paterno democrático”.



Apéndice K27. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “estilo parental paterno democrático”.



APÉNDICE L

MATRIZ DE CORRELACIÓN

VARONES

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1 Consistencia condón	1	.596**		<u>.153</u>				<u>.230</u>			.175		<u>.241</u>						<u>.188</u>		<u>.171</u>				
2 Intenciones uso del condón		1						<u>.244</u>																	
3 Conocimientos VIH			1	<u>.289</u>	.156																				
4 Conocimientos ITS				1	.		.151										.227						.163		
5 Conocimientos condón					1		.136																		
6 Comunic pareja ITS/VIH/condón						1	<u>.739</u>	<u>.297</u>	<u>.171</u>					<u>.260</u>		<u>.249</u>	.145	<u>.407</u>	<u>.217</u>	.206			.170	.453	
7 Comunic pareja anticonceptivos/consecuencias sexo							1	<u>.300</u>	.152			.161		<u>.208</u>		<u>.226</u>		<u>.333</u>	<u>.175</u>	.163	<u>.139</u>	<u>.192</u>	<u>.374</u>		
8 Equidad-Colaboración								1	<u>.366</u>					<u>.200</u>					<u>.195</u>		<u>.131</u>	<u>.144</u>			
9 Acomodación									1	<u>.357</u>	.182			<u>.162</u>								.142			
10 Evitación										1	<u>.342</u>											.157			
11 Contender											1											.150	.193		<u>.244</u>
12 Cercanía frat. H. mayor												1	.560	<u>.243</u>					<u>.401*</u>						.325
13 Cercanía frat. H. menor													1	<u>.345</u>					<u>.404*</u>	<u>.190</u>					<u>.343</u>
14 P. Negligente														1	<u>.383</u>	.441	<u>.266</u>	<u>.196</u>	<u>.724</u>	.446	<u>.424</u>	<u>.220</u>			
15 P. Democrático															1		<u>.636</u>	.170	<u>.363</u>	<u>.556</u>			<u>.234</u>		
16 P. Autoritario																1			<u>.318</u>	.158	<u>.494</u>			<u>.174</u>	
17 P. Permisivo																	1		<u>.232</u>	<u>.337</u>		<u>.359</u>			
18 Comunic. padre																		1	-	.				<u>.718</u>	
19 M. negligente																			1	<u>.534</u>	<u>.712</u>	<u>.252</u>			
20 M. democrática																				1	<u>.399</u>	<u>.538</u>			
21 M. Autoritaria																					1	<u>.233</u>			
22 M. Permisiva																						1			
23 Comunic madre																							1		
24 Machismo																								1	<u>.609</u>
25 Marianismo																									1

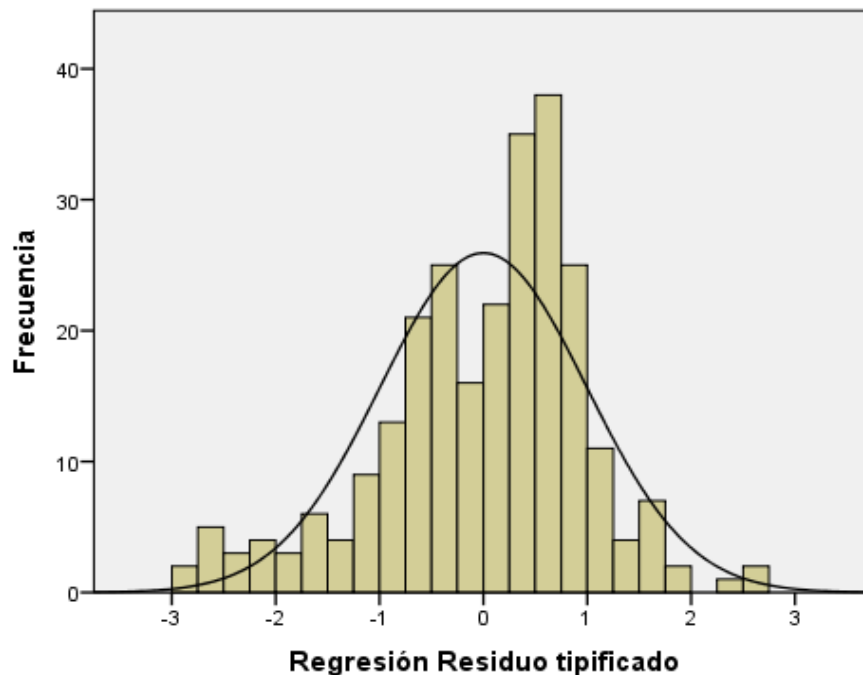
** p <.01; * p <.05. Nota. Los coeficientes subrayados en este apéndice, indican correlación negativa.

APÉNDICE M

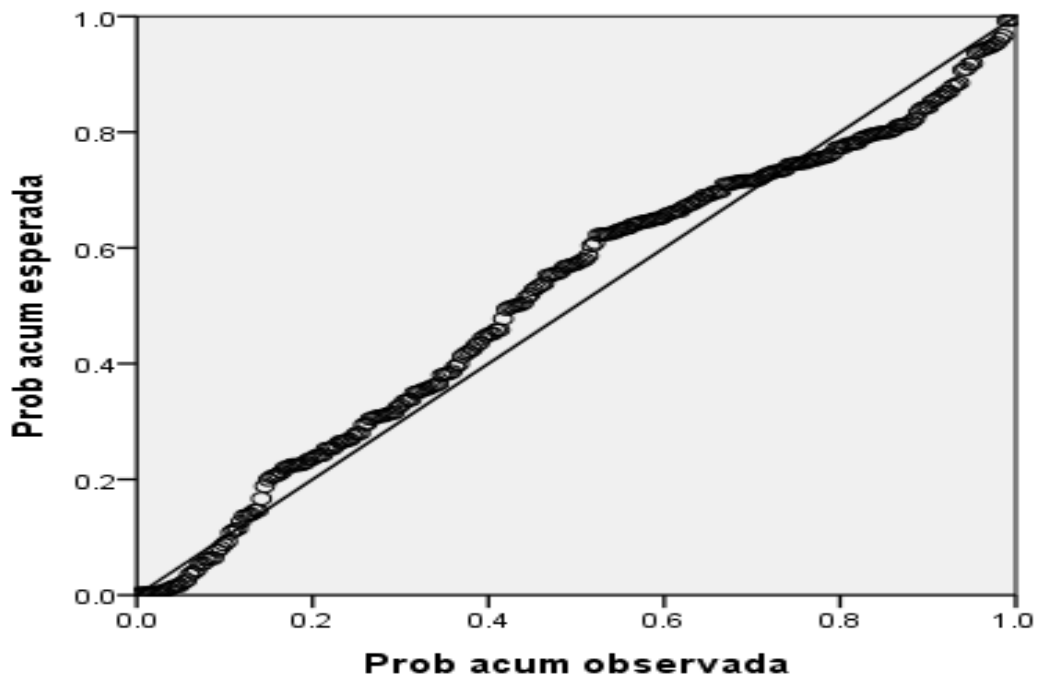
**HISTOGRAMAS
GRÁFICOS P-P NORMALES
DIAGRAMAS DE DISPERSIÓN DE
RESIDUOS DE LAS VARIABLES
DEPENDIENTES**

GRUPO DE VARONES

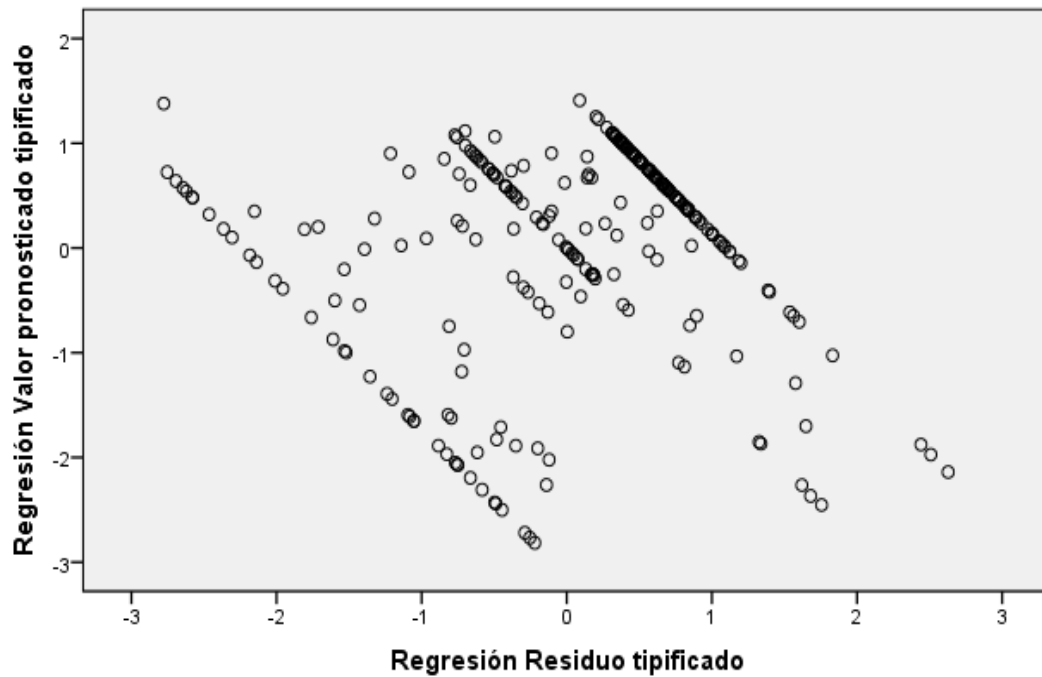
Apéndice M1. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “consistencia en el uso del condón”.



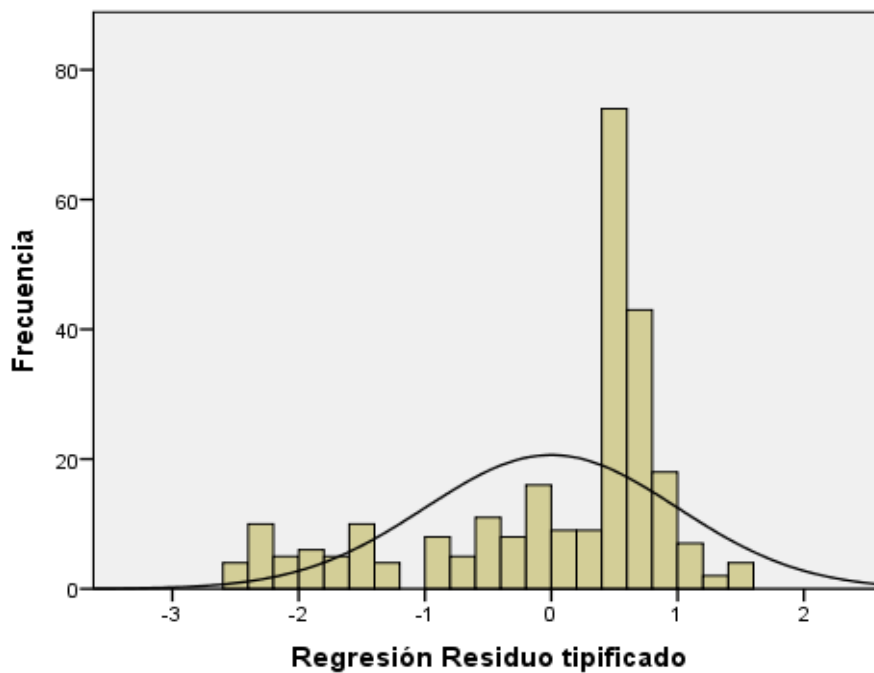
Apéndice M2. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “consistencia en el uso del condón”



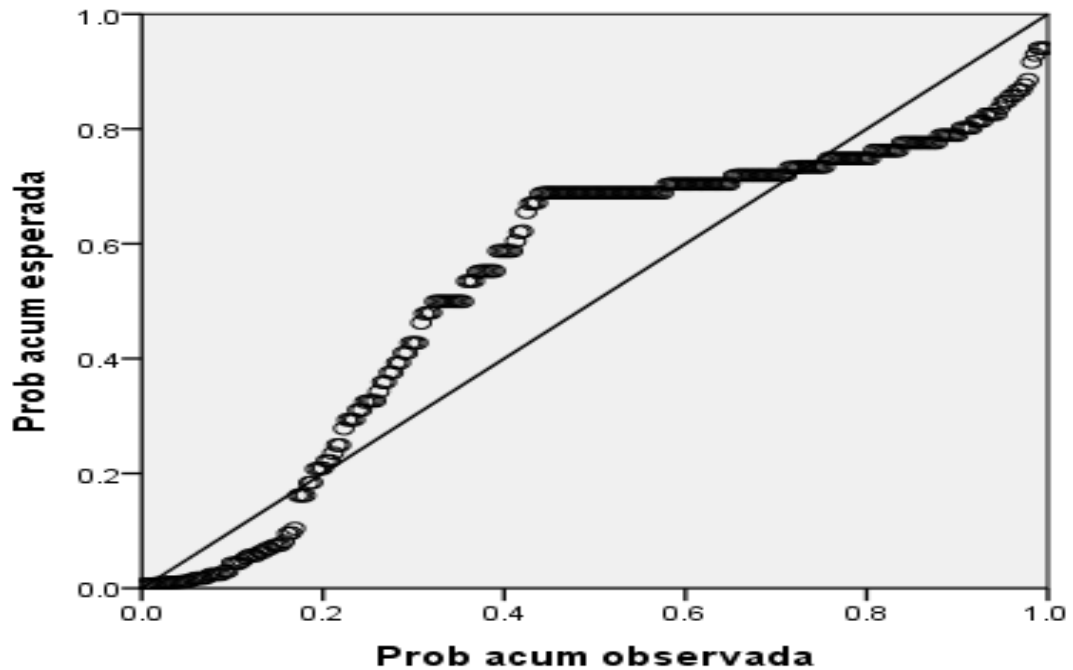
Apéndice M3. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “consistencia en el uso del condón”.



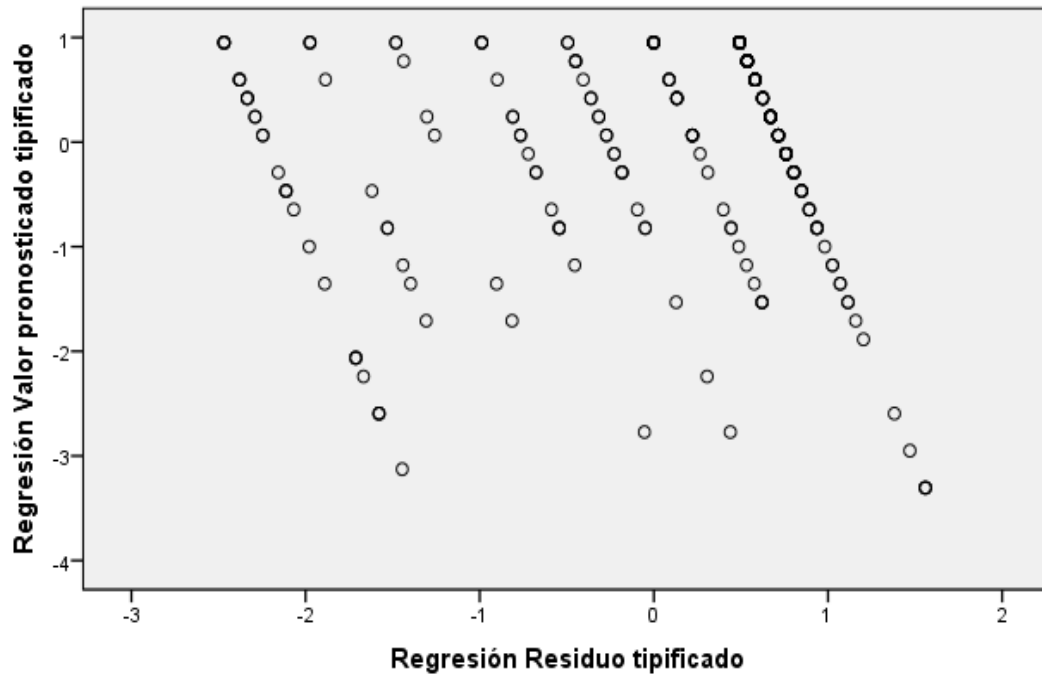
Apéndice M4. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “intención de utilizar el preservativo en el próximo encuentro sexual”



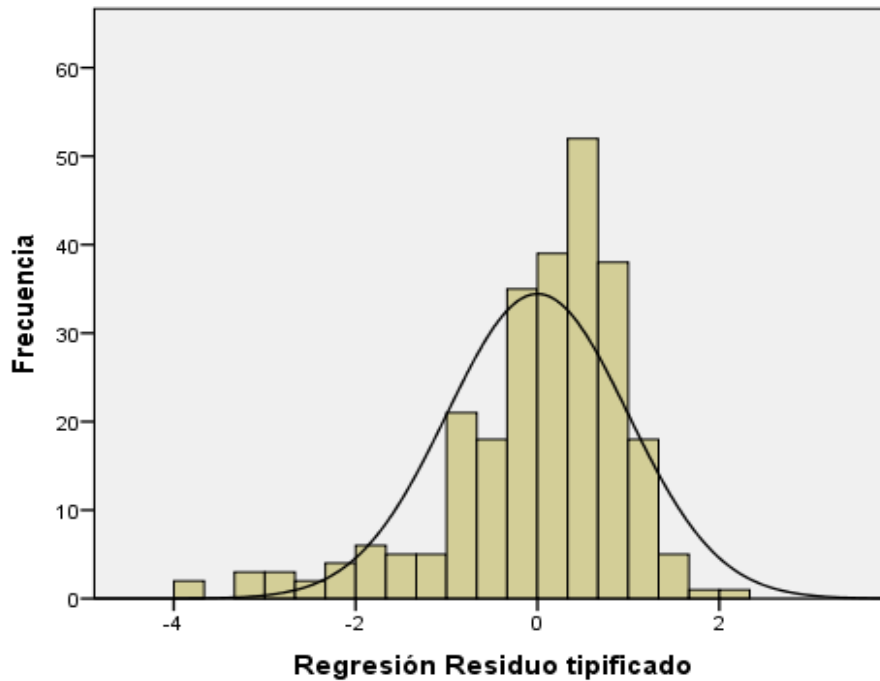
Apéndice M5. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “intención de utilizar el preservativo en el próximo encuentro sexual”.



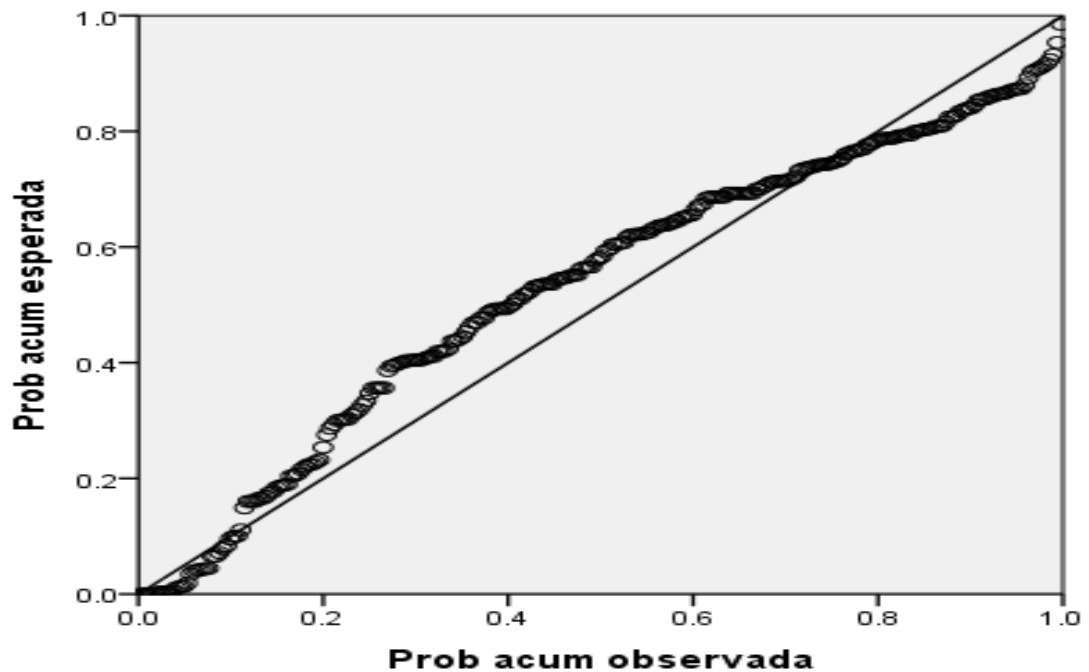
Apéndice M6. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “intención de utilizar el preservativo en el próximo encuentro sexual”.



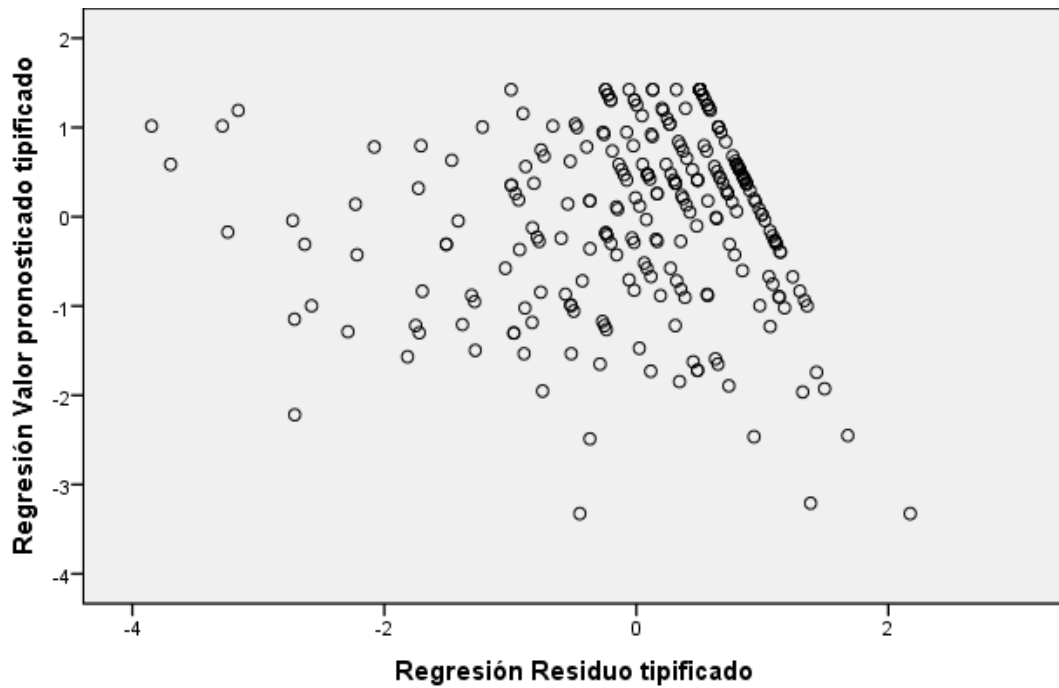
Apéndice M7. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “estilo de negociación equidad-colaboración”.



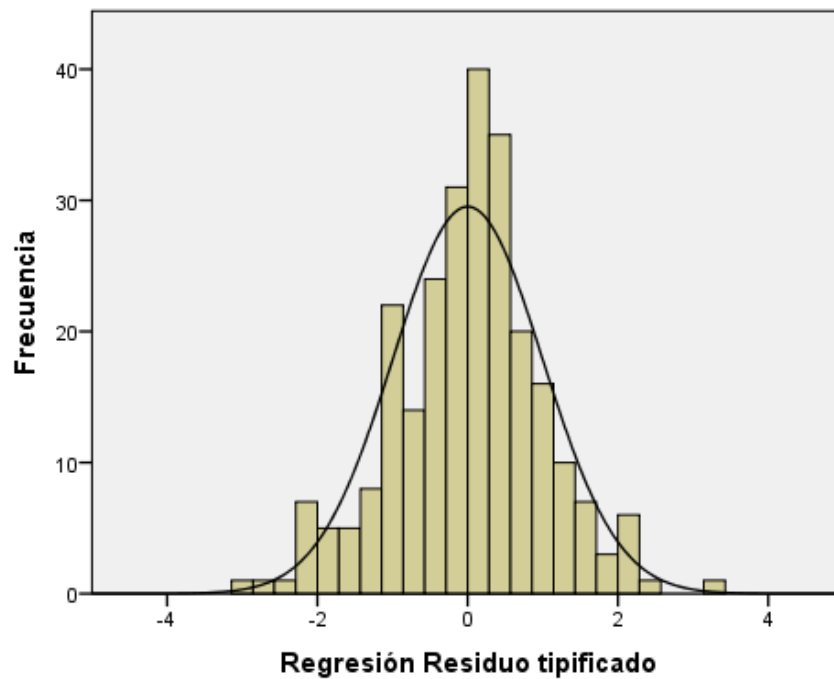
Apéndice M8. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “estilo de negociación equidad-colaboración”.



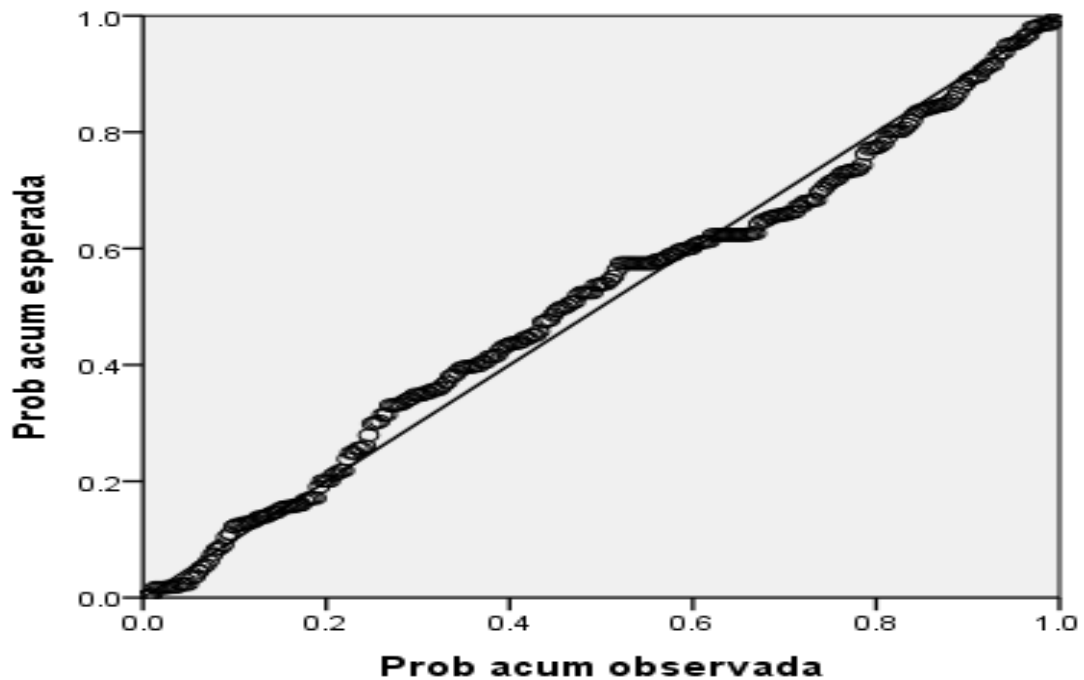
Apéndice M9. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “estilo de negociación equidad-colaboración”.



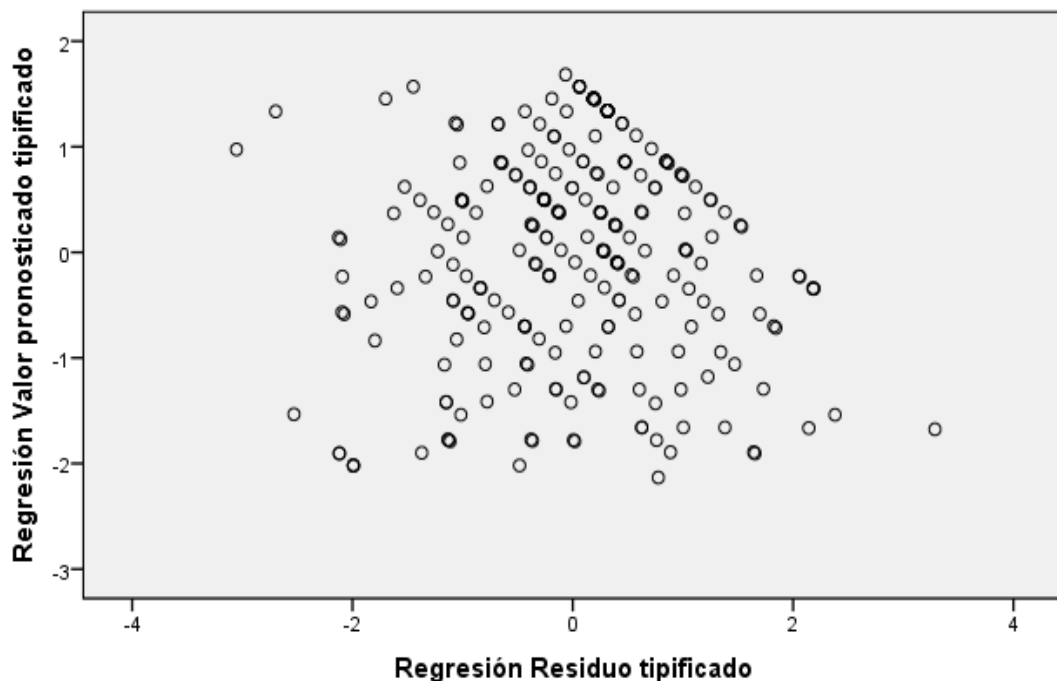
Apéndice M10. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos y las consecuencias de tener relaciones sexuales”.



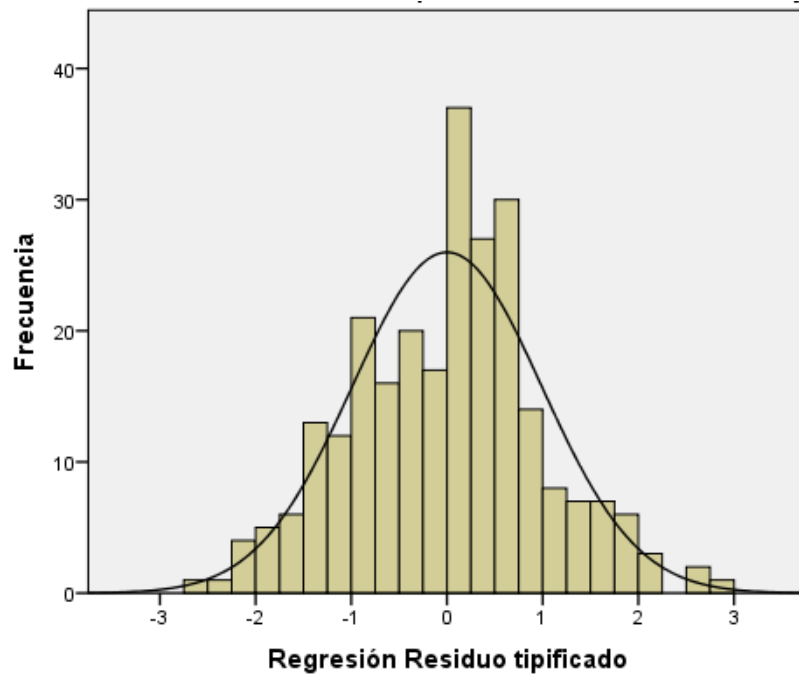
Apéndice M11. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos y las consecuencias de tener relaciones sexuales”.



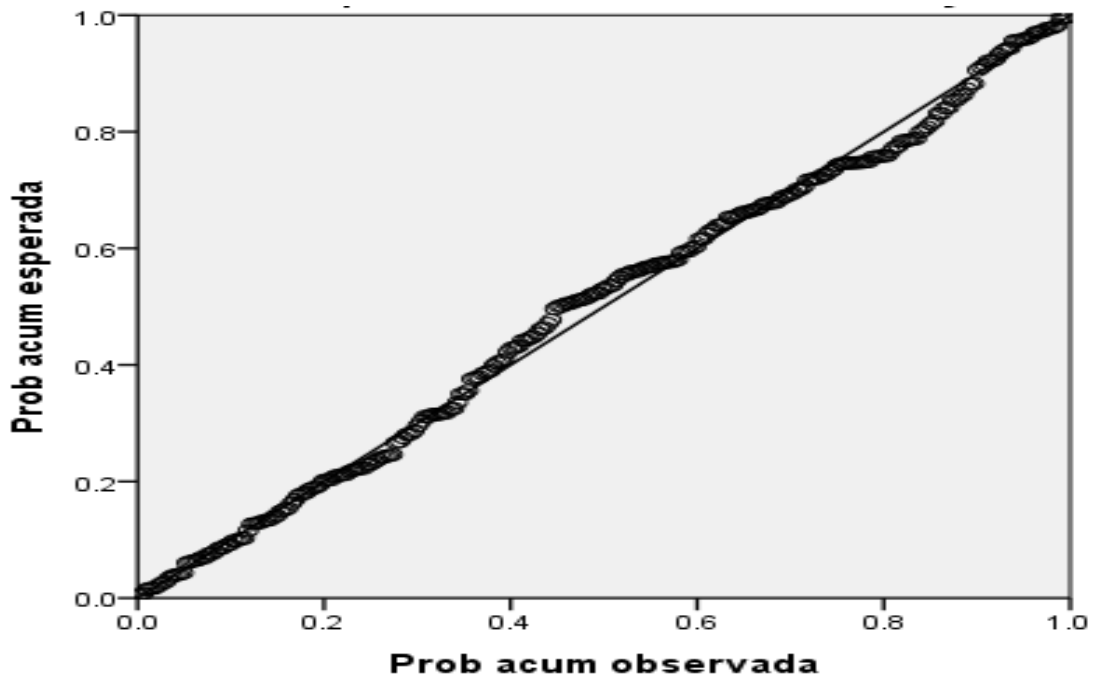
Apéndice M12. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos y las consecuencias de tener relaciones sexuales”.



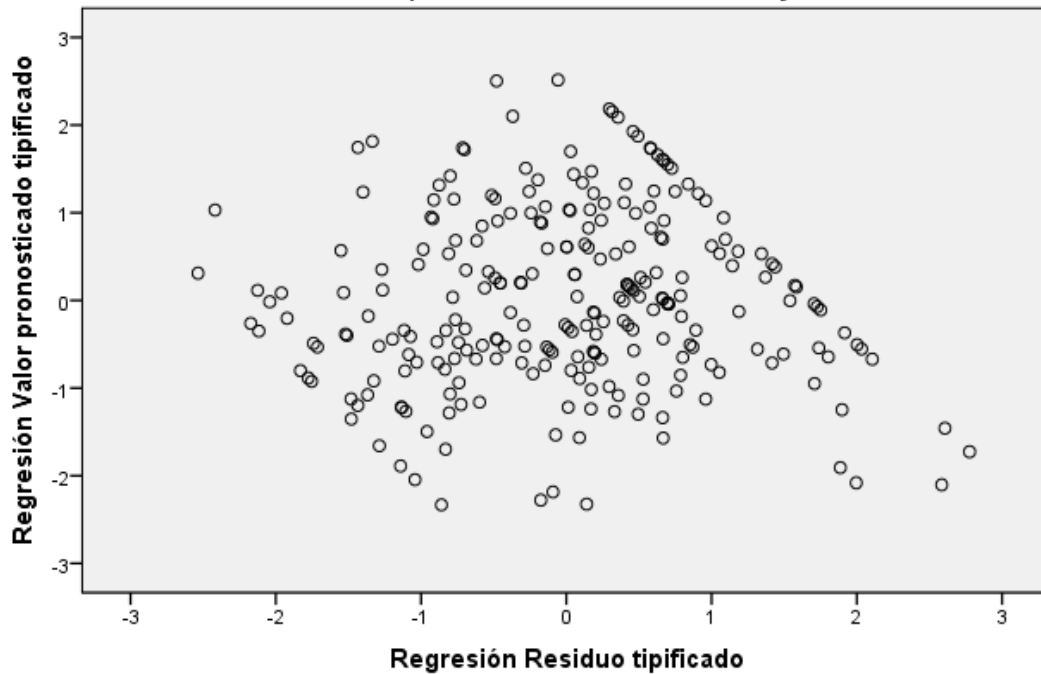
Apéndice M13. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino”.



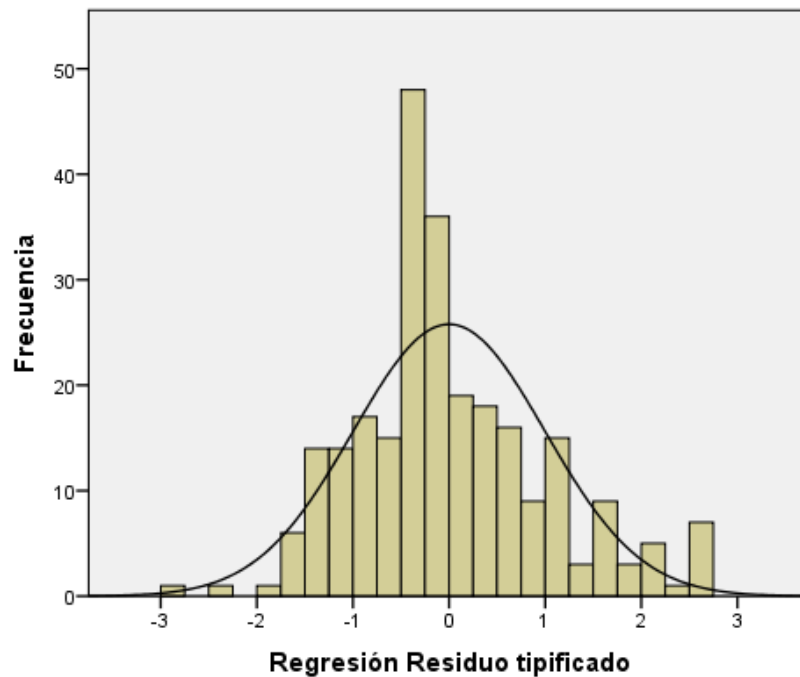
Apéndice M14. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino”.



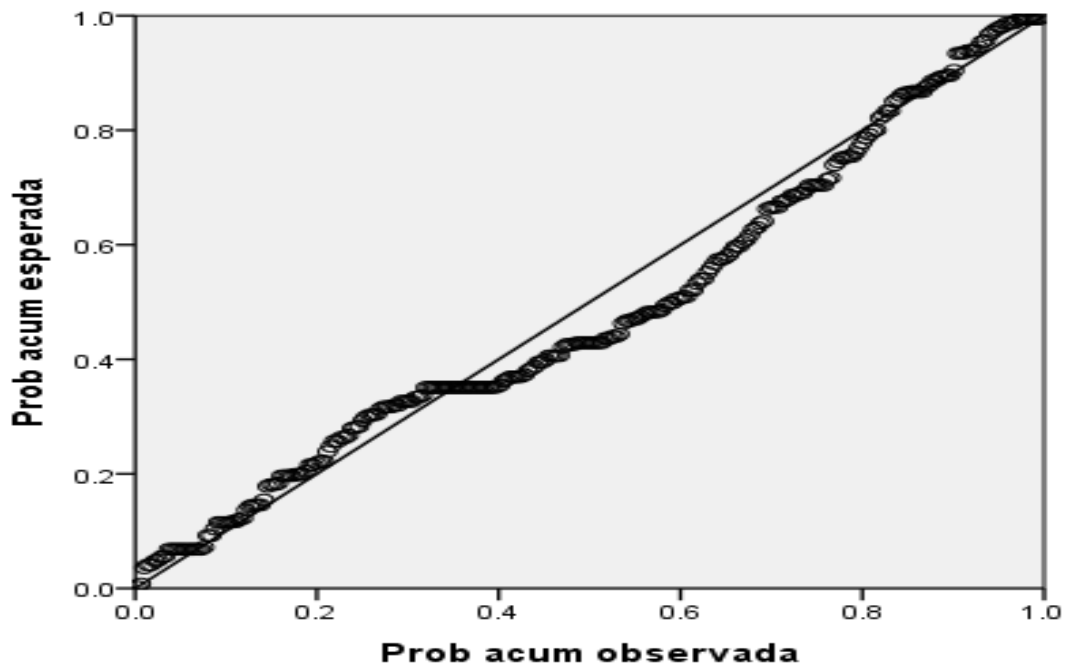
Apéndice M15. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino”.



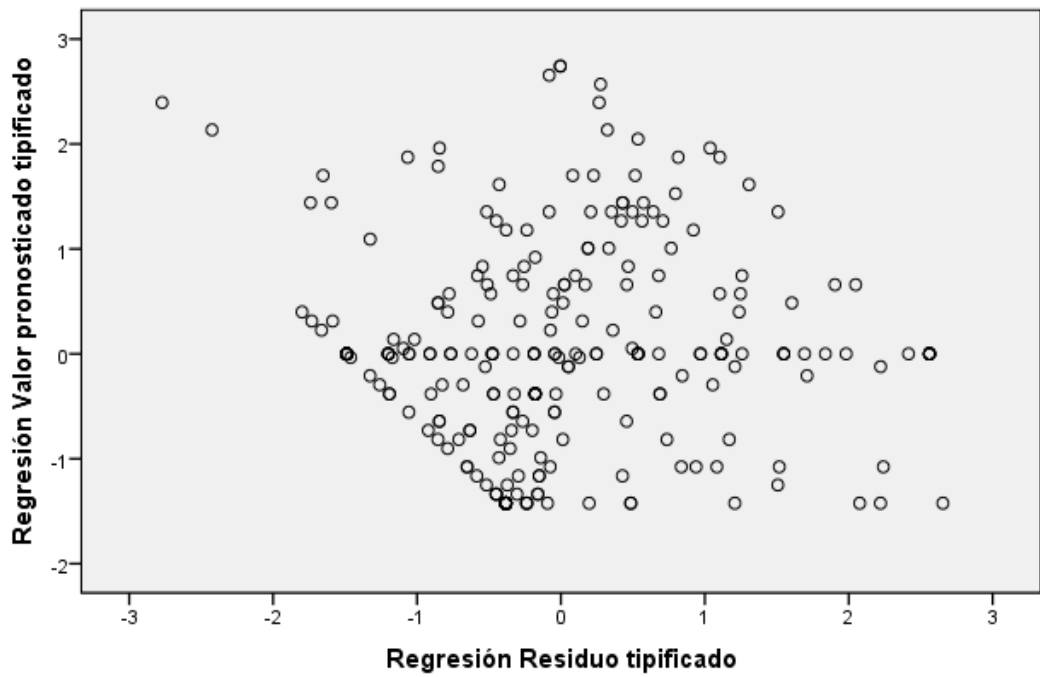
Apéndice M16. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “comunicación sexual con la madre”.



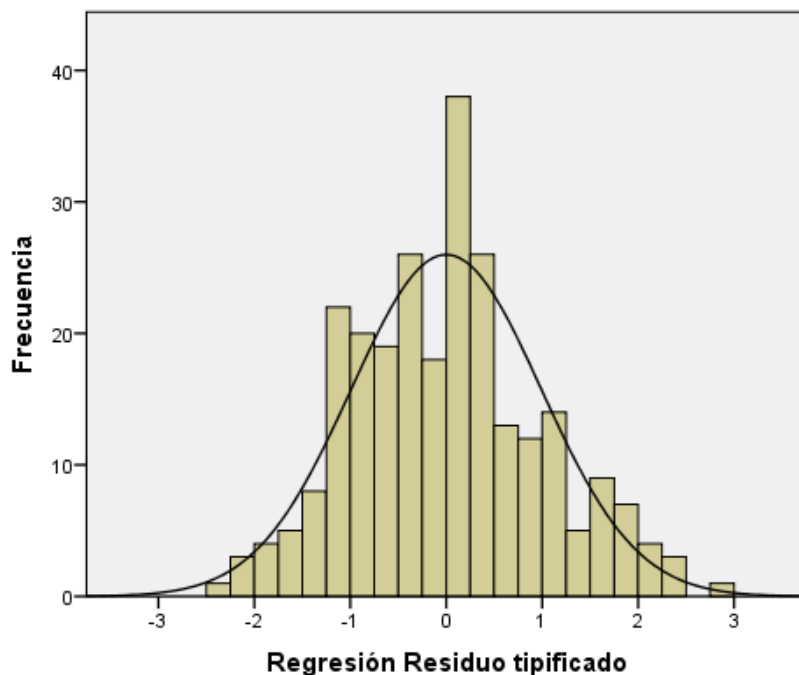
Apéndice M17. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “comunicación sexual con la madre”.



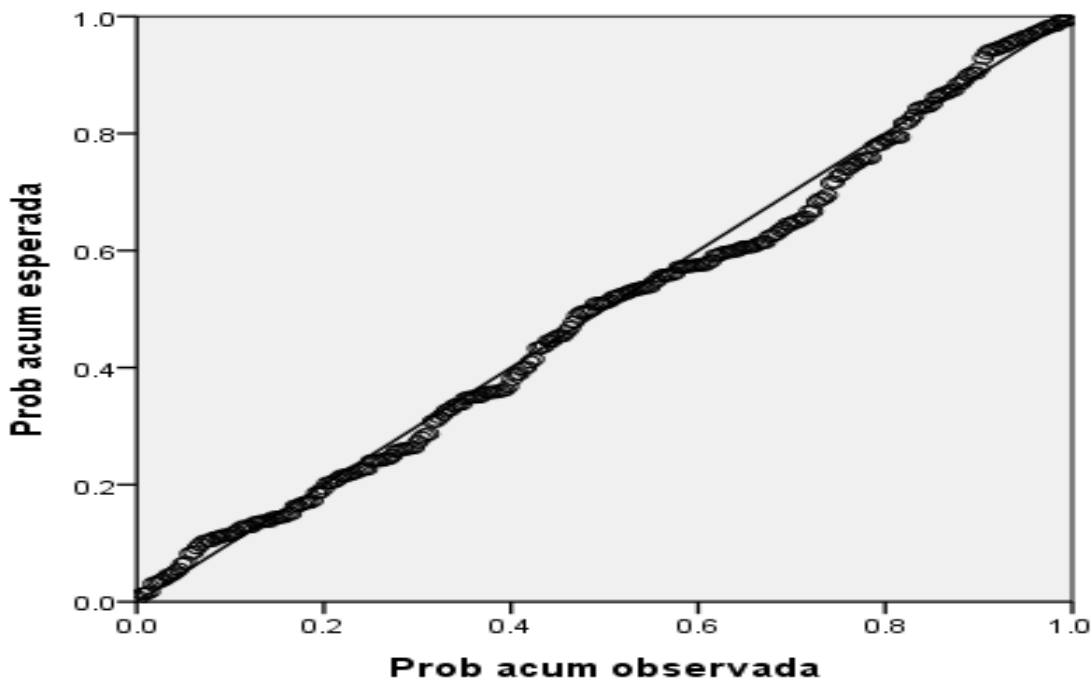
Apéndice M18. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “comunicación sexual con la madre”.



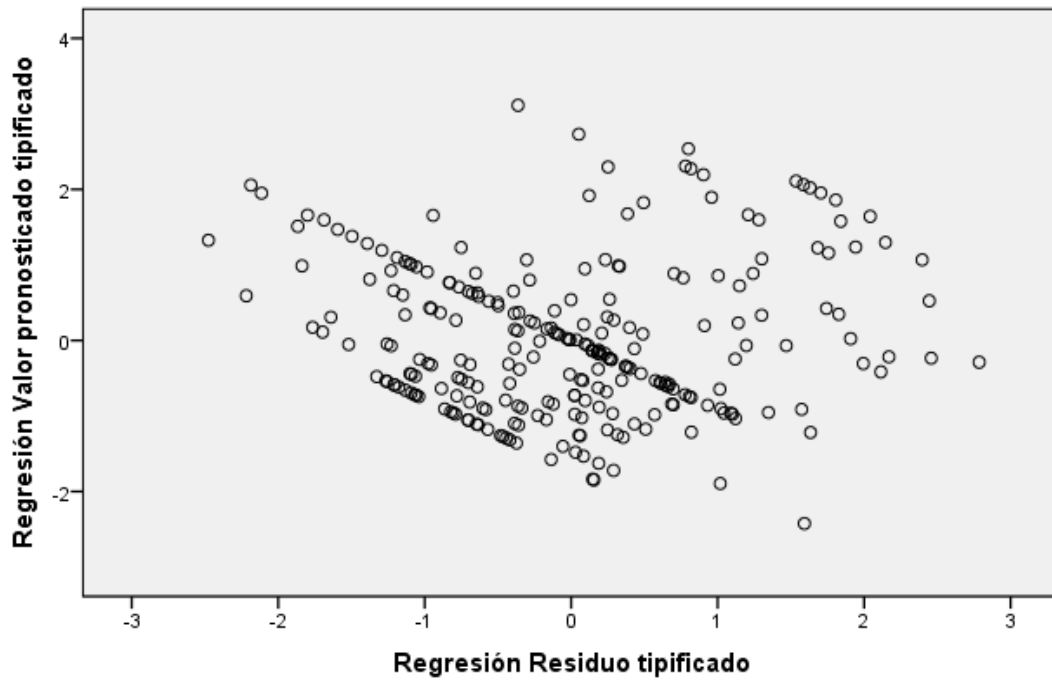
Apéndice M19. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “estilo parental paterno negligente”.



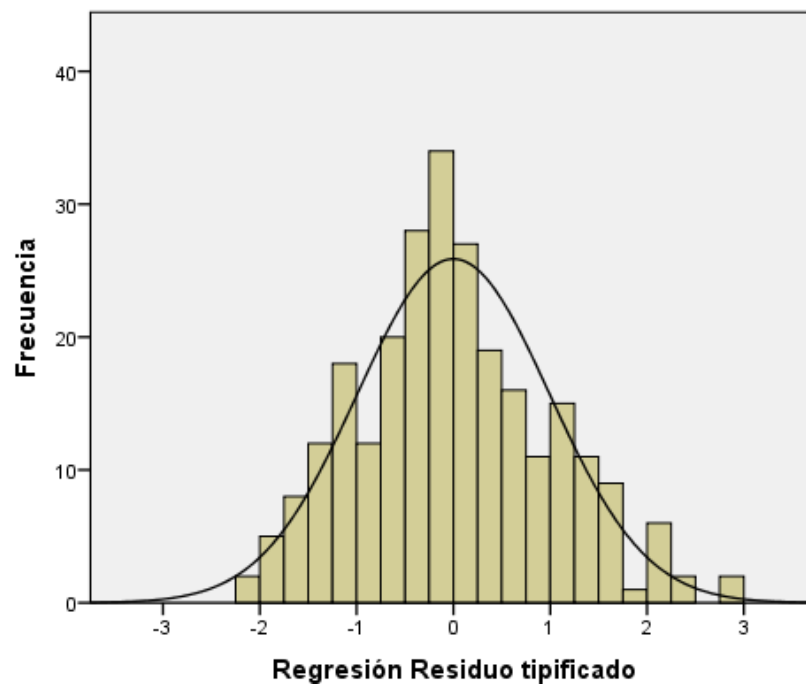
Apéndice M20. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “estilo parental paterno negligente”.



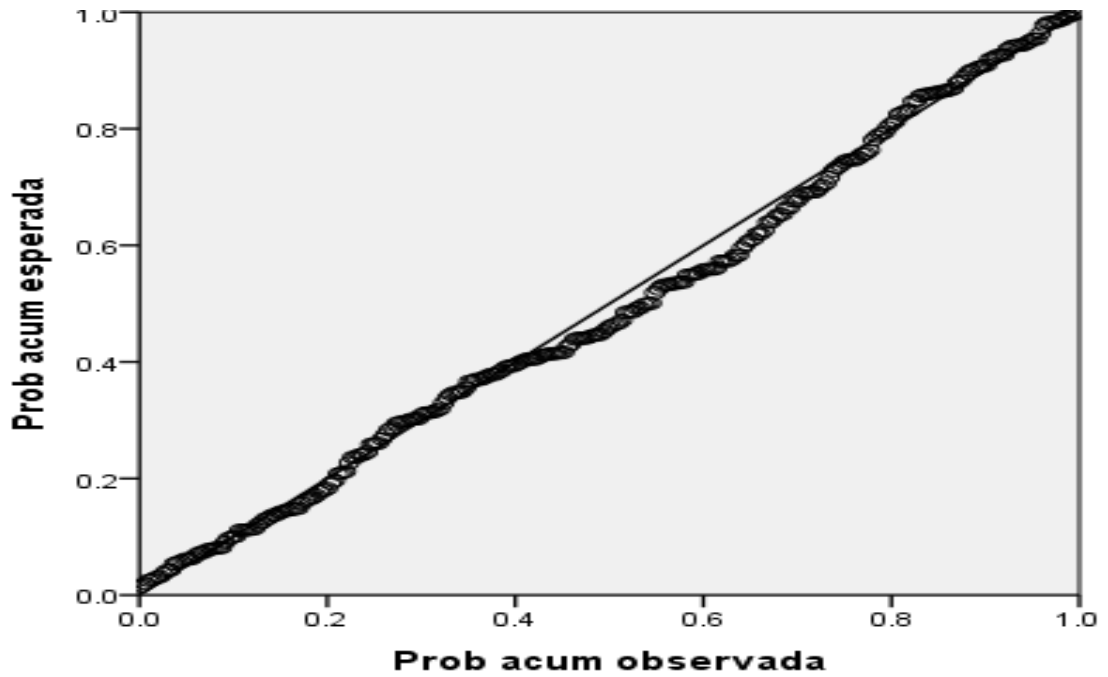
Apéndice M21. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “estilo parental paterno negligente”.



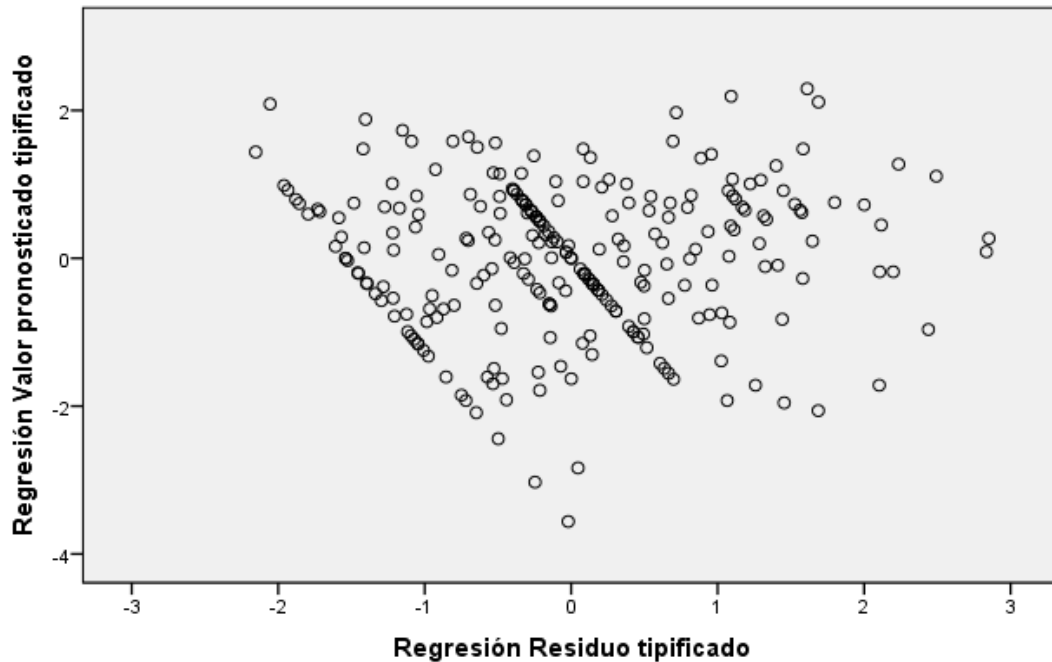
Apéndice M22. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “comunicación sexual con el padre”.



Apéndice M23. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “comunicación sexual con el padre”.



Apéndice M24. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “comunicación sexual con el padre”.



APÉNDICE N

MATRIZ DE CORRELACIÓN

MUJERES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1	Consistencia condón	1	.707				.131	.223											.117		.133					
2	Intenciones usar condón		1	.156				.275										.195	.153	.127	.142		.122			
3	Conocimientos VIH			1	.145**			.120						.143												
4	Conocimientos ITS				1								.157											.149	.189	
5	Conocimientos condón					1	.135	.120	.165	.181					.157									.124	.203	
6	Comunic Pareja ITS/VIH/condón						1	.800	.187				.135					.268					.298			
7	Comunic Pareja preven. ITS/VIH							1	.218				.173					.208					.278			
8	Equidad-Colaboración								1	.273									.142		.110		.139			
9	Acomodación									1	.359	.253							.133	.141		.117	.142	.204	.203	
10	Evitación										1	.131												.122		
11	Contender											1							.127							
12	Cercanía frat. H. mayor												1	.459	.226						.358	.353	.260			
13	Cercanía frat. H. menor													1	.171				.132	.202		.249	.242			
14	P. Negligente														1	.503	.514	.326	.689	.430	.411					
15	P. Democrático															1	.324	.422	.181	.394	.541	.208	.226	.175		
16	P. Autoritario																1	.351	.140	.315	.202	.505				
17	P. Permisivo																	1	.156	.232	.286	.276				
18	Comunic. padre																		1				.610			
19	M. negligente																			1	.616	.635	.297	.115		
20	M. democrática																				1	.455	.546	.277		
21	M. Autoritaria																					1	.325			
22	M. Permisiva																						1	.167		
23	Comunic madre																							1		
24	Machismo																								1	.653
25	Marianismo																									1

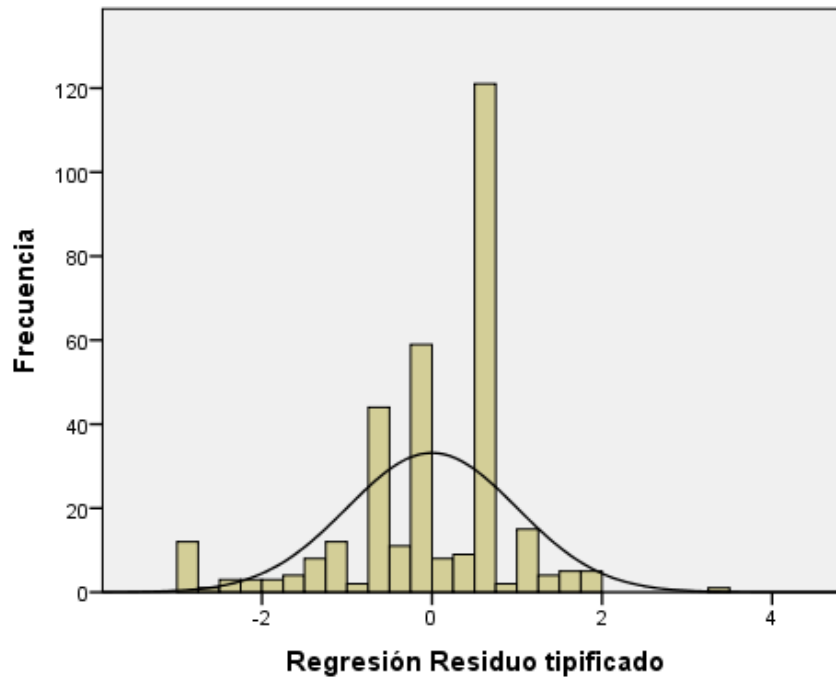
** p <.01; * p <.05. Nota. Los coeficientes subrayados en este apéndice, indican correlación negativa.

APÉNDICE Ñ

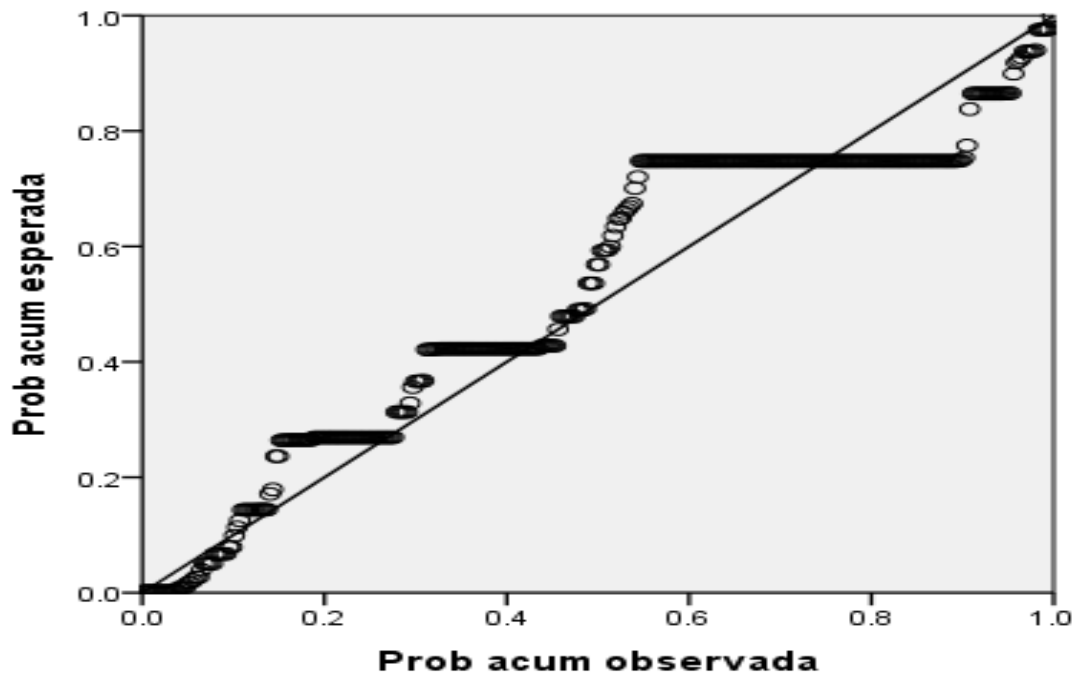
**HISTOGRAMAS
GRÁFICOS P-P NORMALES
DIAGRAMAS DE DISPERSIÓN DE
RESIDUOS DE LAS VARIABLES
DEPENDIENTES**

GRUPO DE MUJERES

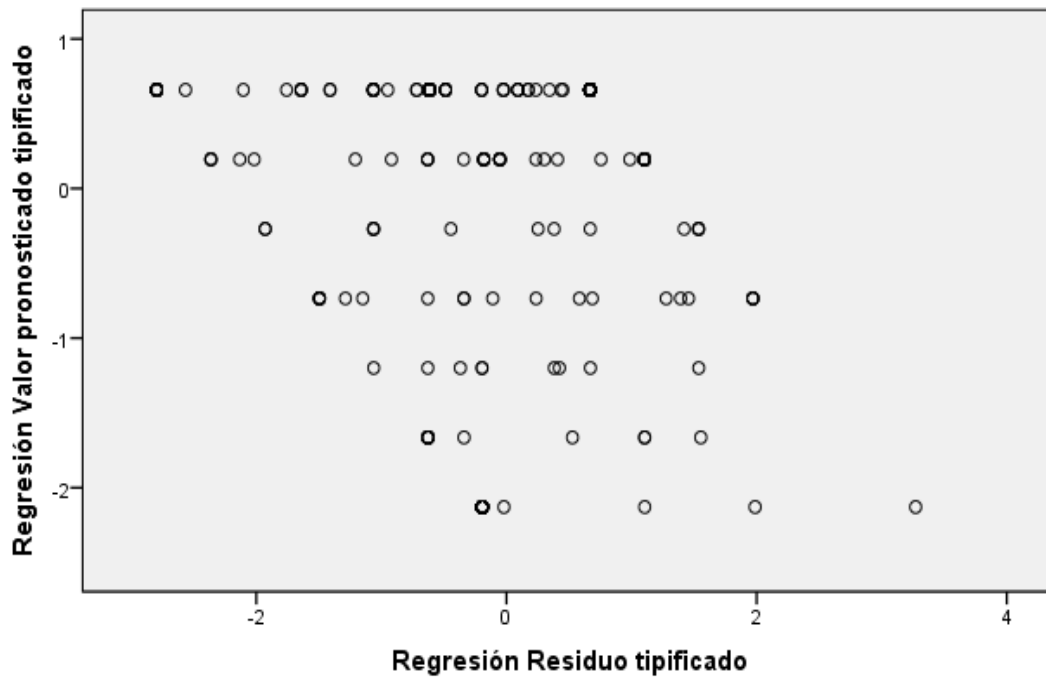
Apéndice Ñ1. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “consistencia en el uso del condón”.



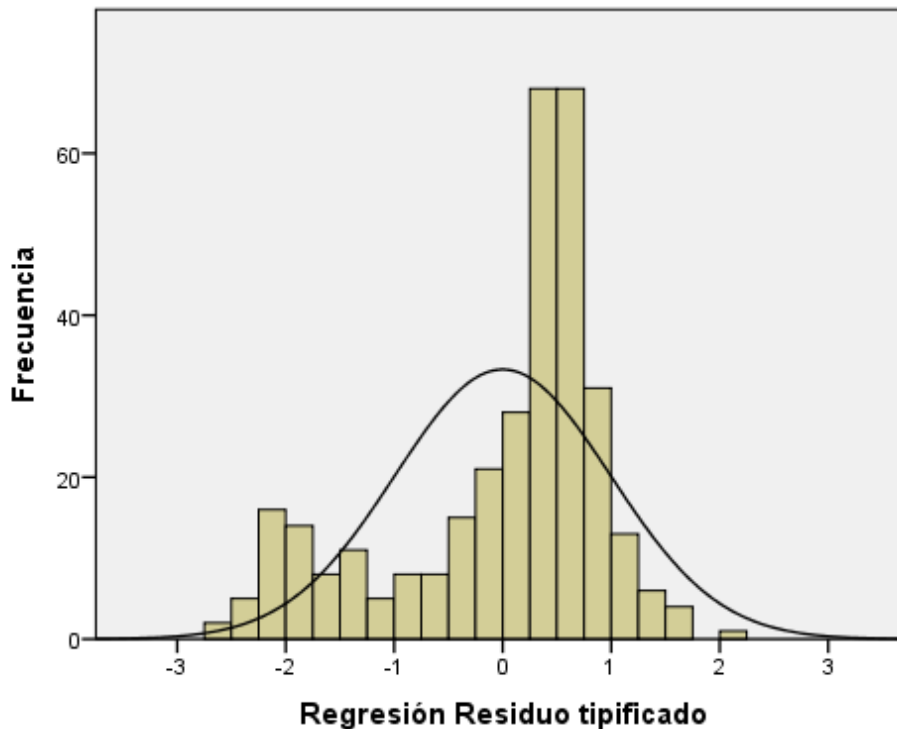
Apéndice Ñ2. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “consistencia en el uso del condón”.



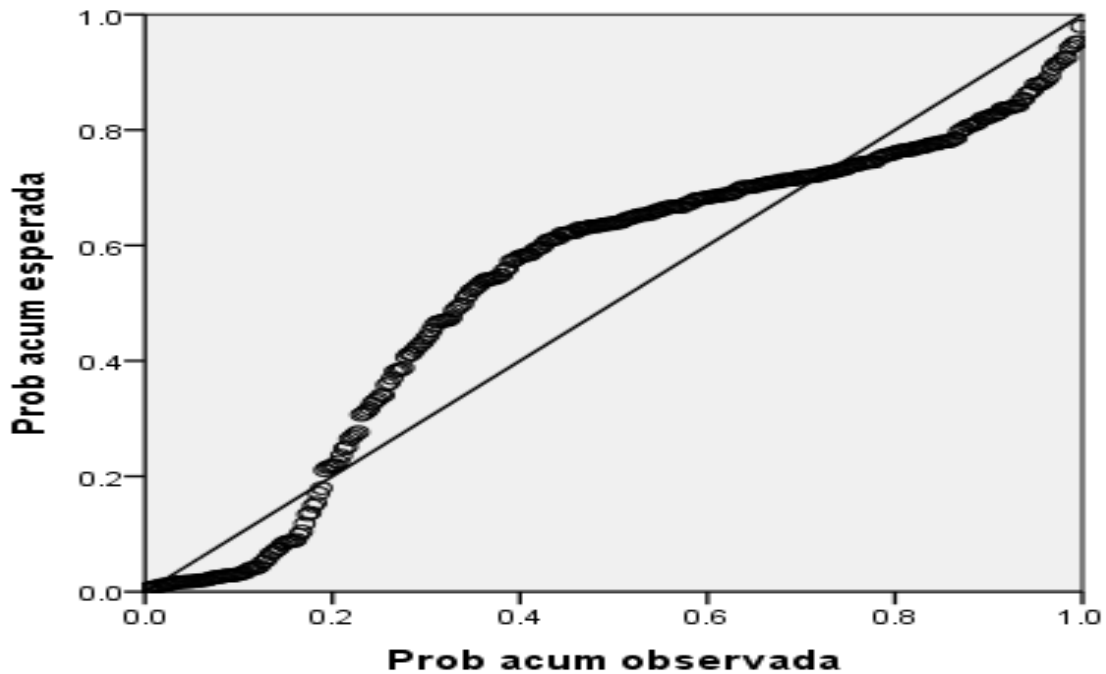
Apéndice Ñ3. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “consistencia en el uso del condón”.



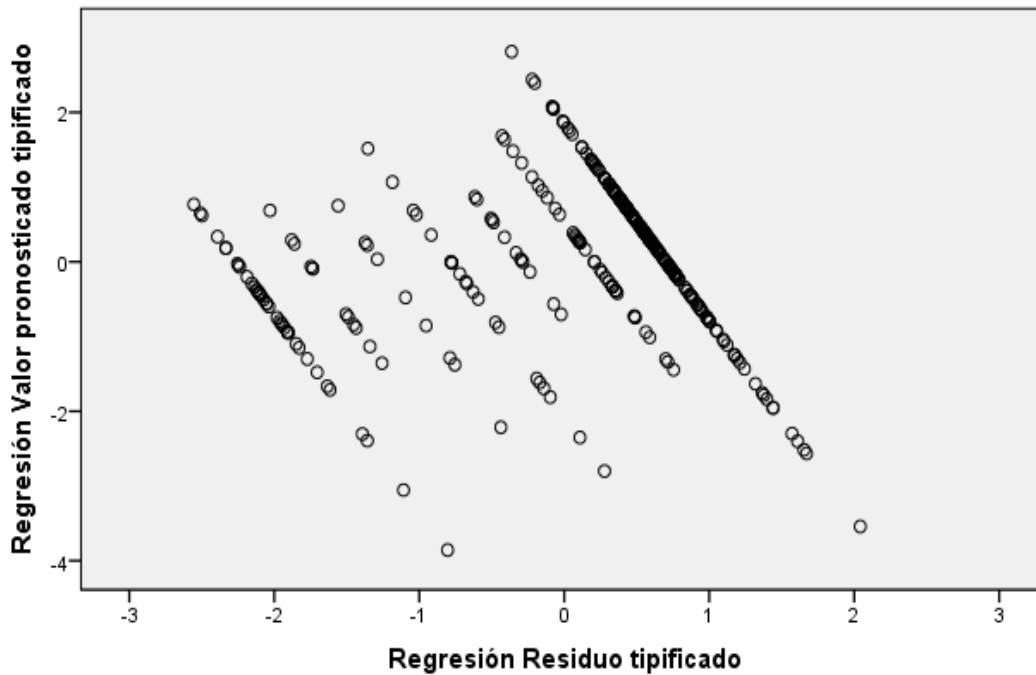
Apéndice Ñ4. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “intención de utilizar el preservativo en el próximo encuentro sexual”.



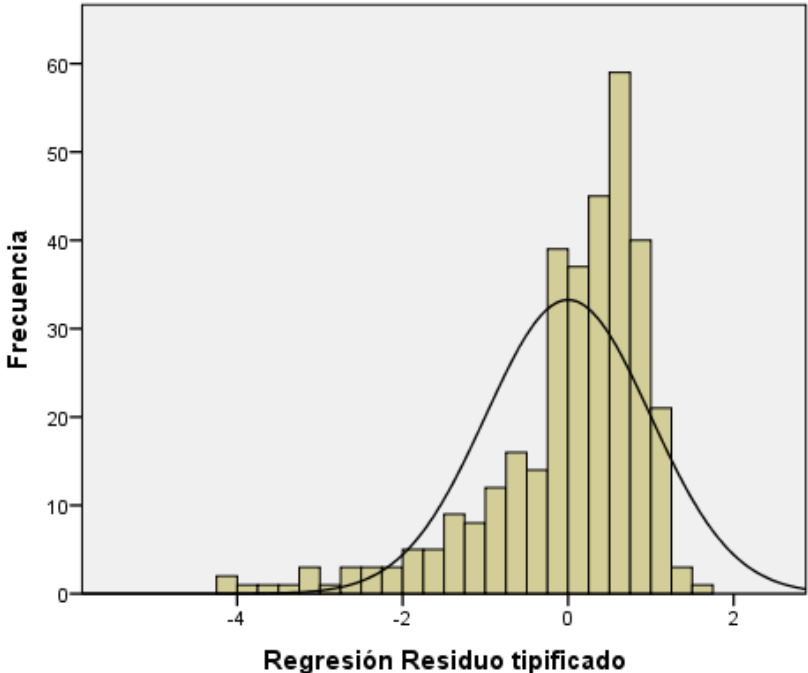
Apéndice Ñ5. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “intención de utilizar el preservativo en el próximo encuentro sexual”.



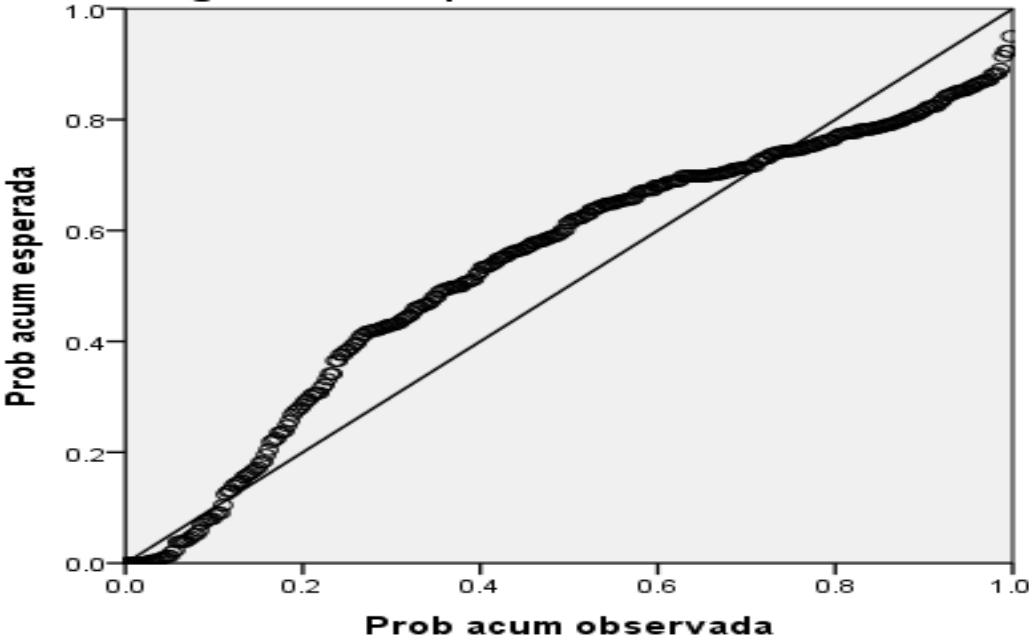
Apéndice Ñ6. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “intención de utilizar el preservativo en el próximo encuentro sexual”.



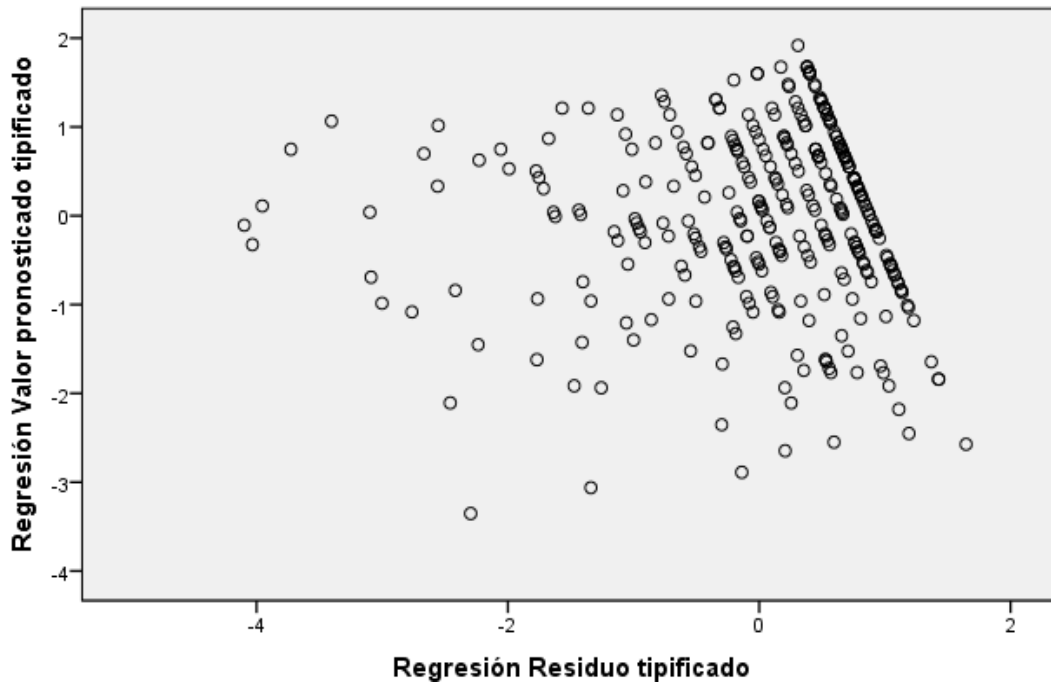
Apéndice Ñ7. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “estilo de negociación equidad-colaboración”.



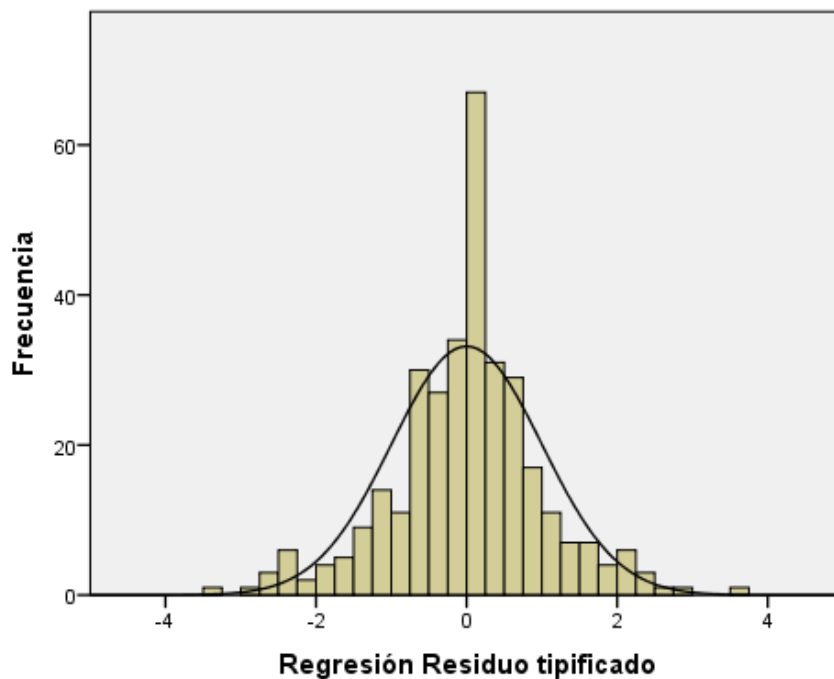
Apéndice Ñ8. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “estilo de negociación equidad-colaboración”.



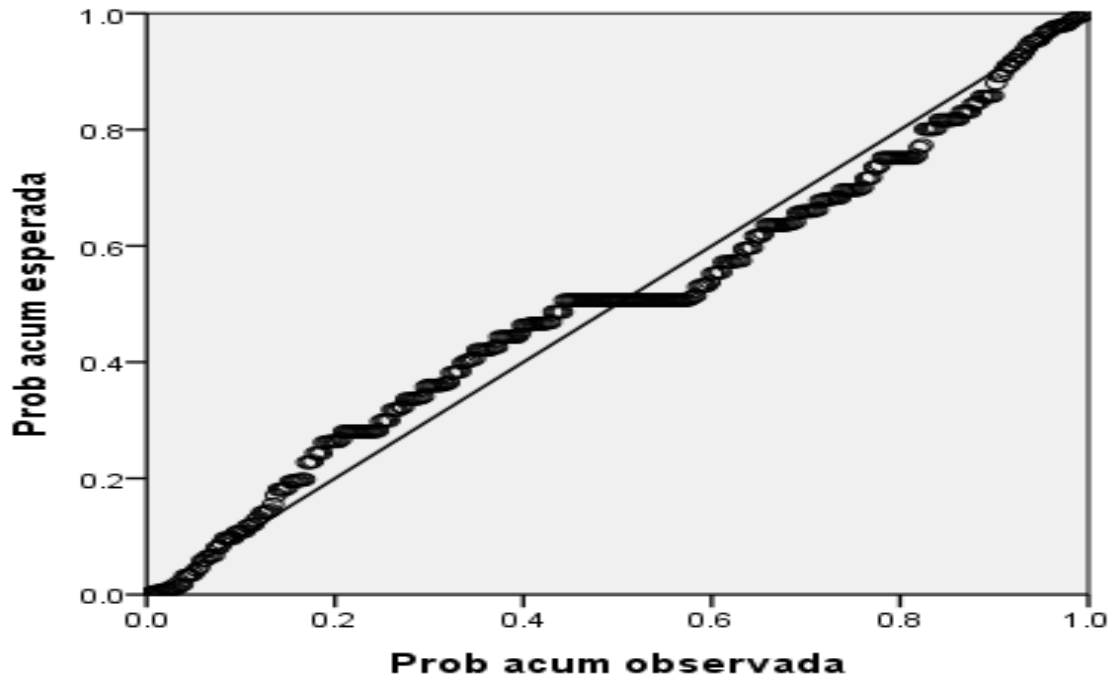
Apéndice Ñ9. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “estilo de negociación equidad-colaboración”.



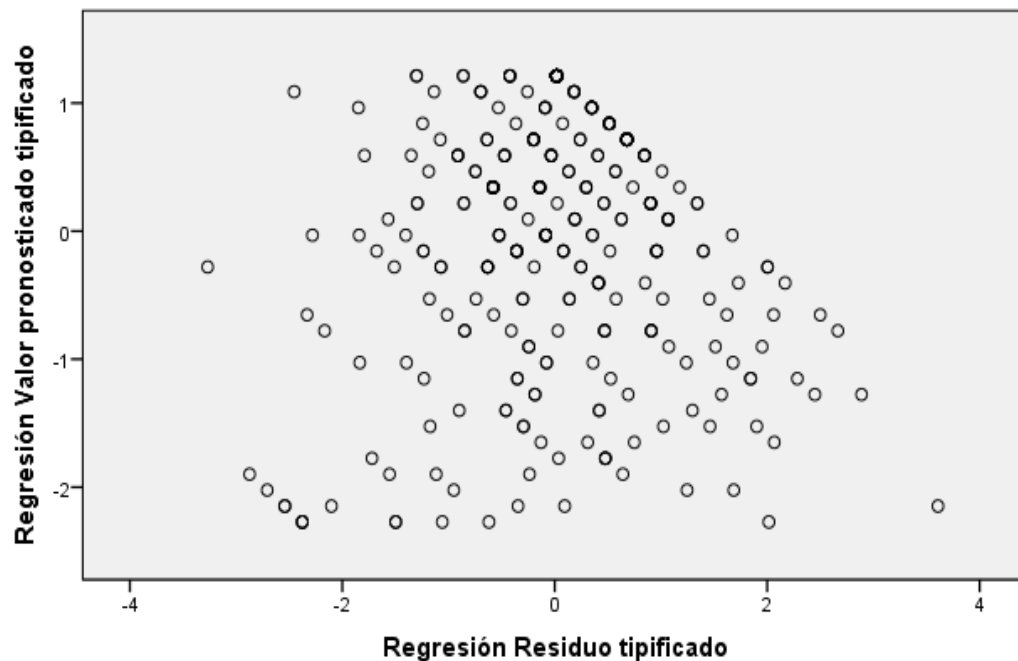
Apéndice Ñ10. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos y las consecuencias de tener relaciones sexuales”.



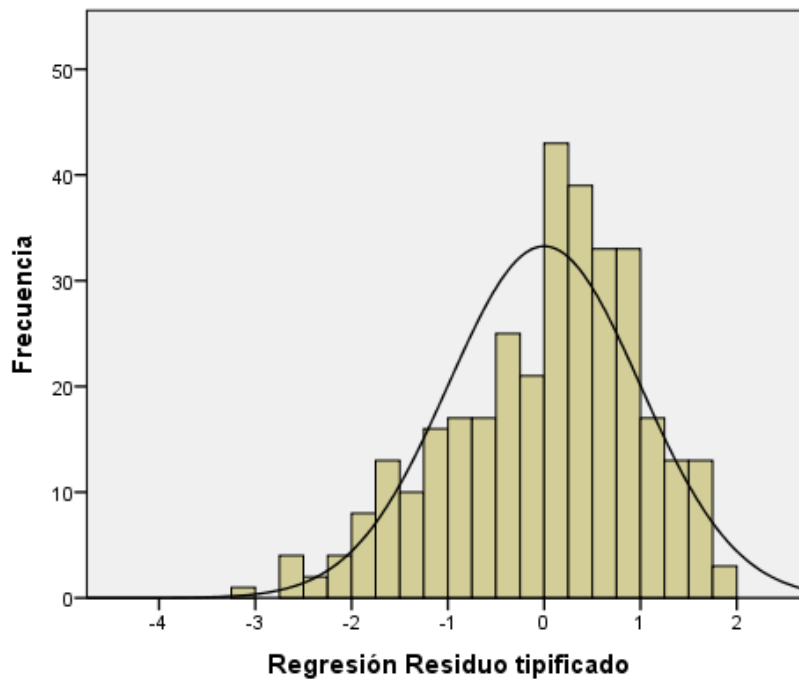
Apéndice Ñ11. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos y las consecuencias de tener relaciones sexuales”.



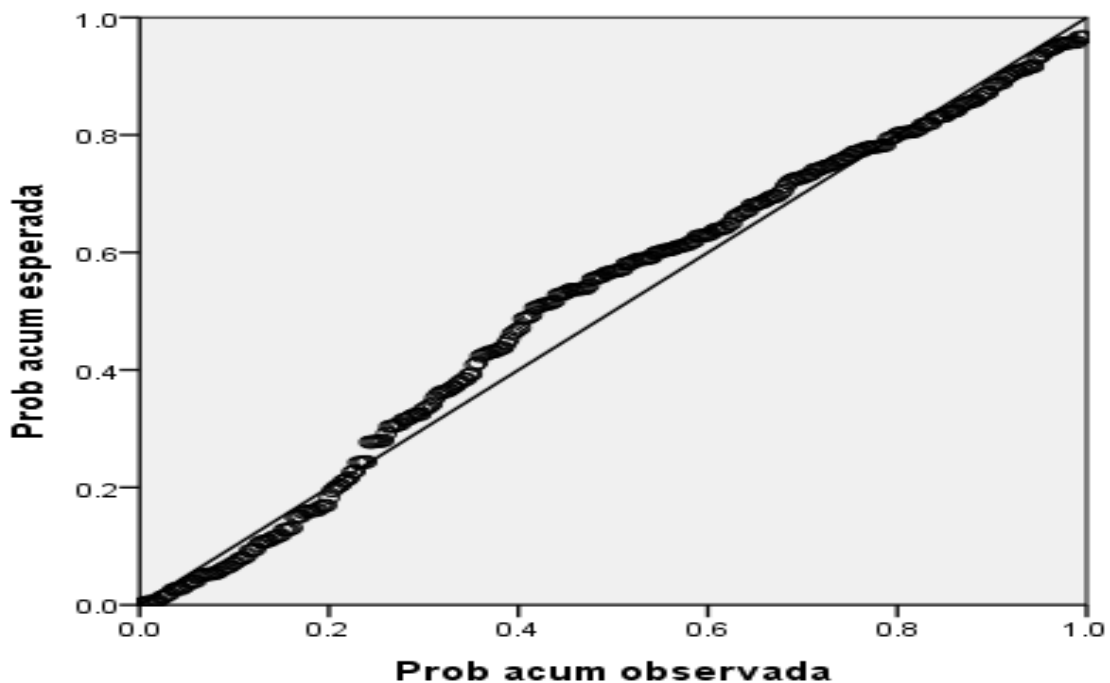
Apéndice Ñ12. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre métodos anticonceptivos y las consecuencias de tener relaciones sexuales”.



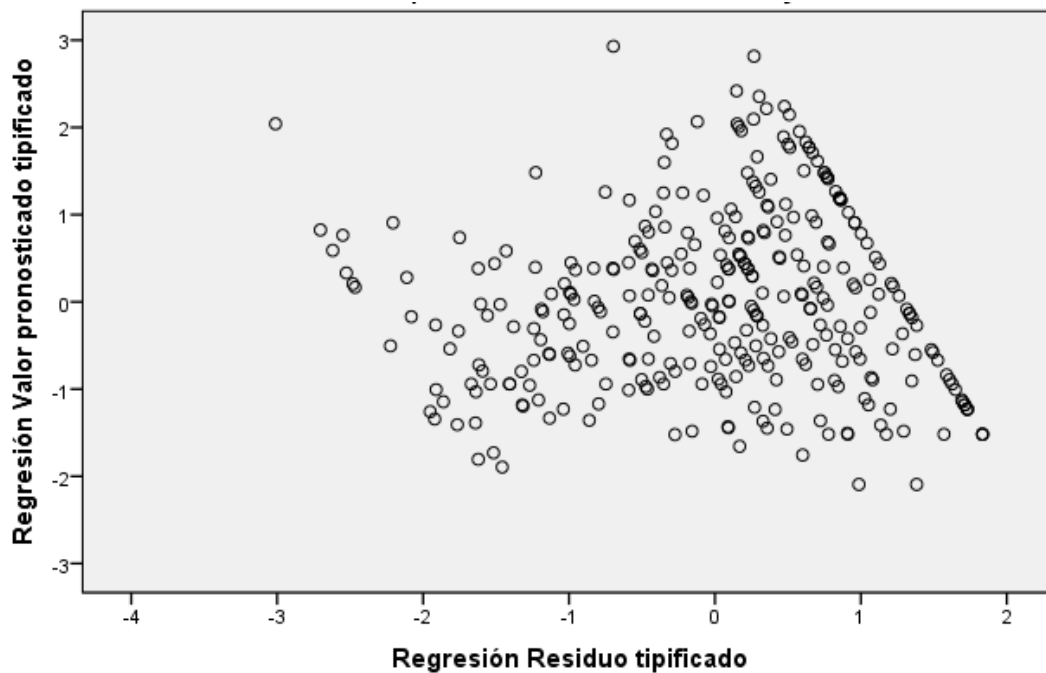
Apéndice Ñ13. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino”.



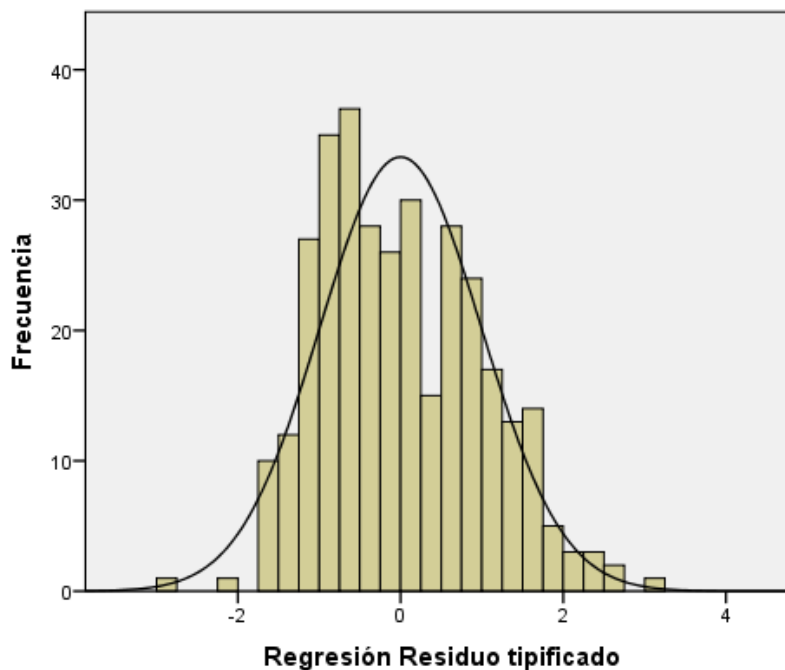
Apéndice Ñ14. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino”.



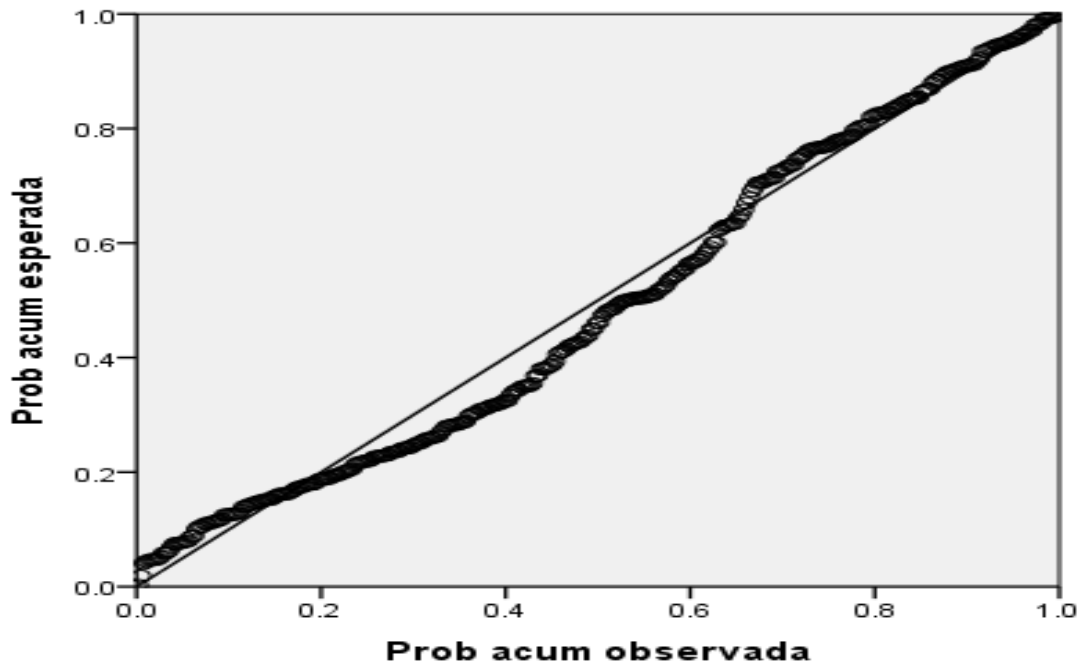
Apéndice Ñ15. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “comunicación sexual con la pareja sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y condón masculino”.



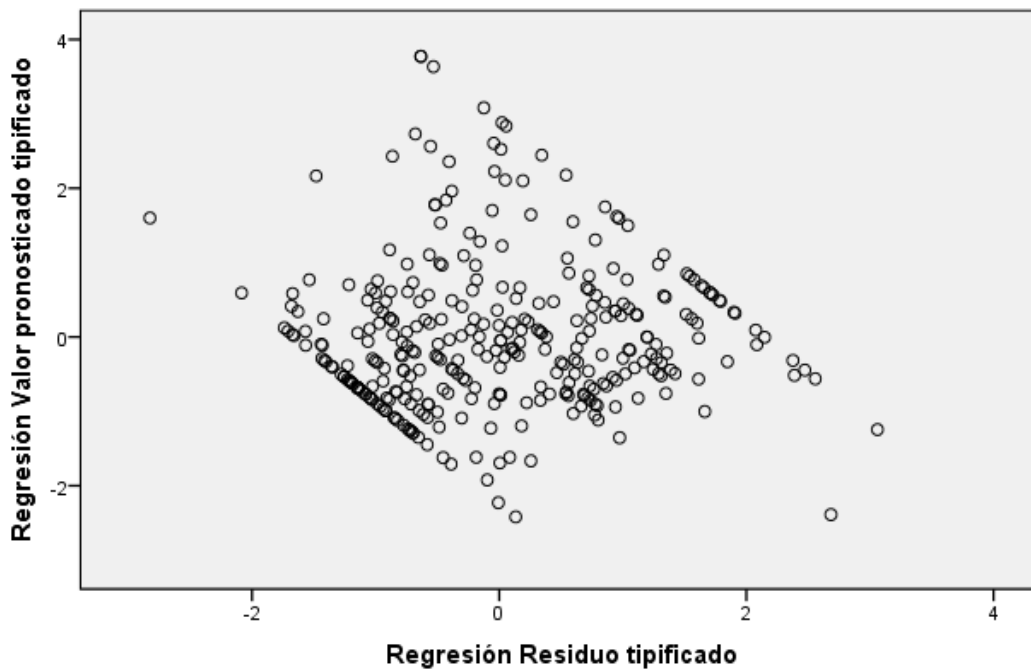
Apéndice Ñ16. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “comunicación sexual con la madre”.



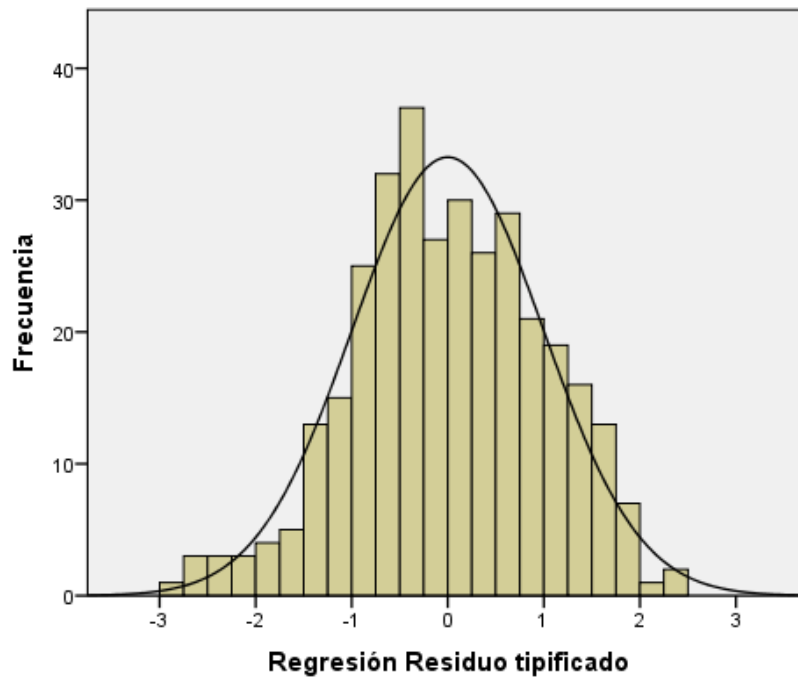
Apéndice Ñ17. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “comunicación sexual con la madre”.



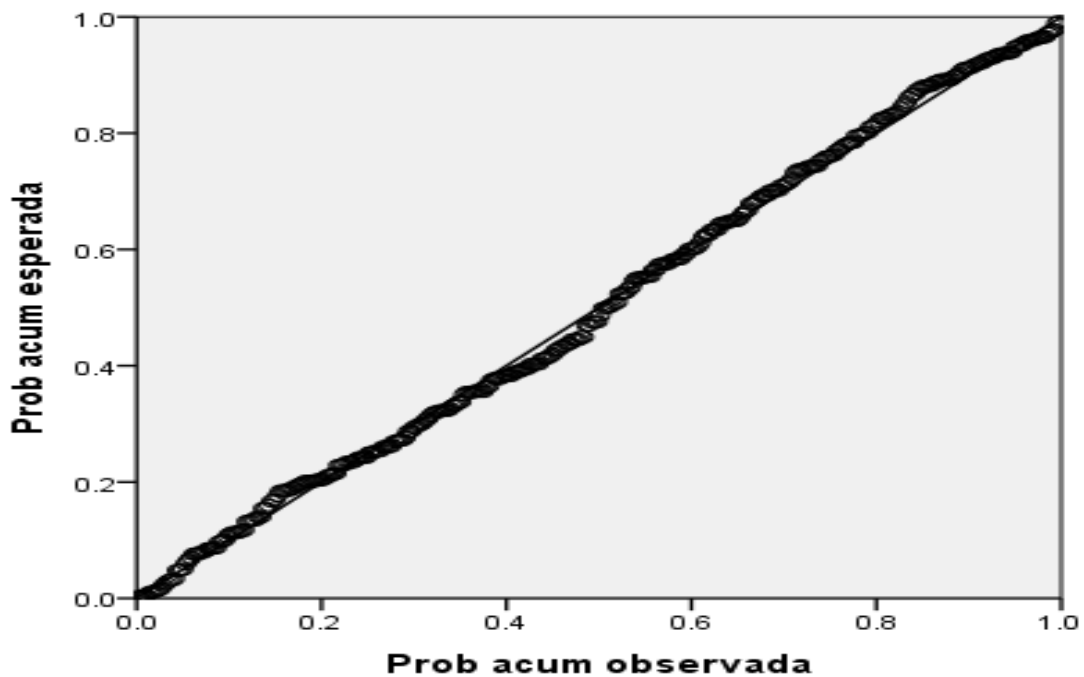
Apéndice Ñ18. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “comunicación sexual con la madre”.



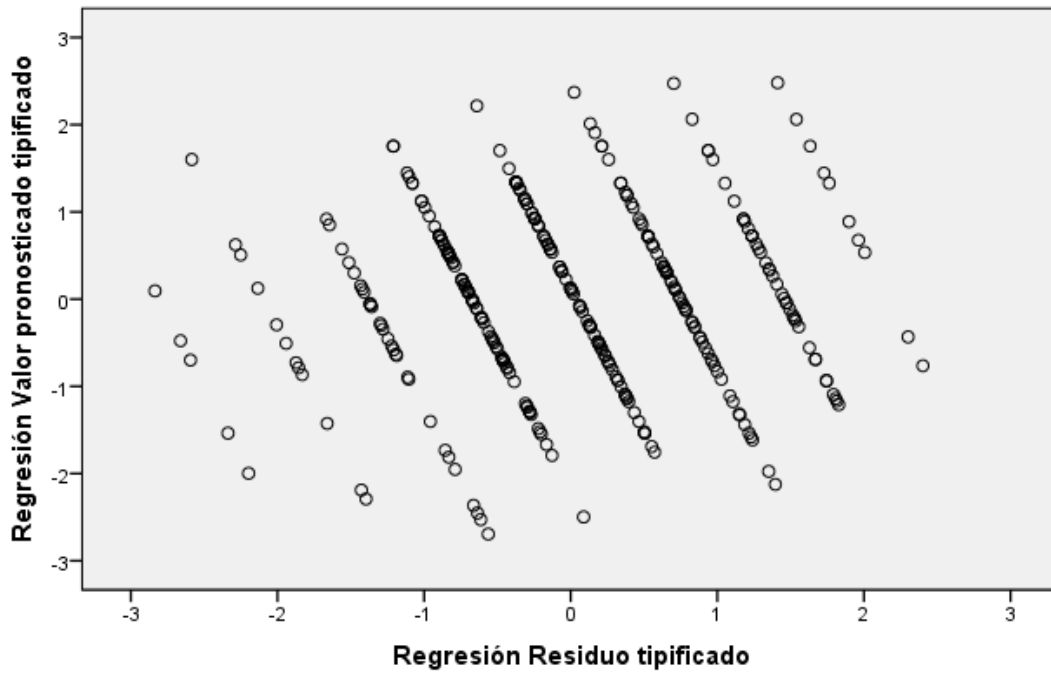
Apéndice Ñ19. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “conocimientos sobre el uso correcto del condón”.



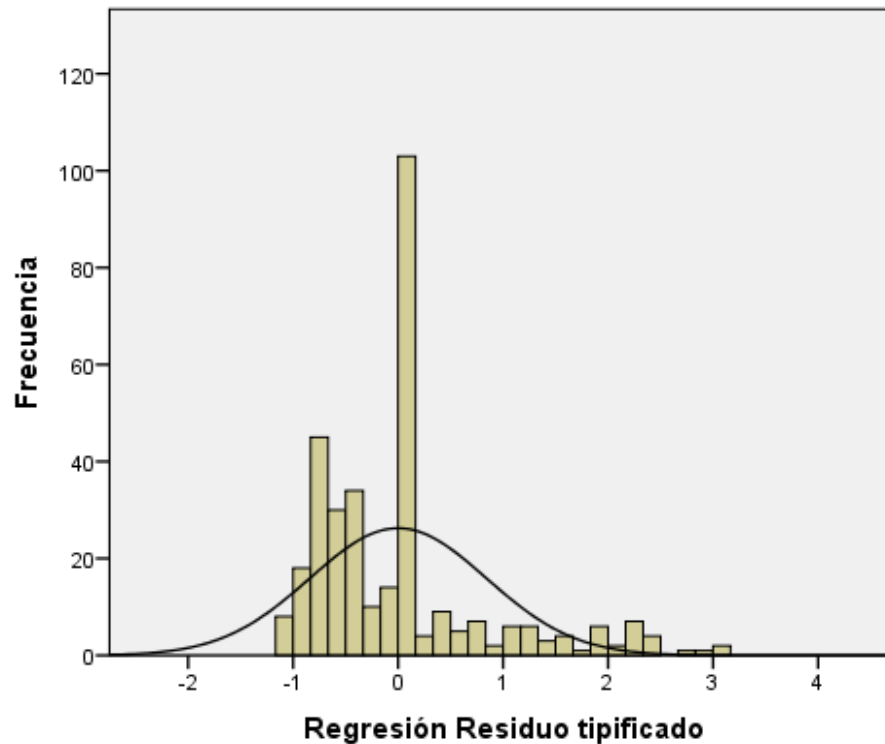
Apéndice Ñ20. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “conocimientos sobre el uso correcto del condón”.



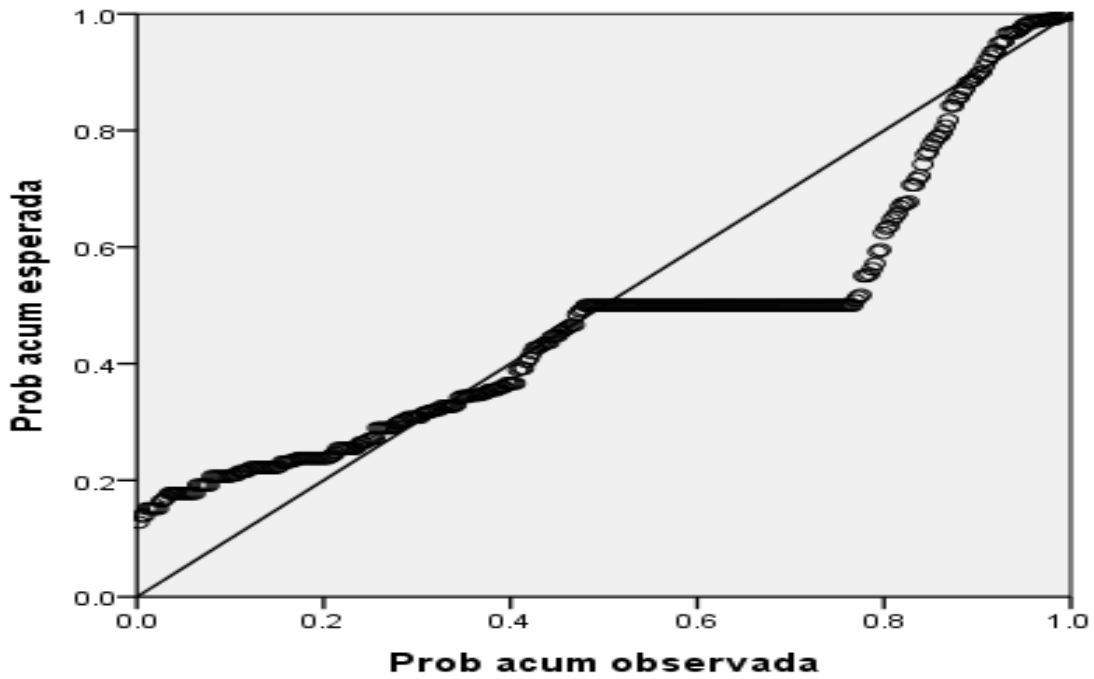
Apéndice Ñ21. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “conocimientos sobre el uso correcto del condón”.



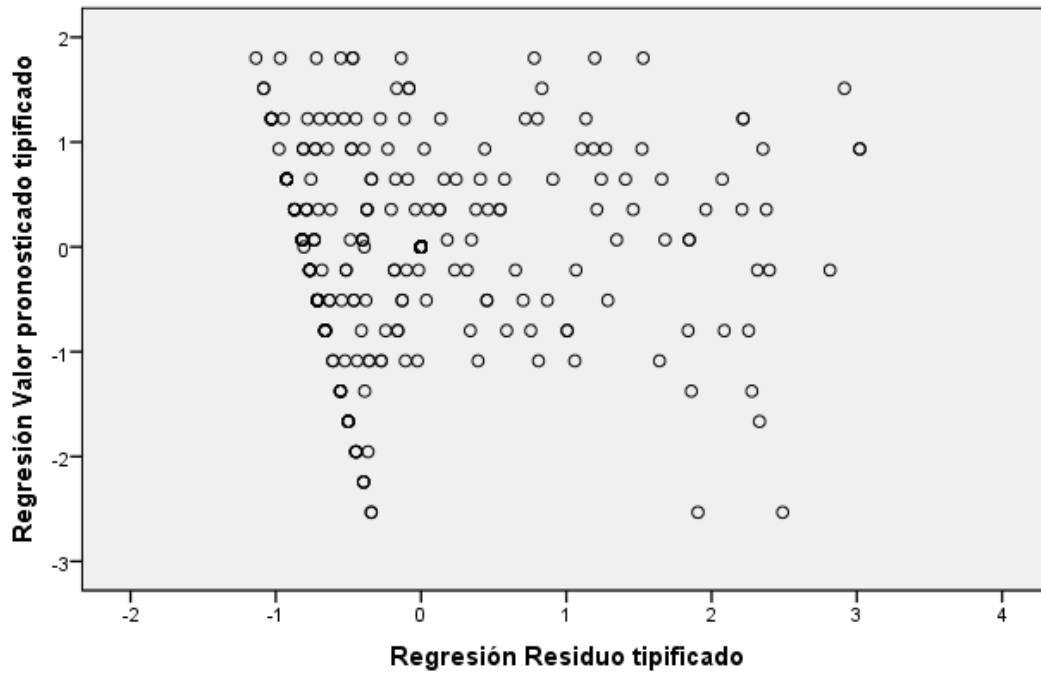
Apéndice Ñ22. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “comunicación sexual con el padre”.



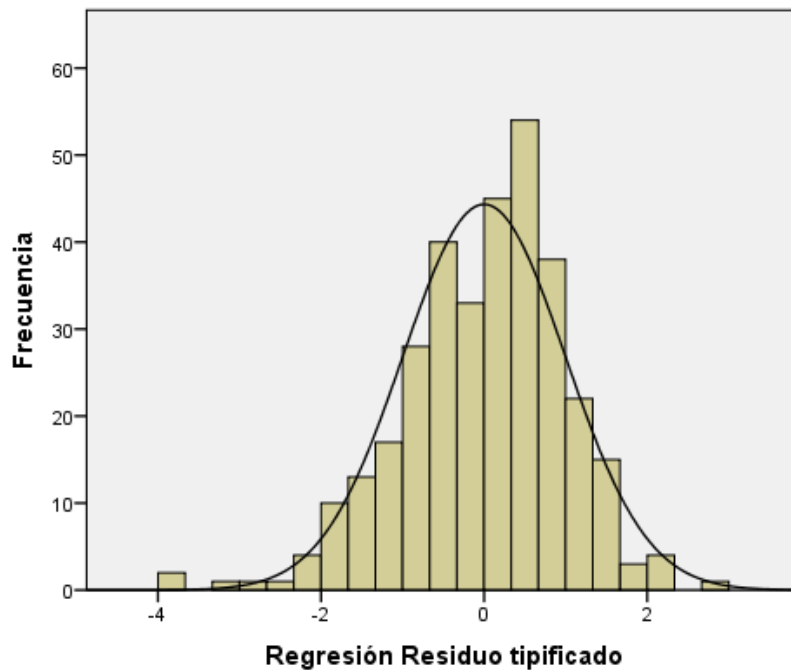
Apéndice Ñ23. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “comunicación sexual con el padre”.



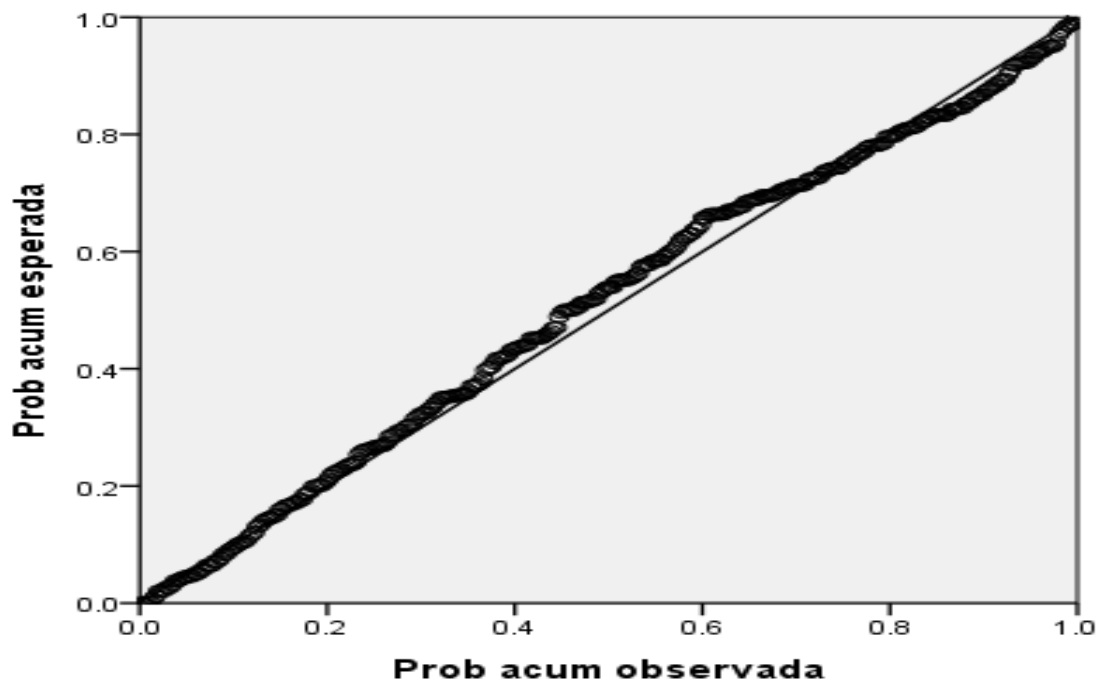
Apéndice Ñ24. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “comunicación sexual con el padre”.



Apéndice Ñ25. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “estilo parental materno democrático”.



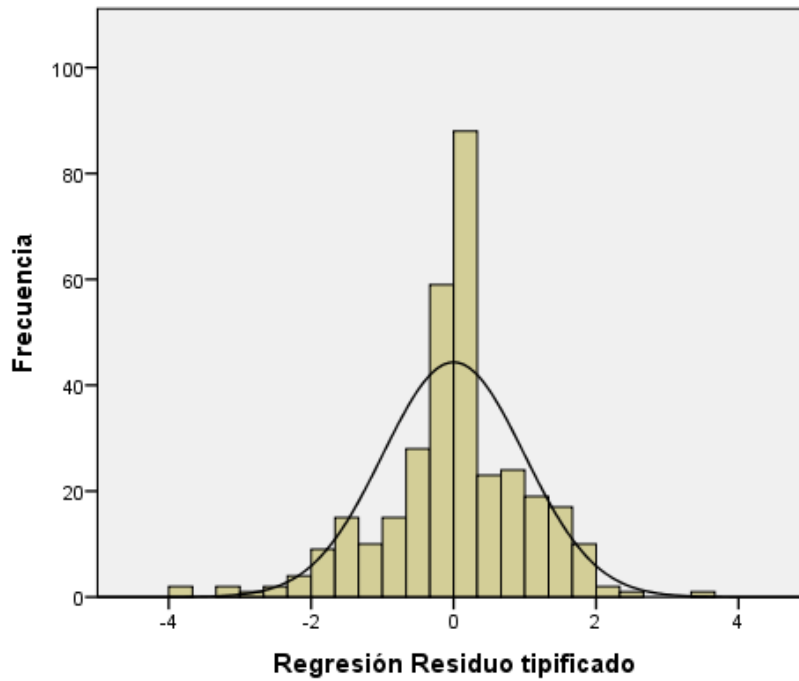
Apéndice Ñ26. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “estilo parental materno democrático”.



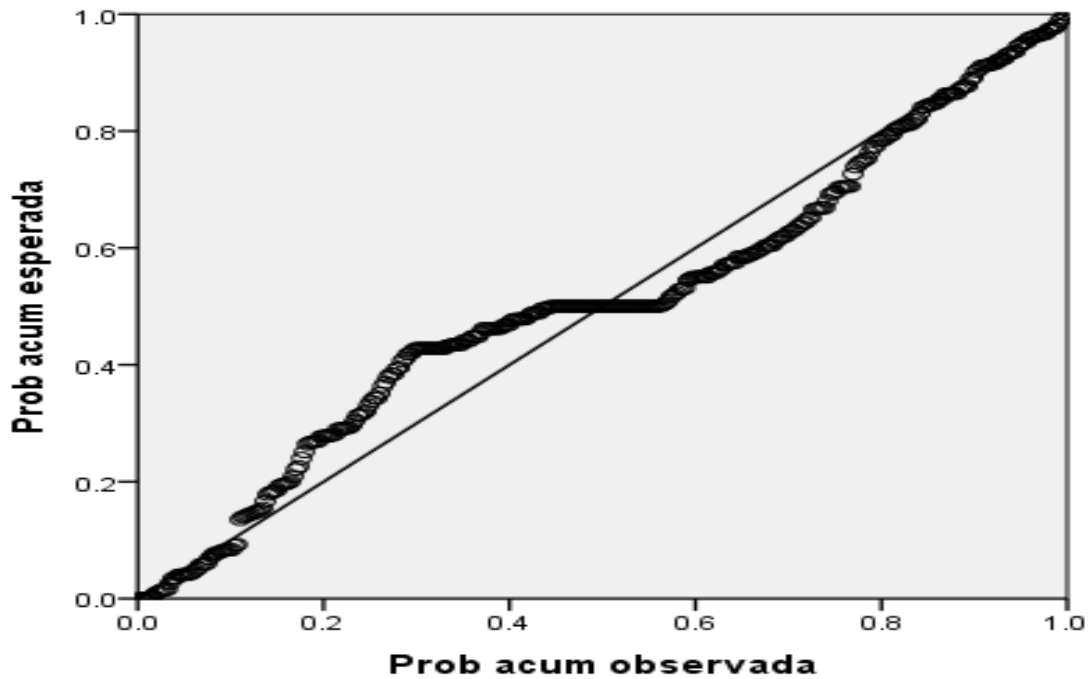
Apéndice Ñ27. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “estilo parental materno democrático”.



Apéndice Ñ28. Histograma de los residuos tipificados comparados con una distribución normal para la variable dependiente “estilo parental paterno democrático”.



Apéndice Ñ29. Gráfico P-P normal de la regresión residual que muestra la distribución acumulativa de los residuos en la variable dependiente “estilo parental paterno democrático”.



Apéndice Ñ30. Diagrama de dispersión del análisis residual de la variable dependiente “estilo parental paterno democrático”.

