



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA**

**PRÁCTICAS PARENTALES ASOCIADAS AL DEBUT SEXUAL
PREMATURO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
TERESA LIZBETH ROSAS GARCÍA

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES
COMÍTE: DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA
MTRO. SERGIO CARLOS EDUARDO OCHOA ÁLVAREZ
MTRA. LORENA IRAZUMA GARCÍA MIRANDA
MTRO. RIGOBERTO FERNÁNDEZ LIMA



MÉXICO, D.F.

ABRIL, 2015



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

Le agradezco a la UNAM por permitirme ser parte de ella y por todos los conocimientos adquiridos a través de sus aulas.

Muchas gracias Dr. Juan Jiménez Flores por todas tus atenciones, tu tiempo, tu conocimiento compartido, tu apoyo incondicional y por creer en mí a pesar del tiempo transcurrido.

Dra. Luz María Flores le agradezco enormemente su disposición que mostró en todo momento hacia mi persona y mi trabajo, gracias por su paciencia, sus observaciones y su apoyo.

Mtro. Sergio Ochoa le agradezco todo el apoyo brindado a lo largo de mi trabajo, todas esas revisiones y por su interés en este trabajo.

Mtro. Rigoberto Fernández le agradezco la disposición, interés y apoyo que mostró en mi investigación.

Mtra. Lorena García le agradezco todas sus atenciones que tuvo en la revisión de este trabajo.

Así mismo agradezco a todos aquellos compañeros de trabajo que me impulsaron a seguir adelante, y terminar esta parte de mi formación académica, gracias por creer en mí, su crecimiento me sirve de ejemplo.

Gracias Mtro. César Gustavo Torres por todo el apoyo brindado a lo largo de este trabajo, Dr. Gumaro Cano le agradezco cada uno de sus acertados comentarios, Mtra. Lorena Domínguez gracias por ese impulso y ánimo.

Mtro. Álvaro Vázquez, Mtro. Jorge Gallardo y Lic. Carolina Ramírez les agradezco su paciencia y apoyo brindado para la culminación de este trabajo.

DEDICATORIAS

Este trabajo va dedicado a mis padres Emma García y Maximino Rosas, son lo más importante en mi vida, les agradezco el apoyo incondicional, esto es el resultado de su educación, gracias por cada esfuerzo realizado para que podamos salir adelante. Los amo mucho y siempre recuerden son los mejores padres del mundo, los mejores que pude tener y agradezco a Dios por ello.
Les estaré en deuda eternamente.

A mis hermanos Zeltzin Citlali y Marco Antonio porque siempre me han apoyado y no me han dejado sola ni un solo día. Los amo, con ustedes el concepto de hermandad tiene el valor más alto que puedan imaginar.

Con amor Lizbeth Rosas

ÍNDICE

	PAG
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA	
1.1 El estudio de la adolescencia.....	4
1.2 Desarrollo físico.....	6
1.3 Desarrollo cognoscitivo.....	8
1.4 Desarrollo social.....	12
1.5 Factores de riesgo en la adolescencia.....	16
1.5.1 Imagen.....	17
1.5.2 Imagen corporal.....	18
1.5.3 Problemas de imagen.....	18
1.5.4 Autoestima y autoconcepto.....	19
1.5.5 Consumo de sustancias.....	21
1.5.6 Drogas.....	21
1.5.7 Amigos (Pandillas).....	22
CAPÍTULO II. ESTRATEGIAS PARENTALES	
2.1 Prácticas parentales.....	25
2.2 La socialización.....	31
2.3 Estilos de crianza.....	34
CAPÍTULO III. SEXUALIDAD Y DEBUT SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA	
3.1 La sexualidad.....	39
3.1.1 Funciones de la sexualidad.....	40
3.1.2 Sexualidad sana.....	41
3.2 Sexualidad en la adolescencia.....	42
3.2.1 Debut sexual.....	46
3.2.2 Debut sexual prematuro.....	48
3.2.3 Debut sexual tardío.....	51
3.3 Madurez sexual.....	52
3.3.1 Sexo y género.....	53
3.3.2 Identidad sexual.....	53
3.3.3 Identidad de género.....	54
3.3.4 Conflictos en la identidad.....	55
3.4 Consecuencias negativas de la práctica sexual en la adolescencia.....	56
3.4.1 Enfermedades de transmisión sexual.....	56
3.4.2 Embarazo adolescente.....	57
3.4.3 Aborto.....	59
3.5 Educación sexual.....	60

CAPÍTULO IV. INVESTIGACIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS	63
CAPÍTULO V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	70
CAPÍTULO VI. MÉTODO	
6.1 Pregunta de investigación.....	71
6.2 Objetivos.....	71
6.3 Hipótesis.....	71
6.4 Variables.....	71
6.5 Muestra.....	72
6.6 Instrumentos.....	73
6.7 Diseño.....	73
6.8 Procedimiento.....	74
6.9 Análisis de datos.....	74
CAPÍTULO VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS	75
CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
APÉNDICES	94

INTRODUCCIÓN

Las consecuencias psicosociales asociadas al debut sexual prematuro son diversas, entre las que destacan embarazos no deseados, abortos y enfermedades de transmisión sexual, situaciones que generan un fuerte impacto psicológico en los adolescentes y sus familias.

Pese a lo anterior en los últimos años se ha observado una disminución en la edad del inicio de las relaciones sexuales o al menos así lo reporta la Encuesta Nacional de Salud, pues en el 2012 se halló un porcentaje más alto con respecto a los adolescentes de entre 11 a 19 años, que ya habían tenido su primera relación sexual 23%, cifra superior a la reportada en la Encuesta Nacional de Salud 2006 donde sólo el 15% de este rubro reportó haber debutado sexualmente, en ese período de edad (ENSA, 2012).

Por su parte la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ) arrojó resultados similares ya que en el 2000 el 22.3 % de los adolescentes encuestados de entre 15 a 19 años reportaron que ya habían tenido su primera relación sexual, mientras que en la edición del 2010, el 33.6% ya lo había hecho (ENJ, 2010).

Tendencias en los estudios muestran que un mayor número de adolescentes se inicia en la actividad sexual a edades cada vez más tempranas que las generaciones anteriores, hecho que se complica más debido a que ni su cuerpo ni su mentalidad está preparada para dicha experiencia, pues el período de la adolescencia se caracteriza por múltiples cambios a nivel cognoscitivo.

Lo anterior se expresa en datos que demuestran una alta frecuencia a nivel nacional, para el caso de los embarazos adolescentes, se observa que el 27.4% de estos embarazos no fueron deseados (CONAPO, 2008). Estos datos reflejan un problema de salud pública, sin considerar los problemas biomédicos que se llegan a presentar ante esta situación como por ejemplo: altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal; además del impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico, con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social (León, Minassian, Borgoño & Bustamante, 2008).

Para el caso de los abortos, en México las estimaciones señalan una tendencia creciente en el número de abortos ocurridos en el país, si bien aún es complejo distinguir con

precisión la naturaleza espontánea o inducida del evento se observa que claramente se han incrementado, pues en 1991 se tiene registro de que se realizaron 217 000 abortos y para 2006 la cifra subió a 300 000 (CONAPO, 2006).

Estas cifras son alarmantes, sin embargo, no siempre son las adolescentes quienes deciden abortar, ya que muchas veces son los padres quienes propician el aborto, pues manejan una idea de deshonra familiar, este hecho, sin importar quien toma la decisión de abortar deja bastantes secuelas psicológicas en la víctima (Ortiz, 1995).

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual también se observan cifras alarmantes como por ejemplo en el 2012 el VIH/ SIDA fue la sexta causa de muerte entre la población de 15 a 29 años (CONAPO, 2008).

En ese sentido se hace necesario conocer cuáles son las causas que predisponen y llevan al adolescente a un debut sexual prematuro, a fin de evitar o reducir los riesgos antes mencionados.

Dentro de la literatura especializada se sabe que al inicio de esta etapa se establecen patrones de conducta que contribuyen a muchos riesgos como por ejemplo: beber alcohol en exceso, el abuso de drogas, las pandillas (Sánchez-Zamorano, Llerenas, Anaya-Ocampo & Lazcano-Ponce, 2007) o el inicio de la actividad sexual (Della, 2005).

Sin embargo estos factores han sido evaluados de forma aislada, por lo que se considera importante evaluar las prácticas parentales que utilizan los padres como una variable asociada al debut sexual prematuro, pues la familia es una de las instituciones sociales que influye, regula, canaliza e impone significado social y cultural en la vida de las personas (Jelin, 1998 en: Pacheco, Citron & Serrano- García, 2006).

Dentro de la familia se desarrolla la crianza, la cual se define como la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico y desarrollo emocional y social de un hijo (Márquez-Caraveo, Hernández-Guzmán, Aguilar, Pérez-Barrón & Reyes Sandoval, 2007; en: Ortiz, 2008).

De acuerdo con lo anterior el objetivo de esta tesis es evaluar la relación entre las prácticas parentales, y el inicio sexual temprano de los adolescentes, y así conocer los factores de

riesgo que los predisponen a presentarlo, con la finalidad de evitar o reducir las consecuencias negativas de dicha conducta. Es por ello que a lo largo de esta tesis se plantean cuatro capítulos que proporcionan el esquema fundamental de la investigación.

El primer capítulo aporta datos relevantes sobre la etapa de la adolescencia en sus tres principales rubros: aspectos físicos, aspectos cognoscitivos y psicológicos, y aspectos sociales, así como también se mencionan los principales factores de riesgo en la adolescencia.

El objetivo del segundo capítulo se centra en conocer los estilos y las prácticas parentales, así como señalar la influencia que representan en las conductas y actitudes de los adolescentes, pues dichos estilos pueden presentarse como factores de riesgo o prevención.

A lo largo del tercer capítulo se mencionan los aspectos relacionados a la conducta sexual de los adolescentes, así como los riesgos a los que se encuentran expuestos, cuando se presenta una práctica sexual prematura e irresponsable.

El cuarto capítulo hace referencia a investigaciones directamente relacionadas con las variables a estudiar, lo que proporciona posibles avances en el tema o, por el contrario algún hueco en el conocimiento.

En el quinto capítulo corresponde al planteamiento del problema, en el sexto capítulo se plantea el método, en el cual se realiza la pregunta de ésta investigación, se definen las variables, se describe la muestra utilizada y el procedimiento llevado a cabo.

En el séptimo capítulo se muestran los resultados obtenidos a través del análisis estadístico con la ayuda del programa SPSS.

Finalmente en el capítulo que hace referencia a la Discusión se presentan las conclusiones a partir de la literatura encontrada y los resultados obtenidos, así como las limitaciones de la presente investigación.

CAPÍTULO I

ADOLESCENCIA

Para que una sociedad pueda tener un buen futuro se requiere que su población tenga un desarrollo saludable lo que demanda a las sociedades brindar la atención adecuada a los nuevos seres que crecerán y serán parte importante de su país. Este desarrollo estará presente durante toda su vida, ya que atravesarán varias etapas de maduración en los aspectos físico, psicológico, cognitivo, lingüístico y socioafectivo.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda, la población de México es de aproximadamente 112 millones de habitantes, y de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía son los adolescentes de 10 a 19 años quienes representan la mayor proporción, es decir cerca de 22 000 jóvenes (INEGI, 2010).

En ese sentido, el objetivo de este capítulo es conocer de manera detallada este segmento de la población y describir cómo se lleva a cabo su proceso de crecimiento físico, cognoscitivo y social.

1.1 El estudio de la adolescencia

Existen numerosos teóricos que se han dedicado al estudio de este período, sin embargo, no se ha llegado a un consenso sobre las etapas entre las que se encuentra dividida, al respecto Blos (1986) menciona que al hablar de adolescencia se deben de contemplar varias etapas ya que no es la misma madurez de un adolescente de trece años comparada con la de uno de dieciocho. Este autor propuso una clasificación de etapas y de la edad cronológica aproximada para cada una de estas:

- Preadolescencia 9-11 años
- Adolescencia temprana 12-15 años
- Adolescencia propiamente como tal 16-18 años
- Adolescencia tardía 19-21 años

Sin embargo menciona que el curso de la “adolescencia propiamente como tal” a menudo conocida como adolescencia media para otros autores, es el período con cambios más marcados y decisivos, comparada con las otras fases pues ésta implica la parte emocional.

Por su parte Pearson (1970, en: González, 2001) propone una clasificación distinta dividida en tres períodos:

- Período prepuberal 10 -13 años
- Período puberal 13 16 años
- Período pospuberal 16-19 años

Ambas clasificaciones señalan diferencias de una manera más específica a nivel físico cognitivo y social entre cada estadio, sin embargo, para el propósito de este trabajo no se hablará de la adolescencia dividida en períodos. A continuación se mencionan algunas definiciones para dicha fase.

La adolescencia es una etapa de cambios a nivel biológico, psicológico y social, éste período dura aproximadamente de los 11 o 12 años a los 19 o inicios de los 20, y conlleva grandes cambios interrelacionados en todas las áreas del desarrollo (Papalia, Olds & Feldman, 2005).

De acuerdo con González (2001), la adolescencia es el período de transición entre la niñez y la edad adulta, considerada como un estadio trascendente en la vida de todo ser humano, ya que es una etapa en la cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social.

Por su parte Hurlock (1976) sitúa la adolescencia desde el momento que comienza la madurez sexual y hasta la edad en que se asegura por vía legal la independencia respecto de la autoridad del adulto. Esta etapa incluye todas las fases de la maduración y no solo la del aspecto físico.

Para Horrocks (1984) la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse y finaliza cuando el individuo alcanza su madurez emocional y social y cuando ha cumplido con la experiencia, capacidad y voluntad requeridas para escoger entre una

amplia gama de actividades y asumir el papel de adulto según la definición de adulto que se tenga en la cultura donde vive.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa del desarrollo que abarca de los 10 a los 19 años aproximadamente, comprende una etapa de transición entre la niñez y la adultez y está caracterizado por cambios notables en el desarrollo físico mental, emocional y social del individuo (OMS, 2013).

A partir de las definiciones anteriores, se puede observar que cada teórico define el concepto de adolescencia desde diferentes perspectivas, mientras que Hurlock (1976) y Horrocks (1984) la conciben en el marco de la biología y la legalidad, la OMS (2013) y González (2001) coinciden en entenderla como una transición de la vida que fluctúa entre la niñez y la adultez y que conlleva cambios en el área biológica, psicológica y social que abarca aproximadamente de los 10 a los 19 años de edad.

Para el propósito del siguiente trabajo y a partir de las definiciones anteriores la adolescencia se considerará como una transición en la vida que conlleva múltiples cambios, en las esferas social, física y cognoscitiva.

Como se observará más adelante es difícil separar estas áreas del desarrollo porque están estrechamente vinculadas entre sí, por ejemplo, los cambios físicos pueden provocar cambios emocionales, o por el contrario un adolescente físicamente maduro puede no serlo a nivel cognoscitivo. Cabe mencionar que estos cambios están influenciados no solo por el género y el nivel de madurez física, sino también por el ambiente social y cultural, en el que se vive.

Al respecto Buelga y Lila (1999), señalan que uno de los temas de conflicto en este grupo de edad se relaciona con las diversas perspectivas de padres e hijos sobre la cantidad y grado de control que los padres deberían tener sobre distintos aspectos de la vida de los jóvenes. El adolescente que hasta entonces estaba en el nido familiar, ahora muestra reacciones de rebeldía, ira o rechazo hacia las normas establecidas y hacia sus padres, muchas veces provocados por el cambio hormonal que se hace presente dentro del desarrollo físico, lo cual se describe a continuación.

1.2 Desarrollo físico

Este desarrollo se caracteriza por cambios observables, influenciados por factores genéticos y biológicos que se presentan a lo largo de toda la vida, sin embargo durante la adolescencia, estos cambios se presentan de una manera vertiginosa. Dichos cambios se observan con un rápido aumento de peso y estatura, cambios en las proporciones de su cuerpo y, además, se adquiere la madurez sexual.

Se inicia con un rápido aumento en la producción de hormonas sexuales, en el caso de las niñas los ovarios aumentan la producción de estrógeno con lo que se estimula el crecimiento de los genitales femeninos, el desarrollo de los senos y el vello púbico.

Para el caso de los varones, los testículos aumentan la producción de andrógenos (testosterona) con lo que se estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular, el vello corporal y una voz más profunda.

Al respecto de la madurez sexual varias investigaciones (Papalia, Wendkos & Feldman, 2004; Santrock, 2006; Crooks & Baur; 2010) proponen que para las adolescentes se presenta en el siguiente orden: aumenta el tamaño de los senos, aumenta el vello púbico, surge vello en las axilas, las caderas se ensanchan más que los hombros, ocurre la primera menstruación y los pechos adquieren una forma redondeada

Con respecto al desarrollo físico de los hombres se presenta con aumento del tamaño del pene y los testículos, aparición del vello púbico lacio, pequeño cambio en la voz, primera eyaculación, aparición del vello púbico rizado, comienzo de la etapa de máximo crecimiento, aparición de vello en las axilas, cambios en la voz cada vez más evidentes y se finaliza con el crecimiento del vello facial (Santrock, 2006).

Sin embargo, los adolescentes tienden a mostrar variaciones al respecto y este orden puede variar pues la pubertad puede iniciar al comienzo de los diez o incluso a los trece años y puede concluir desde los trece a los diecisiete años; por ejemplo en el caso de las niñas la edad de la menarquía puede variar, pero se considera normal entre los nueve y quince años (Papalia, Old & Hoffman, 2004).

Todo este desarrollo provoca muchos cambios a nivel psicológico en los adolescentes ya que muchos pueden sentirse insatisfechos con la nueva forma que está adquiriendo su cuerpo.

Lo anterior tiene una respuesta a través de factores sociales ya que las sociedades globalizadas, como lo es la sociedad mexicana le han dado importancia a la figura de la mujer delgada y se le da mayor énfasis a los atributos físicos de las mujeres.

Bajo estas condiciones, los adolescentes, en especial las mujeres, están más preocupados por su apariencia física que por cualquier otro aspecto de sí mismos, y a muchas no les gusta lo que ven en el espejo.

En ese sentido la preocupación por la imagen corporal también está relacionada con el despertar de la atracción sexual. Al respecto Lameiras (2001, en: Calado, Lameiras & Rodriguez, 2003), encontró que la forma de percibir y evaluar el cuerpo se relaciona íntimamente con las relaciones sexuales que se tengan.

1.3 Desarrollo cognoscitivo

Al igual que el desarrollo físico, el desarrollo cognoscitivo también muestra variaciones importantes, sin embargo el proceso cognitivo está en constante cambio pues es una secuencia ascendente de etapas identificables, cada una de las cuales es más compleja que la anterior (Horrocks, 1984).

Este desarrollo cognoscitivo es acumulable con un nuevo nivel de organización, en cada fase, se puede alterar la rapidez con que se sucede su secuencia debido a influencias ambientales pero no la secuencia como tal y siempre va de lo simple a lo complejo, de lo concreto a lo abstracto.

Uno de los principales teóricos que se enfocó en el estudio del desarrollo cognoscitivo fue Jean Piaget, quien siguiendo con la característica principal del proceso cognitivo formuló una serie de períodos para cada una de las etapas de desarrollo que estableció, éstas engloban desde el nacimiento hasta los 19 años aproximadamente.

Preocupado por describir el desarrollo de las acciones sensomotoras iniciales a las operaciones más abstractas Piaget (1985) propuso cuatro estadios, en el presente trabajo solo se abordará el período que abarca la etapa de la adolescencia, ya que como se mencionó anteriormente, el objetivo de este trabajo es conocer cómo se presenta el desarrollo del adolescente.

De acuerdo con Piaget (1985) en esta etapa los adolescentes entran al período de las operaciones formales, las operaciones concretas evolucionan y se presenta la adquisición de un nuevo modo de razonamiento, se caracteriza principalmente por el desarrollo de la capacidad de abstracción del pensamiento.

Aunque éste sigue siendo inmaduro en algunos aspectos, muchos son capaces de realizar un razonamiento abstracto y juicios morales sofisticados, además pueden hacer planes más realistas para el futuro (Papalia, Old & Hoffman, 2004). Este nuevo modo de razonamiento no solo le permite al adolescente evaluar objetos o realidades que no necesariamente estén representados físicamente, sino también formular hipótesis.

En la adolescencia los agrupamientos ahora son de segundo grado, surge un elemento de vital importancia: la socialización dicho proceso hace notar que el desarrollo intelectual y afectivo no son independientes. La socialización se establece desde el primer vínculo que tiene él bebe con la madre, por lo que familia es un factor importante para que desarrolle dicho proceso.

La vida social transforma la inteligencia por la acción intermedia del lenguaje (signos) del contenido de los cambios (valores intelectuales) y de las reglas que impone al pensamiento (normas colectivas) sin intercambio de pensamiento y cooperación con los demás el individuo no llegaría a agrupar sus operaciones en un todo (García, 1996).

Al respecto de este desarrollo, David Elkind (en: Weiner & Elkind, 1976), un teórico que también se interesó por el estudio del desarrollo cognoscitivo trabajó con adolescentes y encontró una característica muy particular en ellos, el egocentrismo.

Esta característica implica una falta de diferenciación pero su causa no es la carencia de capacidad intelectual, de lo que en realidad carecen los adolescentes es de experiencia y es la falta de ésta la que determina el egocentrismo de esta etapa (Elkind, 1981).

Básicamente este egocentrismo le da al adolescente la posibilidad de pensar sobre su propio pensamiento y el de los demás, pero su falta de experiencia en cuanto al pensamiento reflexivo lo llevará a caer en ciertos errores.

Entre los principales errores destacan:

- Suponer algunas situaciones como permanentes
- Desconocer la diferencia entre lo subjetivo y lo objetivo
- Incapacidad de establecer diferenciaciones en el nivel del pensamiento que tiene que ver con lo universal y lo particular

El primer error se refiere a la dificultad del adolescente con respecto a los pensamientos transitorios y permanentes, Elkind (1981) nombró a este fenómeno momentos permanentes que son un tipo de experiencias que viven en la memoria de una persona hasta mucho tiempo después de haber sucedido.

Cuando ocurre este fenómeno, el adolescente cree que todas las personas recuerdan después de mucho tiempo, algún hecho vergonzoso que le ocurrió, sin embargo sólo él lo tiene presente.

Al no saber diferenciar entre lo subjetivo y lo objetivo surge un rasgo muy común, la timidez, dentro de éste tipo de error se presenta un elemento llamado auditorio imaginario, el cual se refiere a que el adolescente construye un público imaginario que controla permanentemente su apariencia y su conducta.

Este elemento orilla al adolescente a tomar actitudes actuando frente a su audiencia imaginaria. Es decir todo lo hace para generar un efecto en las personas (su auditorio), y saber que opinan sobre su conducta. Este auditorio es importante en esta etapa porque los adolescentes necesitan la aprobación externa debido a que todavía no pueden apoyarse en logros pasados para conseguir autoaprobación.

Aunque éste error también tiene características negativas, pues no todos los adolescentes quieren la aprobación de los demás, por ejemplo un chico rebelde puede pensar en el suicidio y consumarlo creyendo que así castigará a su auditorio o un chico que se une al vandalismo con el fin de molestar a su auditorio cuando éste vea sus fechorías.

Otro elemento que surge dentro del egocentrismo es la Fábula personal la cual se refiere a una creencia en la originalidad de los propios sentimientos pensamientos y experiencias, una historia que uno se cuenta a sí mismo pero que no es verdadera (Elkind, 1981)

La fábula personal se refiere a la creencia del adolescente de que nadie lo entiende, y de que nadie ha pasado por lo que él está pasando y sintiendo. Cabe destacar que éste fenómeno, al igual que el auditorio imaginario, también tiene consecuencias negativas, como por ejemplo una chica que tiene relaciones sexuales y no se protege creyendo que ella no se va a embarazar.

Sobran ejemplos de dicho error como aquel adolescente que conduce sin precaución porque cree que a él nunca le va a pasar un accidente automovilístico o el joven que se droga lo hace porque cree que él no se volverá adicto.

El fenómeno egocentrista como todo proceso cognitivo es continuo y se va modificando en función de la maduración mental, al respecto, este mismo autor menciona que las mismas operaciones mentales que liberan al adolescente de ciertas formas del egocentrismo lo introducen en otras formas nuevas y más complejas, característica particular del desarrollo cognoscitivo, pues va de lo simple a lo complejo.

Tanto el auditorio imaginario como la fábula personal suelen arrastrarse hasta la edad adulta, solo cuando toman la fábula demasiado en serio ella se vuelve desadaptativa y pierde su verdadero valor.

Otra secuencia que se presenta dentro del desarrollo cognoscitivo se refiere a la teoría basada en el juicio moral, si bien Piaget estableció las raíces del desarrollo moral y de justicia, fue Lawrence Kohlberg quién constituyó los estadios que rigen actualmente ésta teoría.

Este desarrollo no es totalmente universal, pues se presentan diferencias con respecto a la cultura, el sexo y la clase, pero este hecho no lo hace un suceso completamente social, pues de acuerdo con Kohlberg (1964, en Kohlberg, 1992) la moralidad tiene una moderada, pero claramente documentada correlación con el cociente intelectual.

En ese sentido el juicio moral toma un valor cognitivo, pues conceptos como moralidad y justicia son de forma cognitiva, tal como establece Kohlberg en sus estadios, en donde el más alto nivel se alcanza a medida que la persona se desarrolla cognitivamente; de ahí este autor ubica edades aproximadas en cada nivel moral.

Este autor define la moral como “la resistencia a la tentación, la capacidad de autocontrol y resistencia a la desviación” (Kohlberg, 1992). El más alto nivel se alcanza a medida que se presenta el desarrollo cognoscitivo y, la idea de dividir los tres niveles de desarrollo propuestos en dos estadios, responde al hecho de que el estadio más alto de cada nivel corresponde a una persona con el mismo nivel de moralidad pero con estructuras mejores y más equilibradas.

En ese sentido la mayoría de los adolescentes se encuentran en el nivel II – Convencional, el cual muestra las siguientes características (ver tabla 1):

Tabla 1.

Estadios del nivel II convencional

NIVELES	BASES DEL JUICIO MORAL	ESTADIOS DE DESARROLLO
II Convencional	El valor moral reside en interpretar roles buenos o correctos, en mantener el orden y las expectativas de los demás.	<p>ESTADIO 3: Orientación del buen chico. Orientación a agradar y aprobar a los demás, así como ayudar. Conformidad a imágenes estereotipadas de la mayoría y juicio por intenciones</p> <p>ESTADIO 4: Orientación de mantenimiento del orden social. Orientación a "cumplir el deber " y a mostrar respeto por la autoridad y mantener el orden social dado por sí mismo.</p>

Adaptado de Kohlberg (1992)

En dicho nivel se observa un fenómeno que se confirma con lo que plantea Elkind, pues los jóvenes muestran conductas para agradar a los demás, así como la formación de identidad que Eriksson propone, la cual se abordará en el siguiente bloque.

1.4 Desarrollo social

Finalmente se describen los cambios que se presentan en la esfera social, cabe recordar que esta división en el desarrollo se exhibe al mismo tiempo que las otras áreas e incluso pueden llegar a incidir una sobre otra.

De acuerdo con Hurlock (1976) la buena adaptación social es importante a cualquier edad sin embargo en la adolescencia es de importancia vital, no solo porque el adolescente desea lograr éxito social, sino también porque en esta etapa de la vida, él determinará en gran parte lo que será socialmente en su adultez.

Este mismo autor menciona que el grado en que un adolescente se adapte a las nuevas experiencias sociales dependerá de sus primeras experiencias en la sociedad y de las actitudes que haya desarrollado como resultado de estas.

Este desarrollo se inicia desde casa pues la familia constituye el mejor agente socializador, a partir de ella el niño desarrolla normas de conducta en sus relaciones con los demás que son un reflejo de las que rigen en su familia.

Cuando el niño sale de casa, y por primera vez siente que es parte de un grupo y que sus integrantes lo necesitan y lo aprecian, tendrá una sensación que lo hará sentir seguro y feliz, sin embargo si el trato que recibe es de rechazo el resultado será inseguridad.

En el transcurso de este desarrollo es muy normal que las relaciones con las familias se debiliten pues el adolescente inicia el descubrimiento del mundo exterior, lo cual contribuye a su independencia y comienza a adoptar su propia identidad.

Un teórico que describió los cambios de los adolescentes en la esfera social fue Erick Erikson quien desarrolló la teoría del desarrollo psicosocial basada en un proceso generacional, donde observó a las personas a través de su ciclo de vida. Este autor enfatizó la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad y afirmó que el desarrollo del yo dura toda la vida.

Su teoría establece ocho etapas, las cuales proponen una tendencia positiva y una tendencia negativa solo el equilibrio de ambas dará como resultado el desarrollo de una virtud, aunque debe predominar la tendencia positiva.

Cada una de sus etapas implica una crisis si ésta es superada se logrará continuar con la siguiente etapa, pues el proceso de esta teoría se construye sobre los logros de las etapas anteriores. A continuación se describen las características de la etapa número cinco, la cual corresponde al período de la adolescencia (ver tabla 2).

Tabla 2.

Características de la etapa número cinco de Erikson

	EDAD	PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS	TENDENCIA POSITIVA	TENDENCIA NEGATIVA	VIRTUD
Etapa 5 de Erikson	De la pubertad a la edad adulta temprana	El adolescente debe determinar su propio sentido de sí mismo o experimentar confusión acerca de los roles	Identidad	Confusión de Identidad	Fidelidad

Adaptado de Papalia, Old & Hoffman (2004)

En este trabajo solo se describirán las características de la etapa número cinco, la cual tiene lugar de la pubertad a la edad adulta temprana y si el adolescente logró superar las etapas anteriores a ésta, de acuerdo con Erikson (1983) se observarán las siguientes actitudes:

- Buscará hombres e ideas en quien tener fe
- Querrá una oportunidad para decidirse libremente por una de las vías disponibles de deber y servicio
- Objetara violentamente a todas las limitaciones relativas a las imágenes que tienen de sí mismo quieren hacer su ocupación con una excelencia superior y única
- Los jóvenes regresivos y en crecimientos rebeldes y en maduración se preocuparán fundamentalmente por quienes y qué son ante los ojos de un círculo más amplio de personas significativas, en comparación con lo que ellos mismos han llegado a sentir que son.

Al atravesar la etapa número cinco, la tarea principal de los adolescentes es resolver la crisis de identidad frente a la confusión de identidad, para lograr convertirse en un adulto único con un sentido, coherente del Yo y un papel que sea valorado en la sociedad (Papalia, et al, 2004).

Este autor menciona que sí el joven entra en un estado de confusión de identidad aguda, se hallará expuesto a una combinación de experiencias que exigen su simultánea atención a la intimidad física, a una decisiva elección profesional, a una competición energética y a una autodefinición psicosocial .

La pérdida de un sentimiento de identidad se expresa con frecuencia mediante una fuerte hostilidad con respecto a los roles etiquetados como inadecuados y/o deseables dentro de una sociedad o incluso dentro de la propia familia.

Por el contrario un sentimiento óptimo de identidad es tan solo experimentado como sentimiento de bienestar psicosocial, sus más evidentes signos concomitantes son un sentimiento de estar a gusto en el propio cuerpo, sentimiento de saber a dónde se va y una seguridad interior relativa a que será uno reconocido y estimado por aquellos que tienen importancia para uno (Erikson, 1983).

El estadio de la adolescencia queda completado cuando el individuo ha subordinado sus identificaciones infantiles a un nuevo género de identificaciones y en el transcurso de este estadio surgen las relaciones interpersonales. Los adolescentes comienzan a sentir amor o cariño hacia alguien más, se presenta la amistad y las relaciones amorosas.

Cuando un adolescente entabla una amistad significa que se ha identificado con un ser semejante a él, que presenta los mismos problemas, las mismas dudas y las mismas rebeldías, con quien podrá compartir sus angustias y sus alegrías. Por su parte, el despertar del amor está ligado a la madurez sexual que va a acarrear un cambio profundo en la vida afectiva del adolescente.

Erikson (1980) menciona que en este estadio ni incluso enamorarse es por completo o primordialmente, una cuestión sexual, es más bien, una tentativa para llegar a definir la propia identidad proyectando sobre otro la propia imagen difusa acerca de sí mismo y para verla así reflejada y gradualmente clarificada.

Sin embargo se observa que la sexualidad es indisoluble de la facultad de amar, si bien el nacimiento del amor no determina la conducta sexual, sí influye en ella, más adelante se abordará dicho tema.

Como pudo notarse la adolescencia es una etapa que muestra una gran cantidad de cambios visibles, así como no visibles y han sido muchos los teóricos que han dedicado su vida al estudio de esta etapa desde hace muchos años, en este capítulo, solo se consideraron algunos de los más significativos.

Es importante recordar que el ritmo de desarrollo en cada una de estas tres áreas puede ser diferente: por ejemplo, una adolescente puede parecer físicamente madura, pero es probable que no esté plenamente desarrollada desde el punto de vista psicológico (Papalia et al, 2004).

Por todos estos cambios la adolescencia es considerada por numerosos teóricos como la etapa más vulnerable para involucrarse en muchos riesgos como por ejemplo debut sexual prematuro, embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, entre otros, los cuales se abordarán en el siguiente capítulo.

Caer en estas consecuencias se debe principalmente a que los adolescentes no disponen de las habilidades necesarias para tomar decisiones fundamentales en la planeación de su futuro y deciden basarse en él aquí y él ahora, lo que limita la visión de los efectos de su comportamiento y genera diversos problemas de salud (Della, 2005).

1.5 Factores de riesgo en la adolescencia

La adolescencia es una etapa que conlleva muchos cambios que se ven reflejados en todas las esferas del adolescente, y son los cambios físicos una variable significativa pues el despertar sexual se hace presente, sin embargo, los problemas emocionales son un componente muy importante en el comienzo de su vida sexual.

Lo anterior no resulta extraño pues con la gran cantidad de cambios que atraviesan los adolescentes se hace necesario dotarlos de herramientas que los apoyen a superar o evitar dichos problemas, entre ellos el inicio de una vida sexual prematura.

1.5.1 Imagen

Un tema que cobra demasiada importancia durante la adolescencia es la imagen física y corporal, debido a los cambios que se hacen presentes día con día y con la nueva forma que va adquiriendo el cuerpo. Es normal que los adolescentes se sientan incómodos y muchas veces mortificados con la nueva forma de su cuerpo.

A muchos adolescentes no les gusta cómo se perciben y, mucho de esto tiene respuesta en los estereotipos establecidos principalmente por los medios de comunicación, en donde se observan mujeres delgadas y hombres musculosos, con lo que orillan a los adolescentes a buscar la forma de lograr ese cuerpo, cuando muchas veces es muy difícil de alcanzar.

Dichos estereotipos promueven conductas asociadas a trastornos alimentarios y emocionales, además si el adolescente presenta características individuales tales como inseguridad, ineficacia e impotencia será más fácil padecer algún trastorno asociado a problemas de imagen.

De acuerdo con algunos autores como Crooks y Baur (2010) la maduración y el desarrollo temprano puede ser ventaja para algunos adolescentes porque tienen una imagen aceptable, les permite ser más relajados, populares y con mayores probabilidades de ser líderes, así como facilitar el proceso de aprendizaje, sin embargo eso puede predisponerlos a presentar conductas sexuales tempranas.

Lo anterior no sólo es un fenómeno que se da en nuestro país pues así mismo lo reporta El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala C. A. (2008) ya que ha encontrado que para los y las adolescentes la maduración temprana puede presentar mayor cantidad de conductas de riesgo, como presentar problemas de conducta, alimentarios, respeto a las normas, actividad sexual precoz, abuso de sustancias y juntarse con pares antisociales.

De esta manera el concepto de imagen que se tenga en la adolescencia es un factor de riesgo asociado al inicio de la práctica de la sexualidad prematura en adolescentes, pues de acuerdo con Lameiras (2001, en: Calado, Lameiras & Rodriguez, 2003) se ha observado que la forma de percibir y evaluar el cuerpo se relaciona íntimamente con las relaciones

sexuales que se tengan. En estudios similares se ha evaluado la apariencia física y la imagen corporal como predictores de la expresión sexual en mujeres.

1.5.2 Imagen corporal

La imagen que los adolescentes perciban de sí mismos es un factor que debe de cuidarse mucho pues va a influenciar en la estabilidad emocional y en su adaptación al medio social.

Actualmente los medios de comunicación juegan un papel muy importante en ese sentido, pues, es común que se difundan mensajes con contenidos relacionados con la delgadez en las mujeres y los hombres se observan musculosos (Silva, 2007) lo que obliga a la comunidad juvenil a adoptar conductas que ayuden a conseguir los cuerpos esculturales que se observan en el televisor por medio de ejercicio o dietas.

1.5.3 Problemas de imagen

Sí el adolescente no acepta su cuerpo ni su imagen es muy probable que llegue a presentar alteraciones relacionadas con los procesos de alimentación, en términos de forma, cantidad y calidad de la ingesta (Guillen, 2010) dichos trastornos alimentarios son muy comunes durante la adolescencia.

Estos no sólo acarrearán problemas físicos sino también psicológicos ya que las víctimas se vuelven irritables, impacientes e intolerantes y, por no comer lo que quieren se les ve tristes, enojados e impacientes, sin contar las deficiencias metabólicas consecuencia de una ansiedad, tristeza y desesperanza que resultan al no conseguir una figura que cumpla con los estereotipos antes mencionados, lo que impulsa a los adolescentes a llevar a cabo ciertas acciones que terminan en trastornos como anorexia, bulimia, ortorexia o vigorexia (Silva, 2007).

Las principales razones por las que se puede caer en algún problema de imagen se deben a un conjunto de fenómenos entre los que destacan los medios de comunicación y las características individuales y/o familiares de cada persona.

Otro aspecto a considerar se refiere al ambiente pues en la mayoría de las sociedades y culturas muchas adolescentes llevan restricciones dietéticas con la finalidad de perder peso y ganar atractivo y autoestima como respuesta a los retos habituales que enfrentan las adolescentes (Guillen, 2010)

Así mismo la familia influye mucho dependiendo de cómo se manejen los estereotipos, si los padres juzgan duramente a sus hijos por su aspecto o por su peso, es más fácil que el adolescente se sienta avergonzado consigo mismo, y haga todo lo posible por alcanzar la figura ideal, a diferencia de un padre que cuide la alimentación de sus hijos y no establezca juicios que dañen la autoestima de sus hijos.

Como puede observarse los trastornos de conducta alimentaria obedecen a una insatisfacción con el propio cuerpo, y todos estos rasgos obsesivos que se observan en los adolescentes son un factor que debe de cuidarse, además de que estos trastornos se relacionan íntimamente con la autoestima y el autoconcepto, evaluaciones muy significativas para el inicio de actividad sexual prematura.

1.5.4 Autoestima y autoconcepto

Conociendo los cambios del desarrollo físico del adolescente, es inevitable que comiencen a cambiar la percepción de su cuerpo y de su persona, autoconcepto que va a influir en su conducta.

De acuerdo con Branden (1995) la autoestima es la experiencia fundamental que se puede llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias, es:

1. La confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a nuestros desafíos básicos de la vida.
2. La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos.

En ese sentido la autoestima es de suma importancia en la vida de las personas sobre todo en los adolescentes ya que necesitan conocer qué piensan de él las otras personas, acerca de su cuerpo, sus ideas, su imagen, su expresión, su afecto y su comportamiento. Necesitan que los demás le estimulen y reconozcan sus valores.

Sin embargo varias investigaciones señalan que la autoestima juega un papel muy importante en el comienzo de la vida sexual precoz. Price y Hyde (2009) realizaron un estudio en el que midieron las variables de carácter personal de los adolescentes y encontraron que presentar baja autoestima, depresión o conductas externalizadas, como la agresión o ansiedad, pueden ser predictores de un inicio sexual temprano.

Por su parte, Branden (1995) menciona que existen correlaciones positivas entre una autoestima saludable y otros rasgos que están relacionados directamente con la capacidad para conseguir objetivos y la felicidad, una autoestima saludable se correlaciona con la creatividad, la independencia, la flexibilidad, y la capacidad para aceptar los cambios, con el deseo de admitir y en algunos casos de corregir los errores.

Asimismo, propone que el fomento de la autoestima en las aulas debe darse por dos razones, la primera apoyar a los adolescentes a perseverar en sus estudios, a apartarse de las drogas, evitar embarazos y abstenerse del vandalismo. Y la segunda para ayudar a prepararles psicológicamente para un mundo en el que la mente es el principal activo capital de todos.

Por lo anterior es de suma importancia conservar la autoestima de los adolescentes en un buen nivel, con el fin de evitar que presenten conductas de riesgo o algún trastorno mental o del estado de ánimo.

De no conservarse una buena autoestima, corren el riesgo de caer en algún trastorno del estado de ánimo como la depresión, la cual muestra también una correlación significativa con el inicio temprano de la actividad sexual.

En ese sentido es de vital importancia mantener el estado emocional de los adolescentes en un buen nivel, ya que es un factor que influye en la conducta sexual precoz, sin embargo

no se debe perder de vista el consumo de sustancias tóxicas, factor que también es considerado como un componente importante para el inicio de las relaciones sexuales.

1.5.5 Consumo de sustancias

Otro de los riesgos asociados al debut sexual prematuro se refiere al consumo de tabaco, a la ingesta inmoderada de alcohol y al uso de drogas ilegales.

Sin duda alguna el consumo de sustancias es uno de los principales riesgos que los jóvenes presentan en la adolescencia. Muchas son las causas, pues comienza su proceso de independencia y los pares son una influencia muy fuerte para el inicio de estas, anteriormente el consumo se presentaba mayoritariamente en chicos pero en la actualidad la balanza se ha ido equilibrando al respecto de las chicas.

El transitar por la adolescencia que conlleva toda clase de cambios psicológicos, físicos y cognitivos pone a los jóvenes en riesgo de empezar a manejar las tensiones a través del consumo de tóxicos, este consumo puede traer consecuencias negativas desde riesgos físicos como drogodependencia o accidentes automovilísticos hasta riesgos psicosociales como infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados e incluso la muerte.

De acuerdo con Sanchez-Zamorano, Lerenas, Anaya y Lazcano, (2007) los estilos de vida que vulneran el desarrollo pleno de la niñez y la adolescencia constituyen el blanco de la prevención.

1.5.6 Drogas

Los principales tipos de sustancias tóxicas que consumen los adolescentes son el alcohol, el cigarrillo, los opioides y la marihuana entre otros, dichas sustancias se encuentran dentro de la clasificación de drogas, sin embargo el alcohol y el cigarro son drogas legales y los opioides y la marihuana son ilegales (Sanjuan e Ibañez, 1992).

Dicho consumo puede poner a los adolescentes en riesgos tales como el inicio de su vida sexual prematura e irresponsable, pues tal como lo menciona Madden (1984) el alcohol

libera el instinto sexual de la corteza cerebral, lo cual provoca el deseo de la conducta sexual.

Muchas son las razones por las que un adolescente toma, sin embargo se pueden englobar en situaciones de tipo individual relacional y social. Desgraciadamente en México existe una aceptabilidad del alcohol muy alta, factor importante que determina los niveles de consumo.

Esto se observa en los aspectos simbólicos de consumir alcohol (Escamez, 1997)

- Reunión social
- Aceptación a un grupo
- Confirmar un acuerdo o sellar un contrato
- Membresía en alguna clase social
- Gesto de amistad

1.5.7 Amigos (Pandillas)

Los pares también son responsables de como los adolescentes llevan a cabo la sexualidad, pues en muchas ocasiones son el primer contacto que tienen a la hora de resolver dudas relacionadas con su práctica sexual y algunas veces si algún amigo cuenta que ya tuvo una experiencia de ese tipo puede llegar a generar en el otro curiosidad, lo que incrementa la posibilidad de que su compañero de paso a la práctica.

La influencia de los pares e iguales en lo que a la actitud y comportamiento sexual se refiere no es siempre positivo pues principalmente se debe a que la mayoría de los adolescentes obtienen información acerca de la sexualidad y de métodos anticonceptivos a través de sus amigos y frecuentemente esta información suele no ser la adecuada ni la real dado que estos jóvenes conocen poco o nada acerca del tema (Cáceres, 1994).

La adolescencia es la etapa de la vida en que más influencia tienen los amigos debido a que pasan más tiempo con ellos que con la familia por lo cual más crece la influencia. Además de que al estar pasando por los mismo problemas y tener las misma inquietudes y dudas se sienten comprendidos entre ellos mismos.

Por esta misma razón cuando tienen algún problema acuden antes a sus amigos que a sus padres, además de que muchos adolescentes dicen sentirse más comprendidos por sus amigos que por sus padres, pues el grupo enseña comportamientos diferentes a la escuela o la familia.

Pese a las consecuencias negativas antes mencionadas el grupo de iguales es un elemento importante para la socialización, dado que todo individuo tiene la necesidad de ser aceptado y valorado por su grupo y a su vez el grupo de pares asumirá una serie de valores de los que todos intentaran ser partícipes.

Con respecto a la aceptación del grupo, muchos adolescentes al querer integrarse tienen que realizar conductas con la que no está totalmente de acuerdo, sin embargo, tienen que hacerlo para ser aceptados, una muestra de esto puede ser el consumo de drogas o alcohol, donde las amistades se observan como una de las variables más influyentes.

Así, las funciones de la pandilla son múltiples pues el grupo es una importante fuente de información, pues muchos adolescentes cuando tienen duda se acercan antes a sus amigos (pandilla) que a padres o maestros.

Como puede notarse todos los riesgos antes mencionados se relacionan entre sí y en general tienen un componente emocional (autoestima y autocontrol) que recae en la forma de relacionarse del adolescente.

Desafortunadamente los jóvenes se encuentran expuestos a una gran cantidad de problemas emocionales que llegan a agravarse cuando los adolescentes no cuentan con herramientas que les permitan discernir entre lo adecuado o inadecuado de una conducta, situación que puede traerles consecuencias negativas para toda su vida.

Lo que interesa conocer en el presente trabajo es identificar cuáles son las razones o factores que desencadenan en la población adolescente el inicio de su debut sexual prematuro cuando aún no están psicológicamente preparados, pues el hecho de no superar la etapa del egocentrismo, incrementa el riesgo de que puedan presentar su debut sexual por aprobación de sus pares por ejemplo.

Recordemos que el egocentrismo presenta tres fenómenos principalmente: los momentos permanentes, el auditorio imaginario y la fábula personal, los cuáles desarrollan en los adolescentes cierta irresponsabilidad ante sus actos, dado que los adolescentes viven el aquí y el ahora, característica principal de dichos fenómenos.

Asimismo la autoestima juega un papel muy importante, pues sin un nivel adecuado de autoestima nos encontramos ante un adolescente desconfiado, incapaz de hacer escuchar sus necesidades o afirmar sus decisiones, escenario que incrementa las posibilidades de que un adolescente actúe por temor o presión social y caiga en conductas de riesgo, entre ellas un debut sexual prematuro.

CAPITULO II

ESTRATEGIAS PARENTALES

A lo largo del tiempo distintos autores se han preocupado por investigar la forma más adecuada de educar a los niños, sin embargo, estas estrategias llegan a presentar variaciones importantes en cada familia debido a su alto componente social pues no todos los padres actúan de la misma manera ni ejercen el mismo nivel de control o autoridad sobre sus hijos.

Dichas prácticas son de suma importancia en el desarrollo de cualquier persona pues se gestan dentro la primera institución social que el niño conoce, la familia, la cual juega un papel muy importante al ser el primer marco de referencia de socialización de los niños, además de que su influencia en la conducta de los hijos es enorme pues los padres actúan como modeladores y modelos de los hijos.

En ese sentido el objetivo de este capítulo es describir las prácticas parentales, conocer cómo se lleva a cabo el proceso de socialización y nombrar los estilos de crianza que los padres utilizan, para así poder conocer de qué manera impactan en el desarrollo del niño y el adolescente.

2.1 Prácticas parentales

Conocer estas prácticas ayuda a medir el impacto que tienen en el desarrollo psicosocial de los hijos, Darling y Steinberg (1993) las definen como: “estrategias específicas que utilizan los padres para educar a sus hijos directamente hacía las metas de socialización del niño y del adolescente”, por lo que de acuerdo a la cultura en que los padres estén inmersos y de sus propias características se pueden encontrar una buena diversidad de éstas prácticas. A continuación se describen las prácticas parentales reportadas a través de varias investigaciones.

Las primeras teorías sobre paternidad se diferencian en su énfasis en control (Watson, 1928) y crianza (Freud, 1933). Así surgen una serie de dimensiones como (Raya, 2008):

- Calor emocional/hostilidad y abandono/implicación (Baldwin, 1955)
- Afecto/hostilidad y restricción/permisividad (Becker, 1964)
- Aceptación/rechazo y dominio/sumisión (Symonds, 1939),
- Amor/hostilidad y autonomía/control (Schaefer, 1959),
- Amor y permisividad/rectitud (Sears, 1957).

Al respecto Hoffman (1970, en: Esteve, 2005) proporcionó una clasificación de las estrategias disciplinarias de los padres distinguiendo entre la afirmación de poder (*power asertion*), la retirada de afecto (*love withdrawal*) y la inducción (*induction*). La afirmación de poder supone el uso de castigos físicos, amenazas verbales, retirada de privilegios y una gran variedad de técnicas coercitivas. La retirada del afecto utiliza el enfado de los padres y la desaprobación ante conductas negativas, ignorando al niño sin hablarle ni escucharle. Por último, la inducción conlleva connotaciones positivas, ya que a través de explicaciones de normas, principios y valores, y del ofrecimiento de razones para no comportarse mal, trata de inducir una motivación intrínseca en el niño.

Por su parte Baumrind (en: Mc. Bride, 2008) después de la identificación de los estilos de crianza, continuó refinando aún más el concepto de la paternidad y, en 1991, identificó dos factores que son esenciales en la conceptualización de la crianza de los hijos. El primer factor, Exigencia, se refiere a las demandas de los padres que hacen al niño parte de la familia, sus expectativas para un comportamiento maduro, la disciplina y la supervisión que ofrecen, y su disposición para hacer frente a los problemas de comportamiento. El segundo factor, Capacidad de respuesta, se refiere a la promoción, individualidad, autoafirmación, y la regulación, además de ser sensible a las necesidades especiales y demandas (Mc Bride, 2008).

Asimismo Maccoby y Martin (1983, en: Musitu & García, 2001) clasificaron dos dimensiones centrales en las prácticas parentales: control/exigencia y capacidad de respuesta/comunicación.

La primera se refiere al control, exigencia parental o presión que los padres utilizan sobre sus hijos para el alcance de determinados objetivos, así como sus metas; y la capacidad

de respuesta/comunicación: se refiere al apoyo, responsabilidad, sensibilidad y calidez en la respuesta parental ante las necesidades de sus hijos.

Al respecto Barber, Olsen y Shagle (1994, en: Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013) realizaron una distinción con respecto al control parental ya que no es muy claro pues se diferencia entre:

- a) El control conductual, que es un conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos y el conocimiento de las actividades de los mismos; y
- b) El control psicológico, que se refiere a la conducta, donde los padres son intrusivos y manipulan los pensamientos, emociones y cariño de sus hijos, usando estrategias como crítica excesiva, retiro del afecto, inducción de culpa, comunicación restringida e invalidación de sentimientos.

Por su parte Baumrind (1996, en: Raya, 2008) a partir de las dimensiones propuestas por Maccoby y Martin (1983) encontró que dentro de la dimensión de afecto y comunicación se encuentran las siguientes prácticas parentales:

- **Afectuosidad** (*warmth*): se refiere a la expresión de amor por parte de los padres. La afectividad y empatía en los padres motivan a los niños para participar en estrategias cooperativas y están asociadas con el desarrollo moral de los niños.
- **Reciprocidad**: abarca procesos de sincronía o adaptación en las interacciones padre-hijo.
- **Comunicación clara y discurso personalizado**: la comunicación unidireccional por parte del padre legitima la autoridad parental basándose en roles asignados y, como tal, es a menudo experimentada por el niño como coercitiva, mientras que la comunicación parental bidireccional, elaborada y centrada en la persona legitima la autoridad parental mediante la persuasión y, por lo tanto, tiende a ser mejor aceptada por parte del niño.
- **Apego** (*attachment*): en las sociedades occidentales, los niños que se sienten seguros tienen una relación afectiva recíproca con sus cuidadores, mientras que los niños evasivos,

en un esfuerzo por minimizar la intrusiva expresión de afecto de sus cuidadores, no buscan la proximidad. Sin embargo, el apego con una sola persona es perjudicial, siendo más efectivo cuando se realiza con varias personas de su entorno.

La dimensión de **control y exigencia** (demandingness), por su parte, está compuesta por (Baumrind, 1996, en Raya, 2008):

- **Confrontación:** los padres que se enfrentan a los comportamientos inadecuados de los hijos se muestran implicados y firmes pero no necesariamente coercitivos, aunque podrían serlo. Unos padres confrontadores se muestran firmes cuando algo provoca conflicto y no ceden ante las demandas irracionales por parte de los hijos.
- **Supervisión (*monitoring*):** un hogar organizado, expectativas consistentes, normas claras, responsabilidades definidas y supervisión promueven la autorregulación y plenitud del niño.
- **Disciplina consistente y contingente:** el control parental pretende orientar al niño hacia las metas seleccionadas por los padres, modificar las expresiones de inmadurez, dependencia y hostilidad y promover obediencia. El elemento más importante en el control del comportamiento es el uso de refuerzo contingente a las conductas deseadas o el castigo y la extinción frente a las conductas no deseadas.

En un estudio llevado a cabo por Skinner, Johnson y Snyder (2005, en Mc Bride, 2008) trataron de crear un modelo de crianza basado en seis dimensiones que se apoyaban en las categorías originales de Baumrind. Las prácticas parentales propuestas por estos autores son: el calor, el rechazo, la estructura, el caos, el apoyo a la autonomía y la coerción. A continuación se describen sus características.

- El calor se define como una expresión de amor, afecto, cariño y disfrute, caracterizado por el aprecio y la disponibilidad emocional; esta dimensión contiene muchos elementos característicos de un estilo parental autoritario.
- El rechazo se define como la aversión activa y hostilidad, que se caracteriza por una actitud dura, sobre-reactiva, irritable, crítica, y de desaprobación. La estructura se define

como un suministro de información sobre las vías para llegar a los resultados deseados, que se caracteriza por claras expectativas y exigencias de madurez firmes.

- El caos se define como una interferencia u obstrucción de metas para llegar a un fin, que se caracteriza por la inconsistencia o imprevisibilidad.
- El apoyo a la autonomía, que también contiene elementos de un estilo parental autoritario, se define como lo que permite la libertad de expresión y de acción y alentar al niño a asistir y aceptarse y el valor de sus preferencias y opiniones. La última dimensión, la coacción, se define como un estilo autocrático que es restrictivo, con el exceso de control e intrusivo.

Por su parte Musitu y García (2001) mencionan que en general existen dos ejes en la socialización parental de los modelos teóricos bidimensionales y se pueden clasificar en los dos siguientes estilos:

La aceptación / implicación

Este primer estilo produce expresiones paternas de reacciones de satisfacción, aprobación y afecto cuando los hijos desarrollan conductas y comportamientos ajustados a las normas de funcionamiento familiar. Este estilo lleva implícita la afirmación de la autonomía del hijo y permite considerar las perspectivas de ambos.

El padre expresa su satisfacción mediante muestras de afecto y cariño; y si cuando dicho comportamiento es inadecuado, el padre recurrirá al diálogo, al razonamiento y a la negociación, para afrontar las infracciones del hijo a la norma.

La coerción / imposición

El estilo coercitivo / impositivo se caracteriza por el uso de prácticas educativas basadas en las diferentes clases de amenazas, castigo verbal, castigo físico, deprivación y otras conductas paternas negativas tales como la censura, amenazas, quejas, vociferar y conductas físicas negativas (Esteve, 2005).

Este estilo solamente puede producirse cuando el hijo vulnera o transgrede la norma familiar. El objetivo de este estilo es la supresión de las conductas inadecuadas utilizando independiente o simultáneamente la privación, la coerción verbal y la coerción física.

De acuerdo con Cava y Musitu (2001, en: Musitu & García, 2001) este estilo se expresaría mediante actitudes y conductas paternas orientadoras (sugerir, dar consejo) y otras más coactivas, como amenazar con castigos, castigar directamente, u obligar a cumplir determinadas normas aludiendo a la supresión de algún privilegio, o incluso del afecto, si no se cumplen.

De acuerdo con Gershoff (2002, en Esteve, 2005) las estrategias coercitivas, aunque tienen una alta efectividad, implican intervenciones de gran intensidad y carga emocional que pueden generar resentimiento en los hijos hacia sus padres, que pueden desencadenar conductas no deseables, y que, además, sus efectos son limitados si no se acompañan de diálogo y razonamiento.

En general un estilo orientado a la implicación es más eficaz que un estilo orientado hacia la coerción para conseguir que el adolescente interiorice un sentimiento de responsabilidad hacia sus propios actos. Cuando los padres refuerzan positivo los niños internalizan normas, una finalidad del proceso de socialización.

De la misma manera en México autores como Andrade y Betancourt, (2008) agruparon las prácticas parentales en tres componentes principalmente: el apoyo parental, el control conductual y el control psicológico, los cuales pueden afectar de forma diferente en el desarrollo del adolescente. A continuación se describe cada uno de ellos.

El apoyo parental hace referencia a la calidez de la relación padres e hijos e involucra conductas físicas y emocionalmente afectivas, así como aprobación y cuidado de los hijos, comunicación y apoyo en situaciones difíciles.

El control conductual: este tipo de control hace referencia a la percepción por los adolescentes de las reglas, normas y acuerdos, que se han convenido de manera negociada entre ellos y sus padres. Esto se observa cuando los adolescentes más que sentirse protegidos sienten que sus padres los sobrecontrolan o invaden su privacidad (Andrade, et al 2012)

El control psicológico: incluye prácticas que interfieren con la autonomía e independencia de los hijos como: devaluación, invalidación de sentimientos, inducción de culpa, chantaje y agresión física y psicológica (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura & Rojas, 2012) supone el uso de castigos físicos, amenazas verbales, retirada de privilegios y una gran variedad de técnicas coercitivas.

Dentro de estos tres componentes resaltan los siguientes factores:

La comunicación: hace referencia a las prácticas de confort y diálogo que tiene la madre hacia el adolescente. **El control psicológico:** está relacionado con las actitudes de devaluación y chantaje que realiza la madre hacia los hijos. **La imposición:** que alude al sometimiento del adolescente a las creencias de la madre. **La supervisión** y Conocimiento de las actividades que realiza el hijo. **La autonomía:** que implica la promoción de la individualidad del hijo que efectúa la madre (Segura-Celis, Vallejo-Casarín, Osorno-Munguía, Rojas-Rivera & Reyes-García, 2012).

Los estudios acerca de las prácticas parentales y problemas de conducta y emocionales en los hijos indican que el apoyo parental contribuye al desarrollo saludable del niño (Barber, 2002); el afecto de las madres ocasiona más conductas positivas y menos conductas negativas (McDowell y Parke, 2005); mientras que el control psicológico afecta de forma negativa el bienestar de los niños y adolescentes, ya que presentan más problemas internalizados y externalizados (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013).

Como puede apreciarse existe una amplia variedad de prácticas parentales debido a su alto componente social, así, cada una de las culturas existentes en la sociedad va a reflejar sus propias prácticas parentales.

2.2 La socialización

Una parte fundamental del proceso de interacción familiar tiene como objetivo socializar a los hijos en un determinado sistema de valores, normas y creencias, el cual se refiere al intento de los padres por configurar un determinado tipo de persona en sus hijos, proceso de socialización de suma importancia pues su función principal es distribuir roles familiares y delimitar las expectativas y conductas paternofiliales (Musitu & Molpeceres, 1992).

En algunas ocasiones estos sistemas de socialización no suelen ser los más adecuados, puesto que llegan a generar en los hijos inseguridad, rebeldía, desajuste social y/o emocional, y lejos de ser un factor de protección ante los conflictos que se presentan a lo largo de la vida, se presentan como factores de riesgo.

Se sabe que la familia es la primera institución social que conecta al niño con la sociedad, ocurre de forma explícita a través de las relaciones e interacciones y de forma implícita mediante la observación, la inferencia, el modelado y el ensayo y error.

Sin embargo las condiciones de vida (laborales y socioeconómicas) son los factores que en mayor medida determinan los valores y la estructura de cada familia, es el eje fundamental sobre el que se articula la vida intrafamiliar y el contexto sociocultural, en ese sentido surgen prácticas de socialización propias de cada clase.

De acuerdo con Aguirre y Durán (2000, en: Izzedin & Pachajoa 2009) el proceso de socialización se caracteriza por cinco aspectos básicos:

1. Es continuo
2. Es interactivo La sociedad influye en la vida de la persona pero a la vez la persona participa de la vida en sociedad
3. Posibilita el desarrollo de la identidad personal y social del individuo
4. Le permite al individuo internalizar las normas, los valores y las reglas que dan sentido a la cotidianidad del ambiente social en que está inserto
5. La socialización de los niños se produce a través de las prácticas de crianza

En ese sentido el proceso de socialización requiere de dos agentes, el que enseña a socializar (los padres) y el que está aprendiendo a socializar (los hijos), pues la conducta de los hijos puede generar cambios en la actitud de los padres, asimismo las expresiones normativas de los padres van a retroalimentar las conductas y actitudes de los hijos indicando si son adecuadas o no lo son. La socialización parte de dos procesos fundamentales un aspecto de contenido (qué es lo que se trasmite), y un aspecto formal (como se transmite).

De acuerdo con Musitu y Allatt (1994) la socialización se define como un proceso de aprendizaje no formalizado y en gran parte no consciente, en el que a través de un entramado y complejo proceso de interacciones, el niño asimila conocimientos, actitudes, valores, costumbres, necesidades, sentimientos y demás patrones culturales que caracterizan para toda la vida su estilo de adaptación al ambiente. Dicho proceso, no está exento de riesgos, es el resultado de una interacción constante entre el socializando y los otros significativos.

Por su parte Giddens (1998, en Esteve, 2005) menciona que este proceso se da desde el nacimiento, el niño indefenso se va convirtiendo gradualmente en una persona consciente de sí misma con conocimientos y destreza en las manifestaciones de la cultura en la que ha nacido. En ese sentido el individuo debe ser considerado como un agente activo dentro del proceso de socialización.

Al respecto Musitu y García (2001) mencionan que este proceso es una dinámica relacional o bidireccional, de congruencias y redundancias, donde pueden identificarse pautas de comportamiento de los padres con los hijos en múltiples y diferentes situaciones que permiten definir un estilo de actuación de los padres.

En general, la socialización es un proceso no consciente que se da entre padres (cuidadores) e hijos donde se transmiten conocimientos, valores, actitudes, costumbres, necesidades, sentimientos y patrones culturales, lo que le otorga al niño un estilo de adaptación al ambiente. El niño es activo, en el sentido de que aprende e interioriza la estructura social en la que se encuentra inmerso.

Dichas pautas de comportamiento dan lugar a los estilos de socialización, los cuales se describirán más adelante, sin embargo Esteve (2005) menciona que al ser un proceso bidireccional solo se podrá identificar qué tipo de práctica es, si se consideran a ambas partes y al contexto en el que se da dicho estilo. Ésta relación determinará las potenciales conductas concretas de ambas partes.

En este proceso los padres adquieren una gran responsabilidad y en función de las técnicas de socialización que utilicen se pueden categorizar en estilos de crianza y/o prácticas parentales.

Al considerar la importancia de los patrones de socialización parental varios autores se han dado a la tarea de establecer un marco teórico fino y elaborado capaz de identificar las actitudes paternas habituales y los efectos a largo plazo de dichas prácticas. Estos patrones han recibido varios nombres, como estrategias de socialización, estilos educativos, estilos parentales, estilos de crianza o estilos paternos. A continuación se describen.

2.3 Estilos de crianza

Cava y Musitu (2001) mencionan que los estilos de crianza se definen como las pautas de comportamiento de los padres con los hijos en múltiples y diferentes situaciones que permiten definir un estilo de actuación de los padres.

Los trabajos precursores en este campo (Schaefer, 1959; Sears, 1957; Mc Donald & Pien, 1982) han dado lugar a un sinnúmero de investigaciones que proponen numerosos modelos teóricos (Esteve, 2005).

Dentro del estudio de los estilos de crianza, uno de los modelos más ampliamente reconocidos es el de Baumrind (1968, 1971a, 1971b, 1989) quien a partir de una de las investigaciones longitudinales más completas (Aguilar, Valencia & Romero, 2004), logró examinar el efecto de los estilos parentales sobre el desarrollo de niños y adolescentes.

En sus investigaciones Baumrind planteó la existencia de dos dimensiones en las relaciones paterno-filiales: la aceptación y el control parental (Esteve, 2005) lo que le permitió establecer 3 estilos básicos de crianza o también llamados estilos paternos estos son: autoritario, autoritativo y permisivo. Sin embargo, otros autores han identificado dos estilos de crianza más, negligente e indulgente (más adelante se mencionan).

De acuerdo con Baumrind (1966, en: Hernández-Guzmán 1999) las características de los estilos de crianza identificados, son las siguientes

- **Estilo autoritario:** Cuando los padres utilizan este estilo valoran la obediencia incondicional y perciben la relación de los hijos como una relación de poder. Usan técnicas de control directo, los padres son quienes resuelven los problemas e imponen las soluciones a los hijos. Consideran que sus hijos deben obedecer ciegamente a una serie de reglas absolutas y esperan de ellos obediencia y respeto a la autoridad, permitiendo así

poca independencia. Aunque este estilo tiene como propósito principal la responsabilidad de los hijos, no logra alcanzarlo. Al contrario, los padres con este estilo no fomentan la responsabilidad, pues ellos son los que toman la mayor parte de las decisiones.

- **Estilo permisivo:** los padres que adoptan este estilo son tolerantes y permiten que sus hijos actúen impulsivamente. Castigan poco y no prohíben, por lo que no demandan una conducta madura por parte de sus hijos, no establecen límites o reglas. Los dejan hacer y deshacer, aunque se lastimen y destruyan o dañen a otras personas, animales o las cosas que hay a su alrededor. Este estilo tiene como propósito promover la autosuficiencia y la autonomía, pero no lo logra.

- **Estilo Autoritativo o autoritativo:** este estilo también llamado democrático o autoridad racional incluye el establecer reglas claras y su cumplimiento firme. Los padres con este estilo utilizan técnicas de control indirecto, invitando al niño a participar activamente en la solución de problemas y dejando ver las consecuencias de sus acciones. Promueven la independencia, la individualidad y la autonomía de los hijos manteniendo siempre la comunicación abierta con ellos. Alientan el reconocimiento de los derechos de cada quien a través de la discusión razonada entre padres e hijos. Los hijos de los padres que usan la autoridad racional son más responsables, maduros y muestran mayor capacidad intelectual y de comunicación con los demás.

A partir de los resultados hallados por Baumrind, Maccoby y Martin (1983, en: Raya, 2008), propusieron un modelo que partía de dos dimensiones, en la socialización parental: afecto-comunicación y control-exigencia, al cruzar dicho modelo ortogonalmente les permitió establecer dos estilos de crianza más: negligente e indulgente. A continuación se describen.

- **Estilo negligente:** Los padres que adoptan este estilo son aquellos que muestran poco o ningún compromiso con su rol de padres. No ponen límites a sus hijos porque no hay un verdadero interés por hacerlo. Les faltan respuestas afectivas o de control conductual en situaciones diarias y/o en aquellas en que críticamente se requieren. Son padres que puntúan bajo en las dos dimensiones de exigencia y afectividad. En casos extremos, son explícitamente rechazantes (Merino & Arndt, 2004).

- **Estilo indulgente/permisivo:** los padres con este estilo se caracterizan por una baja exigencia y aceptación del hijo, poca implicación en su conducta y un bajo nivel de coerción e imposición de normas. Este estilo ofrece una interacción carente de sistematización y de coherencia, ya que se caracteriza por la indiferencia, la permisividad y la pasividad. (Darling & Steinberg, 1993). Los padres ofrecen al niño un mensaje difuso de irritación y descontento con el hijo, que es sometido a un gran número de demandas imprecisas y vagas, lo que puede fomentar en este un sentimiento de no ser amado (Merino & Arndt 2004).

De acuerdo con la literatura especializada dependiendo del estilo de crianza que los padres adopten, éste va a influir de manera determinante en el comportamiento y el ajuste psicosocial del hijo dentro del contexto familiar, social, escolar, etc. (Hernández-Guzmán, 1999; Hoffman 1995; Cava & Musitu, 2001). A continuación se muestran dichas características:

- **Estilo Autoritativo**

- * Acatan normas sociales
- * Son respetuosos con los valores humanos y de la naturaleza
- * Son hábiles socialmente
- * Tienen elevado autocontrol y autoconfianza
- * Son competentes académicamente
- * Tienen un buen ajuste psicosocial
- * Tienen un elevado autoconcepto familiar y académico

- **Estilo Autoritario**

- * Muestran cierto resentimiento hacía los padres
- * Menor autoestima familiar
- * Se someten a las normas sociales sin interiorizarlas
- * Manifiestan mayor predominio de los valores hedonistas
- * Muestran más problemas de ansiedad y depresión

- Estilo permisivo

- * Disponen de una gran libertad y poca conducción

- * Tienden a ser impulsivos, agresivos, rebeldes, socialmente ineptos y no son capaces de asumir responsabilidades

- * En otros casos pueden ser independientes, activos, capaces de controlar la agresividad y con un alto grado de autoestima

- Estilo indulgente

- * Acatan las normas sociales (Interiorización)

- * Son respetuosos con los valores humanos y de la naturaleza

- * Son hábiles socialmente

- * Tienen un buen ajuste psicosocial y adecuada autoconfianza

- * Tienen un elevado autoconcepto familiar y académico

- Estilo negligente

- * Son más testarudos y se implican en más discusiones

- * Actúan impulsivamente y mienten más

- * Más problemas de consumo de drogas y alcohol

- * Bajo logro académico

- * Tienen más problemas emocionales (miedo al abandono, falta de confianza en los demás, pensamientos suicidas, pobre autoestima, miedos irracionales, ansiedad y pobres habilidades sociales)

- * Son personas con el peor afrontamiento

Si bien el modelo de Baumrind fue muy categórico al momento de establecer los estilos de crianza, sus investigaciones sobre las prácticas parentales han generado investigaciones adicionales sobre la mejor manera de definir y conceptualizar la crianza.

Como puede apreciarse los estilos de crianza y las prácticas parentales impactan de manera importante en el desarrollo psicológico y conductual de los niños y los adolescentes. Lograr que estos jóvenes consigan la adquisición de valores, normas y pautas, para alcanzar conductas y comportamientos adecuados es la tarea que todo cuidador asume, sin embargo, como se pudo notar a lo largo del capítulo, existen distintas formas de lograrlo o por menos tratar de conseguirlo.

En ocasiones los padres carecen de habilidades al momento de educar a sus hijos, por lo que en muchas ocasiones no adoptan las mejores prácticas parentales, lo que da como resultado jóvenes que disponen de una gran libertad, rebeldes e incapaces de asumir responsabilidades.

La carencia de apoyo parental y control conductual traen como consecuencia adolescentes que no acatan normas y acuerdos, los padres que muestran estas características están ausentes y no imponen a sus hijos reglas, por lo cual estos chicos asumen ideas de sus pares o las que creen que son las mejores, sin embargo, a esa edad aún no saben exactamente lo que es más adecuado para ellos.

Asimismo aquellos padres que controlan demasiado a sus hijos, generan en ellos sentimientos de ansiedad y depresión, situación que no permite que los adolescentes tengan la capacidad de tomar decisiones adecuadas.

Ante este panorama los adolescentes incrementan la posibilidad de presentar conductas de alto riesgo entre ellas presentar una práctica sexual prematura. En el siguiente capítulo se abordará la sexualidad en la adolescencia.

CAPITULO III

SEXUALIDAD Y DEBUT SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

Todos los cambios físicos, cognoscitivos y sociales que se generan durante la adolescencia tienen implicaciones importantes en la sexualidad de los adolescentes, sin embargo, mucho de lo que ellos decidan va a depender en buena medida del tipo de práctica parental bajo la cual hayan sido educados.

Durante la adolescencia, los jóvenes inician su proceso de independencia y se comienzan a separar de la familia, una situación que da lugar a que surjan vínculos amorosos con sus pares y con esto, altamente probable el inicio de su sexualidad.

En ese sentido el objetivo de este capítulo es en primer lugar, mencionar el debut sexual y sus principales características y consecuencias, en segundo lugar señalar las funciones de la sexualidad humana y, por ultimo mencionar los riesgos y las consecuencias negativas que se pueden presentar durante la práctica.

3.1 La Sexualidad

Esta actividad se refiere a la forma en que una persona, hombre o mujer, vive los aspectos relacionados con el sexo entendido este como una simple condición orgánica que distingue al hombre de la mujer (Alegret, 2005).

Por su parte el Ministerio de Salud Guatemala C. A. (2012) la define como una forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales; es la vivencia subjetiva dentro de un contexto sociocultural concreto del cuerpo sexuado. Es parte integral de la vida humana y eje del desarrollo ya que constituye un aspecto inherente a las personas durante todo el transcurso de su vida.

Así mismo la Organización Panamericana de la Salud (2010) coincide en que “la sexualidad es una dimensión fundamental de la vida de las personas, las familias y las comunidades. Está profundamente influida por las interacciones sociales, la cultura y las experiencias personales”, por lo que esta práctica no debe ser reducida a eventos asociados con la

reproducción, pues una proporción altamente significativa de la actividad sexual humana no tiene como propósito primario ni como resultado la procreación.

Desde ambas perspectivas la sexualidad tiene que ver fundamentalmente con un conjunto de aspectos psicológicos, relacionales, sociales y culturales que van a influir en cómo un individuo se percibe así mismo y como se relaciona con los demás.

Por lo tanto la sexualidad se construye pero esta construcción no es una tarea fácil ya que como mínimo las personas van a requerir dos décadas, sometidos a todo tipo de presiones, internas, (los propios deseos) y externas (las normas sociales, la publicidad, los discursos morales) (Alegret, 2005).

3.1.1 Funciones de la sexualidad

Durante la adolescencia aparece más marcadamente el proceso de necesidad de relacionamiento afectivo con otras personas y, como consecuencia de la maduración sexual, aparece la manifestación genital de la sexualidad, llamada genitalidad o el compartir la intimidad con una persona para reproducirse u obtener placer, a través de sus genitales (Ministerio de Salud de Guatemala C. A., 2012), como puede observarse la sexualidad está presente a lo largo de nuestra vida y cumple ciertas funciones ya que se inicia desde la infancia, se desarrolla en la adolescencia, madura en la adultez y permanece en la vejez.

En general la sexualidad cumple tres funciones que pueden presentarse en conjunto o de manera aislada lo cual va a depender del objetivo personal, de acuerdo con Alegret (2005) a continuación se detallan dichas funciones:

- **Reproductiva:** es la que permite la continuidad de la especie
- **Erótica:** es la que está relacionada con los aspectos de placer y bienestar vinculados a la experiencia sexual
- **Relacional:** es la que se refiere directamente a la comunicación y a la vinculación afectiva entre las personas. Ésta constituye más allá de la función reproductiva, el aspecto más importante de la sexualidad ya que pone en juego la capacidad que tenemos como seres

humanos de relacionarnos íntimamente con otras personas, de establecer vínculos afectivos y de dar y recibir afecto.

Sería más correcto hablar de sexualidad en plural, es decir, hablar de sexualidades subrayando así el hecho de que, a pesar de las aparentes semejanzas, en el fondo cada persona vive su sexualidad de un modo único.

Específicamente, los adolescentes acostumbran practicar una sexualidad erótica y/o relacional, sin embargo sí éstos adolescentes no han recibido una adecuada educación sexual su práctica puede convertirse en una función reproductiva y, para evitar dicha situación es sobresaliente que tanto la familia como las instituciones educativas y de salud se concienticen de brindar una educación sexual adecuada.

3.1.2 Sexualidad sana

Vivir la sexualidad no solo implica tener relaciones sexuales con un fin, sino gozar de buena salud en todos sus sentidos, al respecto varias organizaciones tienen su propia definición de salud sexual.

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) como: "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad" .

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."

En ese sentido la OMS, la OPS y la Asociación Mundial de Sexología (2000, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala C. A. 2008) unificaron la definición de la salud sexual la cual se define como “las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o de enfermedad o de ambas. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”

Por su parte Haffner (1995, en: Shutt-Aine & Maddaleno, 2003) menciona que la salud sexual debe ser expresada desde la adolescencia ya que la define como “la habilidad de apreciar su cuerpo y aceptar los cambios corporales como un proceso natural” y dice que el logro de estas tareas depende de que los padres y otros adultos preparen a los adolescentes con antelación para los cambios de la pubertad, y que les den su apoyo durante esta transición.

Al ser un proceso biológico, psicológico y social, la sexualidad sana difiere entre un país y otro, al respecto la OPS (2010) menciona que “los adolescentes varían en sus entornos sociales, circunstancias económicas, cultura y sub-cultura, género y estado civil por lo que las características de jóvenes sexualmente sanos también varían, pero se pueden resumir en el aprecio y el respeto hacia el propio cuerpo y hacia los derechos de los demás”.

En ese sentido se puede observar que una sexualidad sana va encaminada a alcanzar el bienestar físico, psicológico y sociocultural, así como la ausencia de malestares y para que un adolescente que comienza a vivir su sexualidad en todas sus expresiones alcance dicho bienestar es necesaria la madurez física y psicológica principalmente.

3.2 Sexualidad en la adolescencia

Como se mencionó anteriormente la sexualidad es una parte fundamental de la personalidad, para los adolescentes este hecho no varía, y se vive en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Sin embargo la adolescencia debe ser vista como una etapa de búsqueda y experimentación sexual, de fantasías y realidades sexuales y de la incorporación de la sexualidad a la propia identidad (Santrock, 2006).

Es la atracción hacia el sexo opuesto o el mismo sexo que se dispara por el aumento hormonal, y durante la adolescencia temprana el joven se hace más consciente de cuál es el sexo que le atrae y le excita (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003), lo que orilla al adolescente a la práctica de su genitalidad.

Se sabe que durante éste período de exploración aumenta la conducta sexual, como autoestimulación compartida con algún compañero. Aunque gran parte de la sexualidad del adolescente es progresión de los comportamientos infantiles, la expresión sexual adquiere un nuevo significado (Crooks & Baur, 2010).

Debido a los cambios físicos que los y las adolescentes presentan durante la pubertad que inicia generalmente al comienzo de los 10 años y que termina en promedio a los 16 años, los adolescentes alcanzan la madurez sexual, momento crítico para ellos, pues los inquietan muchas dudas acerca de su sexualidad.

En el plano corporal, se desencadenan sentimientos de curiosidad, miedo, extrañeza, etc. respecto a la propia sexualidad, así la curiosidad los puede llevar a la exploración del propio cuerpo a observar continuamente como este se va moldeando a redescubrir la masturbación y experimentar vivencias de placer sexual diferentes de la infancia. (Alegret, 2005).

Por este motivo los adolescentes necesitan conocer cómo llevar a cabo una buena salud sexual y reproductiva y que, además de facilitarles una adecuada educación sexual se les provean elementos que les ayuden a comprender y a integrar positivamente y de forma natural todo este conjunto de novedades físicas y emocionales

Aunque en los primeros años de la adolescencia la mayoría de la población no es sexualmente activa hay un pequeño porcentaje que si lo es, pero ésta actividad se representa de una forma más bien exploratoria.

Pero en algunos adolescentes antes de que se presente su debut sexual o durante el desarrollo de su sexualidad saltan a la vista importantes actividades referentes a como llevan a cabo su sexualidad, sin embargo el género juega un papel muy importante en todas estas expresiones, debido en buena medida a los roles tan estrictos que la sociedad mexicana tiene establecidos para cada sexo, entre dichas expresiones destacan: doble estándar sexual, masturbación y expresión sexual sin coito, para finalmente darle paso al coito. A continuación se describe cada una de ellas.

- **Doble estándar sexual** Una de las formas en que se revelan las expectativas del rol de género para hombres y mujeres es a través de la existencia de un doble estándar sexual, y se refiere a los diferentes niveles de permisividad sexual para hombres y mujeres, casi siempre más restrictivos para las mujeres este influye en la sexualidad masculina y femenina a lo largo de la vida (Crooks & Baur, 2010).

Esta restricción de permisividad sexual para el sexo femenino tiene su base en el hecho de que las mujeres son quienes pueden quedar embarazadas, gestar, parir y amamantar, escenario que las compromete mucho más biológicamente al momento de tener relaciones sexuales.

Es por eso que en esta etapa principalmente las chicas entran en un dilema, pues por un lado quieren mostrarse sensuales y atractivas para el otro sexo, pero por el otro, saben que pueden ganarse la reputación de chica fácil y que los chicos pierdan el interés en ellas o dejen de invitarlas a salir.

- **Masturbación:** Esta conducta autoerótica que se refiere a la excitación de los órganos sexuales se da más frecuentemente en la preadolescencia y adolescencia y tiende a disminuir o desaparecer en la edad adulta.

Los adolescentes suelen acompañar esta excitación con alguna fantasía y se alcanza a través de estímulos visuales, táctiles o imaginativos, con el fin de descargar la excitación sexual o buscar una compensación a situaciones de tensión (Zegers, 2003).

Esta práctica puede servir como una vía importante de expresión sexual en ese período de la vida, pues brinda la posibilidad de disminuir tensión sexual y es una excelente manera

de aprender acerca del propio cuerpo sin embargo son los adolescentes quienes la practican más frecuentemente, la falta de ésta práctica en las mujeres les impide conocer mejor su cuerpo.

- **Expresión sexual sin coito** Esta expresión constituye una forma importante como opción de contacto íntimo. Este se refiere al roce físico erótico que incluye besos, abrazos, caricias estimulación manual u oral genital, pero excluye la penetración (Crooks & Baur, 2010).

Muchos adolescentes prefieren ésta práctica pues son conscientes que es menos riesgosa que el coito en cuanto a las consecuencias de salud, sociales y emocionales. Para algunos ésta variante es más aceptable durante una cita y para otros es considerada algo muy valioso, pues brinda la oportunidad de tener intimidad sexual sin perder técnicamente la virginidad.

- **Coito (relaciones sexuales):** Es la expresión sexual que se refiere a la introducción del pene en la vagina o el ano, en la actualidad, muchos adolescentes la practican, pero para todos tiene un significado diferente, mientras que algunos lo hacen por solo placer muchos otros lo realizan con personas con quienes se sienten más comprometidas emocionalmente o cuando se encuentran dentro de relaciones duraderas, sin embargo sea cual sea la razón el adolescente debe protegerse de cualquier riesgo.

Esta es una de las razones por las que la educación sexual cobra importancia pues, en nuestros días los adolescentes practican su sexualidad a muy temprana edad, sin haber alcanzado la madurez psicológica y su falta de conciencia de riesgos los lleva a caer en consecuencias negativas para su salud sexual, lo que obliga al sector salud a dotar a estos jóvenes con información objetiva, que responda a sus dudas e inquietudes y así reducir los riesgos.

En la mayoría de los casos muchos adolescentes varones se ven influenciados por sus pares pues en muchas culturas los adolescentes que no han tenido experiencias íntimas son calificados como pocos audaces y con términos muy negativos. De hecho para algunos hombres jóvenes contarle a los amigos acerca de sus encuentros sexuales es más importante que el acto sexual en sí mismo (Crooks & Baur, 2010), esto como resultado de conductas estereotipadas.

Todas las expresiones de sexualidad antes mencionadas implican una diferenciación de género muy marcada y la mayoría de las veces reprimiendo a la mujer, de ahí que varios autores apunten a una modificación en la forma en la que se lleva a cabo la educación sexual y señala que brindarla de manera separada, para hombres y para mujeres, es una buena opción pues cada género posee necesidades diferentes.

La represión sexual hacia la mujer tiene su explicación bajo los roles de género establecidos, por lo menos para México la supremacía la tiene el hombre, y la mujer es quien debe presentar características de sacrificio, en ese sentido resulta coherente que una educación sexual separada sería más adecuada, con el fin de atender las necesidades específicas que tiene el hombre y la mujer.

Dichas necesidades se observan desde la primera vez que se presenta ésta práctica pues se ha observado que después del debut sexual muchas adolescentes se sienten desvalorizadas y diferentes (Zegers, 2003), así mismo en un estudio cualitativo realizado en México las adolescentes muestran un discurso en el que asocian la idea de que si tiene debut sexual su próximo novio ya no las va a valorar igual, sin embargo, otra parte de la población encuestada maneja un discurso diferente en el que mencionan que “tener relaciones sexuales no te hace mejor ni peor” (Uribe, Covarrubias & Andrade, 2008).

3.2.1 Debut sexual

El despertar de la sexualidad que se produce a partir de la pubertad abre progresivamente la vía de la iniciación sexual y por ello es importante que los adolescentes dispongan en ese momento de una base sólida que les permita comprenderla y desarrollarla sanamente (Alegret, 2005).

Hoy en día, los adolescentes están alcanzando la madurez sexual a edades cada vez más tempranas, lo que tiene implicaciones a largo plazo en las diferentes expresiones sexuales, incluyendo el coito (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003) lo que orilla a muchos adolescentes a iniciarse sexualmente.

Cuando se presenta el debut sexual los adolescentes pueden llegar a presentar sensaciones de rareza, vergüenza, culpa, temor, arrepentimiento e incomodidad. Sin

embargo este primer contacto sexual entre adolescentes también acarrea sentimientos agradables, como mayor intimidad con su pareja, sentirse querida (o) y/o amada (o).

Dentro de las razones personales por las cuales los adolescentes se inician sexualmente González, Montero, Martínez, Mena y Vara (2010) destacan las siguientes:

- Por amor: al creer que su pareja es la persona indicada
- Por curiosidad: saber que se siente
- Por un deseo interno por la aprobación de los pares: para mantener un status en el grupo, no parecer un tonto ante sus amigos, este suceso se presenta principalmente en los varones
- Bajo los efectos del alcohol: el consumo de sustancias da pie a la desinhibición
- Sin motivación especial: se dejaron llevar por el momento
- Bajo cierta coerción: adolescentes que se sintieron persuadidas por sus parejas, dar la prueba de amor, este fenómeno se observa sobre todo en mujeres que cuentan con una pareja mayor que ellas
- Y por último aquellos adolescentes que lo hicieron cuando se sintieron preparados

El debut sexual, definido como el primer contacto sexual con penetración entre dos personas., al igual que en muchos otros países, es un evento que en México comienza a presentarse en personas cada vez más jóvenes.

Al respecto la Encuesta Nacional de Salud reportó un porcentaje más alto con respecto a los adolescentes de entre 11 y 19 años que ya habían tenido su primera relación sexual 23%, cifra superior a la reportada en su edición del 2006, donde sólo el 15% de este rubro reportó haber debutado sexualmente (ENSA, 2012).

Por su parte la Encuesta Nacional de la Juventud tuvo resultados similares ya que el 33.6% de los adolescentes encuestados de entre 15 y 19 años reportaron que ya habían tenido su primera relación sexual, mientras que en su edición del año 2000 se obtuvo un 22.3 % en el mismo rubro (ENJ, 2010).

Si bien no es inadecuado que los adolescentes practiquen su sexualidad, algo está pasando, ya que se observan altos porcentajes de embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual, consecuencias que todos los sectores comprometidos con los

adolescentes deben de contribuir a su reducción, a través de ciertas estrategias, como por ejemplo la educación sexual.

De ahí que algunos autores opinen sobre impartir una educación sexual para chicos y para chicas por separado, ya que de acuerdo con Cardone (2012) las estrategias de abstinencia sexual tampoco han funcionado pues los adolescentes siguen teniendo relaciones sexuales con la misma frecuencia, situación que no disminuye el riesgo.

De acuerdo a numerosos estudios se ha encontrado que si los adolescentes presentan ciertas características ya sea de tipo ambiental y personal se puede predecir sí su conducta sexual será temprana, o tardía, en el siguiente apartado se detallan algunas de esas características que orillan al adolescente al debut sexual prematuro.

3.2.2 Debut sexual prematuro

En realidad no existe una edad de inicio específica para las primeras relaciones sexuales, este dato puede variar de un lugar a otro, sin embargo con fundamento en los resultados de las encuestas en México (ENSA, 2012; ENJ, 2010), la edad promedio para que se presente esta conducta oscila entre los 15 a los 19 años en nuestro país.

Sin embargo Abreu et al. (2008) realizaron un estudio en el que determinaron en qué medida ha disminuido la edad de inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes y dentro de sus resultados encontraron que los mayores porcentajes se desplazan hacia la mayor precocidad, entre los 12 a 14 años en el grupo de estudiantes de la enseñanza básica con un 65.12% a diferencia de un 20% en el grupo de preuniversitarios.

En el grupo de adolescentes entre 12 y 14 años que comenzaron sus relaciones cónitales antes de los 14 años, se observó una cifra muy superior comparada con los adolescentes comprendidos entre 17 y 19 años. Estos autores concluyen que el promedio de la edad de las primeras relaciones sexuales ha disminuido notablemente y que cerca del 60% ha tenido relaciones sexuales a los 13 años, de hecho existe evidencia de que algunos niños tuvieron su primera relación sexual antes de los 8 años (Abreu et al. 2008; Donnell & Stueve, 2009).

Estos resultados mostraron una significación válida para afirmar que la modificación hacia la precocidad es cada vez mayor, por lo menos en los adolescentes estudiados. En ese

sentido en esta investigación se hablará de debut sexual prematuro cuando dicha actividad se presente a los 13 años o antes.

Sin embargo, de acuerdo con Castro, Bermúdez, Buena-Casal y Madrid (2011) las mujeres tienen el doble de probabilidades de iniciarse en las relaciones sexuales coitales antes que los varones, resultados que se traducen en un inicio temprano.

A pesar de que cada vez un mayor número de adolescentes se inician en estas prácticas muy jóvenes, la personalidad aún no está madura en términos emocionales y psicológicos como se pudo revisar en el capítulo uno de esta investigación, de ahí el inconveniente del debut sexual prematuro en los adolescentes, sumado al período de confusión y dudas por el que atraviesan.

El problema del debut sexual prematuro radica en el desconocimiento acerca del tema, resultado que se da como consecuencia de la educación recibida por parte de los padres y los maestros, sin embargo se observan algunas características tanto personales como ambientales que se asocian al debut sexual prematuro las cuales se describen a continuación.

De acuerdo con el CONAPO (2008) la pobreza se asocia a un debut sexual prematuro, ya que en dichos contextos se ha encontrado que las adolescentes inician su vida sexual y reproductiva a edades más tempranas comparadas con las jóvenes de niveles socioeconómicos medio-altos. Esta situación se debe en buena medida a la falta de educación escolar que se presenta en los lugares con alta marginación, donde no se brinda una adecuada educación sexual.

La carencia de creencias y la falta de compromiso religioso es otro factor que orilla a un debut sexual prematuro cuanto más religiosos o ideológicamente comprometidos a una doctrina concreta son los adolescentes es menos probable que se inicien en una actividad sexual prematura premarital coital (Kinsey y Cols, 1953 en: Cáceres, 1994).

Así mismo los conflictos y la inestabilidad de la familia influyen en el adolescente un debut sexual temprano, en ese sentido Zegers (2003) encontró una relación entre el incremento de adolescentes que se inician sexualmente de manera prematura y el creciente número de separaciones y divorcios.

La falta de comunicación de los padres también se observa como un factor asociado a los cambios de la conducta sexual de los hijos, en la familia se habla poco o nada de sexo, no se genera la confianza entre padres e hijos (Cáceres, 1994)

Los medios de comunicación son otro factor asociado al problema del inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes. Para algunos prestigiosos autores el papel de los medios masivos de difusión es trascendental en la incitación al inicio sexual precoz de los adolescentes (Brown & Strasburger, 2007).

La proliferación de pornografía, erotismo y materialismo a través del cine, la radio, la televisión, la prensa y actualmente la internet incitan constantemente a llevar una vida sencilla y cómoda, donde lo que importa es tener, con la idea de que muchas cosas son desechables e intercambiables (Alva, 2007).

Con respecto a las variables de carácter personal, algunos estudios destacan la baja autoestima como predictor de un inicio sexual temprano (Price & Hyde, 2009), pues de acuerdo con Shutt-Aine y Maddaleno (2003) la autoestima es determinante del bienestar emocional del adolescente y se considera un factor protector que ayuda a estas personas a superar situaciones difíciles.

Un buen nivel de autoestima y bienestar emocional permite a los adolescentes desarrollar una serie de habilidades personales y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida sexual más saludable (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003).

El tipo de educación que los padres brinden a los hijos es otro factor que influye en el debut sexual prematuro pues de acuerdo con Price y Hyde (2009) sí los padres permiten que la pareja de su hija adolescente sea varios años mayor que ella, la probabilidad de que la adolescente se inicie prematuramente es muy alta, dado que su pareja puede llegar a obligarla bajo cierto tipo de coerción. Este tipo de fenómeno es más frecuente en las adolescentes.

Asimismo lo reporta Schofield (1972) pues en un estudio realizado a adolescentes donde se les preguntaba la edad de su primer noviazgo y la edad de su debut sexual se encontró una fuerte asociación entre la edad de la primera cita y el primer noviazgo con el nivel de actividad sexual.

Otro estudio que hace ver la asociación entre el debut sexual y las prácticas parentales es el realizado por Gowen, Feldman, Diaz y Yisrael (2004) donde se encontró que cuando los padres permiten a sus hijas relacionarse con jóvenes más grandes que ellas, se incrementa el riesgo de que las adolescentes practiquen su sexualidad de manera prematura.

En ese sentido Zegers (2003) afirma que la causante de retardar y hacer menos atractivo el compromiso matrimonial, es la permisividad sexual que existe en nuestros días ya que no ofrece mayor novedad y se le ve como una carga que limita y restringe.

De acuerdo con Alva (2007) los padres también juegan un papel muy importante en este hecho pues la falta de educación en materia de noviazgo y la ausencia de un ejemplo positivo por parte de los padres acerca del matrimonio da como resultado la permisividad sexual y al no tocar el tema en la familia, los adolescentes carecen de fundamentos para poder postergar su sexualidad hasta que están completamente maduros.

Actualmente y por desgracia la sexualidad sigue siendo un tema tabú en la sociedad mexicana lo que recae directamente en la falta comunicación entre padres e hijos, hecho que se refleja en una cantidad importante de adolescentes que carecen de información objetiva.

La percepción y evaluación del propio cuerpo es otro factor que influye en el debut sexual prematuro pues en un estudio realizado por Lameiras (2001, en: Calado et al. 2003) se encontró que la forma en como los adolescentes perciben y evalúan su propio cuerpo se relaciona íntimamente con las relaciones sexuales que se tengan.

Como pudo observarse en los párrafos anteriores los adolescentes están expuestos a varios riesgos de índole ambiental y familiar que influyen en el debut sexual prematuro, sin embargo, hay otra población adolescente en la cual su debut sexual se presenta tardíamente, en el siguiente apartado se describen sus características.

3.2.3 Debut sexual tardío

Al igual que el debut sexual prematuro, no se puede establecer una edad para poder decir que es debut sexual tardío sin embargo de acuerdo con varias investigaciones (ENSA, 2012 & ENJ, 2010) se puede hablar que de los 19 años en adelante será una práctica tardía en

México, a continuación se reflejan algunos factores que poseen los adolescentes que comprenden este porcentaje.

Es importante considerar que las relaciones sexuales en la adolescencia forman parte del proceso normal de desarrollo del adolescente, de su bagaje de experiencias personales y de construcción de un mundo adulto, sin embargo como profesionales de la salud, se debe promover, a través de la educación sexual, una educación sana y sin riesgos.

La seguridad de un adolescente y los valores fuertemente inculcados en casa, por parte de los padres van a permitir al adolescente no dejarse llevar por la presión de los compañeros o amistades sobre como ejercer su sexualidad.

Para el caso de las mujeres el hecho de tener una mayor comunicación con el padre y con la madre es un factor protector, ya que las adolescentes con puntajes más altos son aquellas que no han iniciado su vida sexual. Cabe destacar que la comunicación se refiere a qué tanto la hija establece una conversación con sus padres sobre sus problemas personales, más que hablar sobre temas de sexualidad (Andrade, Betancourt & Palacios, 2006).

Otra característica que retarda el debut sexual es una mayor formación educativa, pues el acceso a la educación escolar ayuda a los adolescentes a saber tomar una correcta elección sobre su sexualidad pues se les forma en habilidades como: ser capaz de tomar decisiones propias, uso de una comunicación clara, abierta y directa y la expresión de sentimientos; las denominadas “habilidades para la vida”, que la OMS (1993) ha identificado como una prioridad en el área de prevención y promoción de la salud y de relevancia para lograr un cambio conductual (Pérez & Pick, 2006).

3.3 Madurez sexual

En la adolescencia se alcanza la madurez sexual y cuando se asocia a las relaciones afectivas, da como resultado un escenario en el que los adolescentes pueden iniciar la práctica de su sexualidad.

Esta actividad que va más allá de la simple genitalidad (penetración vaginal), conlleva una serie de características que los adolescentes deben de desarrollar para poder vivir una

sexualidad sana, de lo contrario pueden ser vulnerables a ciertos riesgos o efectos negativos de una práctica sexual inadecuada.

Dichas características se refieren al hecho de alcanzar la identidad sexual desarrollada a lo largo de la vida y, recibir por parte de la escuela o de los padres, una adecuada educación sexual que permita al adolescente conocer los aspectos negativos y positivos de la sexualidad.

3.3.1 Sexo y género

Para hablar de sexualidad vale la pena detenerse a definir dos conceptos de vital importancia en este proceso: sexo y género, los cuales van a ayudar a definir la identidad sexual de cada ser humano.

Al primer término se le han dado varios significados, uno de ellos es una simple condición orgánica de la que ya hay referencias en el idioma castellano, que remite a la división de los seres orgánicos en hombre y mujer (ONUSIDA, OPS y Ministerio de la Salud, 2008). En realidad ésta palabra hace referencia a aspectos estrictamente biológicos.

Este término únicamente hace referencia a la condición de ser sexuado, muchas personas suelen utilizarlo como sinónimo de género pero cada uno tiene un significado específico y se debe tratar de no confundirlos.

De hecho los especialistas también lo dividen en sexo genético por un lado, que está determinado por los cromosomas sexuales y sexo anatómico por otro, que son diferencias físicas que distinguen a varones y mujeres. (Crooks & Baur, 2010).

Por su parte el término de género hace referencia a las actividades ya establecidas dentro de una sociedad en lo referente a ser mujer y ser hombre.

3.3.2 Identidad sexual

Este tipo de identidad hace referencia al autoconcepto que cada persona tiene en lo relativo al sexo, género y orientación sexual.

La identidad sexual iniciada desde el momento de la concepción y que va adquiriendo las características propias de cada sexo va permitir al adolescente sentirse femenina o masculino, independientemente de su sexo biológico.

Al menos en la cultura mexicana se encuentra que la visión del hombre está ligada al prototipo del rol instrumental, que se traduce en las actividades productivas, encaminadas a la manutención y provisión de la familia, caracterizándose por ser autónomo, orientado al logro, fuerte, exitoso y proveedor.

Por otra parte la visión de la mujer se asocia a las actividades afectivas encaminadas al cuidado de los hijos, del hogar y de la pareja, así como a la posesión de características tales como la sumisión, la abnegación y la dependencia (Rocha-Sanchez, 2000).

Asimismo, la esfera de la sexualidad también se encuentra dividida pues para los hombres, el rol histórico es la conquista sexual, como una forma de probar su propia masculinidad. Se estimula a los hombres a pensar en primer lugar en su desempeño sexual, por lo que el placer sexual de las mujeres se valora como una prueba del desempeño masculino (González, Montero, Martínez, Mena & Vara, 2010).

Para las mujeres el rol prescrito por la sociedad es la abnegación y la pasividad en el acto sexual, situación que excluye a las mujeres para tomar decisiones con respecto a su sexualidad, estereotipos que las limita a aprender a negociar medidas preventivas relacionadas con su salud sexual y reproductiva.

A la par de la construcción de la identidad sexual surge también una identidad que hace referencia al género, la cual indica el sentido subjetivo de ser varón o mujer determinado por estructuras sociales y culturales.

3.3.3 Identidad de género

El género, así como el desarrollo de la personalidad y la transmisión de valores, se aprende y se construye con base en las enseñanzas de los padres desde el momento del nacimiento y continúa hasta la edad adulta.

La identidad de género va a variar mucho de cultura a cultura, pues la adquisición de la identidad no es un proceso natural, sino algo adquirido por medio de la sociedad,

relacionado directamente con los atributos biológicos de cada persona, dicha sociedad es la encargada de asignar los roles femeninos y masculinos dentro de cada entorno.

Para el caso de México, la forma en cómo serán educados los hijos de acuerdo al sexo tiene su base en dos premisas importantes:

1. La supremacía del padre
2. El necesario y absoluto sacrificio de la madre

De ésta manera la educación informal que se da a través de la familia, permite integrar el singular guion de los papeles de género, donde se reproducen los códigos sociales, los simbolismos, las expectativas, la comunicación, el apoyo, el afecto, la distribución de tareas y la orientación de intereses diferenciados para el hombre y para la mujer (Gonzalez & Díaz en: Castellanos, 2000).

Mientras que la identidad sexual se refiere a ser varón o ser mujer y sentirse como tal, en la identidad de género se adoptan las actividades preestablecidas por cada sociedad para cada sexo. Una vez adoptadas estas actividades, durante la adolescencia, el joven tendrá la capacidad de aceptar o rechazar los papeles que cada sociedad definió para su sexo.

Una característica particular de la identidad de género se refiere al hecho de que al ser establecida por la sociedad, está en constante cambio y, estos cambios sociales recaen directamente en la distribución de tareas y la orientación de intereses bien diferenciados.

Si bien los cambios sociales apuntan a una modificación de roles estereotipados, la investigación señala que en la vida cotidiana, la visión tradicionalista parece no modificarse con la misma velocidad que las transformaciones sociales (Rocha-Sanchez & Díaz-Loving, 2005).

Este proceso de adquisición y consolidación de una identidad de género, de formación de una imagen corporal positiva y de internalización de los guiones sociales de género, son componentes fundamentales del desarrollo sexual individual en esta etapa (OPS, 2010).

3.3.4 Conflictos en la identidad

Como se mencionó al principio de este apartado la identidad sexual se inicia desde el proceso de la concepción, en el cual pueden surgir algunos errores cromosómico-genéticos o, por el contrario, que su identidad sexual no corresponda con su sexo biológico. Ambos sucesos van a desencadenar confusiones en la identidad sexual del adolescente.

Cuando se presentan conflictos en la identidad sexual, el adolescente puede mostrar una disfunción de identidad, pues no es capaz de comprometerse con una visión única de sí mismo y no se identifica con los roles que le ofrece la sociedad. Estos adolescentes suelen evitar compromisos lo que les genera un sentimiento de aislamiento externo, vacío interior, angustia, apatía y su vida suele ser caótica y desordenada (Zegers, 2003).

Las personas que se desvían de la conducta normativa suelen encontrar una enorme desaprobación por parte de la sociedad, éstas personas simplemente no se ajustan a los roles impuestos por la sociedad, esto es un claro ejemplo de que la identidad se adquiere.

De acuerdo con Sánchez y Crocker (en Rocha & Díaz-Loving, 2005) los individuos pueden llegar a experimentar un especie de conflicto intra-rol en función de lo que la sociedad les demanda y lo que ellos y ellas desean hacer o viceversa.

3.4 Consecuencias negativas de la práctica sexual en la adolescencia

Sin duda el ejercicio de la actividad sexual nos muestra su contraparte, pues debido a la carencia de información el adolescente puede recibir consecuencias negativas, entre las que destacan las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados o elegir el aborto como escape de esta última.

Como se verá a continuación todas estas características ponen en riesgo la salud física, mental y psicológica del adolescente y de su familia, por eso es de vital importancia dotar a los adolescentes de información y de herramientas personales que le ayuden a no incurrir en estos riesgos. A continuación se abordarán dichas consecuencias.

3.4.1 Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

El contagio de este tipo de enfermedades es un tipo de riesgo al que los adolescentes se encuentran expuestos dentro de la práctica de su sexualidad, de ahí que la educación sexual promueva el uso del condón.

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual más comunes se encuentran la clamidia, la gonorrea, la sífilis, la uretritis no gonocócica, el herpes, las verrugas genitales, la hepatitis viral, la vaginosis bacteriana, la candidiasis, la tricomoniasis, los piojos púbicos, la sarna o el SIDA todos estos transmisibles por medio del contacto sexual.

Al no utilizar algún método anticonceptivo de barrera los adolescentes corren un mayor riesgo de contagiarse, pues las infecciones de transmisión sexual se transmiten más frecuentemente a través del contacto sexual.

Las principales vías de transmisión son de persona a persona por medio de las relaciones sexuales, contacto con sangre a través de ulceraciones, cuando se realizan transfusiones sanguíneas o de madre a hijo mediante el parto o la lactancia.

Se considera la adolescencia como la etapa de mayor riesgo para contraer este tipo de infecciones, sí el adolescente presenta una actividad sexual temprana o muestra actitudes psicológicas de desprecio el riesgo se acrecienta debido a esta situación a partir de los 70 se comenzaron a desarrollar programas de educación sexual (Rodriguez, 2005).

En ese sentido es de vital importancia que el personal de salud incluya dentro de la educación sexual, además de habilidades personales, tipos de métodos anticonceptivos e información objetiva y veraz, para que el adolescente se encuentre bien informado y pueda disminuir el riesgo de algún contagio.

Una característica importante de las infecciones sexuales es que las mujeres son más proclives que los hombres a padecer infecciones asintomáticas o subclínicas, así como es más fácil que un hombre contagie a una mujer que viceversa, la principal razón se debe a las características de cada aparato reproductor.

Sin embargo existen otras consecuencias que impactan a lo largo de todas las esferas de la vida de los adolescentes, como lo es el embarazo no deseado, en el cual la familia de la joven involucrada también se ve afectada.

3.4.2 Embarazo adolescente

El embarazo no implica mayor peligro e incluso algunas lo llegan a nombrar como una bendición pero cuando se presenta en la adolescencia la perspectiva de la adolescente y de su familia puede ser muy diferente.

La mayoría de los embarazos adolescentes no son deseados, pues son resultado de una práctica sexual inadecuada, según el CONAPO (2006) diversos estudios muestran que cerca de 60% de los embarazos en adolescentes en México no son planeados, lo que incrementa su vulnerabilidad social, así como mayor riesgo de morbilidad materna y neonatal.

Se estima que durante el 2008, del 15% del total de los nacimientos registrados ocurrieron en chicas de entre 12 y 17 años, (CONAPO, 2008). Estas cifras muestran que a pesar de la educación sexual brindada por parte del sector salud, en México, el embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud pública.

Éste tipo de embarazos implica a la salud de la adolescente y de su hijo pues debido a que la madre no se encuentra totalmente desarrollada el riesgo de muerte para uno de los dos o ambos es muy alto comparado con madres de edades más maduras.

Si bien es muy importante la salud física, la salud psicológica también interesa en este suceso ya que al ser un evento no deseado, ni la adolescente ni su familia se encuentran emocionalmente listos para recibir al nuevo integrante de la manera más adecuada, con lo que puede verse afectado el desarrollo del niño en varios aspectos de su vida.

Además se necesita que la madre tenga los recursos personales, tanto físicos como sociales que le permitan acoger a la nueva vida que por mucho tiempo dependerá de ella (Zegers, 2003).

Se ha observado que ciertos indicadores aumentan la probabilidad de que las adolescentes puedan quedar embarazadas como por ejemplo, la pobreza, y de ser así entran en un

círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y por ende su estabilidad económica.

Al respecto las adolescentes con más educación, mejores ingresos, que viven en zonas urbanas y tienen acceso a servicios de salud tienen mucha menor probabilidad de unirse y tener hijos prematuramente, comparadas con las adolescentes que viven con niveles socioeconómicos precarios (CONAPO, 2008) y que tienen un nivel educativo bajo (Zegers, 2003) con capacidades y recursos que serán insuficientes para cuidar de forma adecuada a sus hijos.

A continuación se describen algunas consecuencias psicológicas, educativas, sanitarias y económicas, que acarrea un embarazo adolescente entre las cuales destacan (Cáceres, 1994):

- La incapacidad psicológica para recibir a un hijo
- Retardo del logro de independencia
- Rechazo frente a su grupo familiar, social y escolar que le rodea
- Interrupción de su escolaridad, matrimonios prematuros, obligados e inestables
- Dificultades para una maternidad sana y nutricia
- Además del riesgo de mortalidad en uno o ambos
- Mayor probabilidad de separación matrimonial
- Rechazo social para sus hijos
- Privaciones económicas y desigualdad de oportunidades

Por lo anterior muchas adolescentes embarazadas toman la decisión de abortar, hecho que muestra muchas implicaciones de salud y psicológicas para ellas.

3.4.3 Aborto

Durante la adolescencia se utiliza esta medida como escape de un embarazo no deseado ya sea por relaciones premaritales sin protección, miedo al compromiso, o irresponsabilidad de la pareja.

Al tomar la decisión de abortar, acto que se define como la acción de expulsar al feto antes de su término de gestación, las adolescentes se enfrentan a estados psicológicos tales

como la soledad, la depresión y la angustia, pues este hecho provoca trastornos emocionales y físicos (Alva, 2007).

De acuerdo con el CONAPO (2006) en México las estimaciones recientes señalan una tendencia creciente en el número de abortos ocurridos en el país, si bien aún es complejo distinguir con precisión la naturaleza espontánea o inducida del evento se observa que claramente se han incrementado pues se realizaron 217 000 abortos en 1991 y para 2006 la cifra subió a 300 000.

Estas cifras son alarmantes sin embargo no siempre son las adolescentes quienes deciden abortar, ya que muchas veces son los padres quienes propician el aborto, ya que manejan una idea de deshonra familiar, y es cuando más secuelas psicológicas deja el aborto.

Cuando una adolescente aborta se presenta una serie de consecuencias psicológicas difíciles de metabolizar, aunque las secuelas pueden no manifestarse de un modo inmediato y directo los sentimientos de angustia, depresión, culpa o diversas formas de disfunción sexual se harán presentes.

Al respecto, el aborto es una causa importante de mortalidad y morbilidad materna, muchas adolescentes presentan problemas de salud que comprometen un embarazo subsecuente, presentan alto riesgo reproductivo, ya que el 50% tiene un hijo nacido vivo y el otro 50 % perdió al producto ya sea por un aborto provocado, aborto espontaneo, muerte neonatal o el producto nació muerto (Ortiz, 1995).

A pesar de todas estas consecuencias muchas adolescentes optan por esta decisión, debido a varios factores como las causas económicas, el hecho de no poder mantener al nuevo ser ya sea por crisis familiares o por falta de empleo lo que obliga a la futura madre a abortar.

El aborto y todas las consecuencias anteriormente mencionadas podrían disminuir si los adolescentes practicarán un ejercicio libre, informado y responsable de su sexualidad, el cual se puede lograr a través de prácticas parentales adecuadas y con la ayuda de instituciones educativas y de salud.

3.5 Educación sexual

Al entender que la sexualidad se construye, se puede hablar entonces de una educación sexual, la cual funciona como recurso básico para que este proceso de construcción tome la dirección de desarrollo y bienestar y no la de la represión, temor o inhibición.

Sin embargo se observa muy frecuentemente que los adolescentes no se encuentran bien informados en materia de educación sexual pues su primer contacto con el tema es con los amigos, lo que acarrea inexactitud y creencias erróneas sobre su sexualidad.

De acuerdo con Abreu, Oliva, García, León y Naranjo (2008) la vía fundamental de adquirir conocimientos acerca de sexualidad es a través de sus amigos, quedando la familia, la escuela y el médico de la familia en el último lugar.

En la actualidad ésta tarea se complica cada vez más debido a los rápidos cambios con respecto a los valores sociales acerca de la sexualidad, lo que expone a opiniones opuestas. Lo más importante de la educación sexual es dotar al adolescente de información real acerca de la sexualidad así como brindarle las herramientas para poder tomar las decisiones adecuadas.

Dentro de la educación sexual se debe contribuir a crear actitudes positivas frente al cuerpo y a la sexualidad. (OPS, 2010). Al respecto Perez y Pick (2006) encontraron que la comunicación asertiva en primer lugar y el nivel de conocimientos acerca de la sexualidad en segundo, son los mejores predictores de la conducta sexual protegida con la pareja sexual, características que se deberían de considerar al momento de elaborar talleres de sexualidad.

Al respecto la OPS (2010) propone que una buena educación sexual debe incluir los siguientes puntos:

- Responder a la diversidad en las características y necesidades de cada una de las personas de estas poblaciones
- Fomentar la participación juvenil en el diseño y ejecución de esos programas
- Trabajar en un clima de apertura que reconoce las realidades complejas que los jóvenes enfrentan en su vida cotidiana

- Enfocarse en las necesidades e inquietudes de los y las adolescentes en materia de salud sexual
- Enfocarse en los aspectos positivos de la salud sexual, sin dejar de lado temas como los embarazos no intencionales, las infecciones de transmisión sexual y el VIH
- Concientizar a las personas acerca de cómo los derechos humanos se aplican en temas relacionados con la sexualidad y la reproducción, y ofrecer acceso a la información, a la educación, a insumos para la protección y cuidado de la salud y atención general de manera continua y permanente, y especializada cuando se requiera

Finalmente se entiende que el objetivo de la educación sexual es permitir al adolescente vivir su sexualidad sin inquietudes de una manera adecuada, responsable y libre de riesgos, para poder decidir sobre cómo, cuándo y con quién ejercerla.

Y funciona como un recurso de mucha ayuda para los padres, sobre todo para aquellos que no mantienen suficiente comunicación con sus hijos. Sin embargo los embarazos adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual siguen siendo un problema de salud pública que la educación sexual no ha podido disminuir.

En ese sentido identificar la relación entre las prácticas parentales y el debut sexual prematuro en adolescentes cobra importancia, pues una vez identificada dicha relación se puede trabajar con los padres sobre cómo generar actitudes positivas y adecuadas en la interacción con los hijos con el fin de evitar un debut sexual prematuro, ya que como se mencionó anteriormente no es lo más sano.

CAPITULO IV

INVESTIGACIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS

El propósito del presente capítulo es dar a conocer investigaciones relacionadas con el debut sexual prematuro.

Como se mencionó en capítulos anteriores en la adolescencia se transita por un proceso de autodefinición personal que, sumado a las estructuras intelectuales que están concretando y las características socioafectivas de esta población, los adolescentes se ponen en riesgo al empezar a manejar su vida sexual y reproductiva antes de tiempo, de manera imprudente y sin la debida responsabilidad que dicho acto conlleva.

En ese sentido, en el presente capítulo se mencionarán algunos variables de carácter personal e influencias sociales que, de acuerdo con numerosas investigaciones influyen en al adolescente sobre cómo y cuándo iniciar su sexualidad.

Considerando las prácticas parentales como un factor que influye de modo importante sobre la manera de actuar de las personas, las relaciones familiares son un componente que se observa como factor de riesgo para los adolescentes al momento de iniciar su sexualidad, pues sí dichas relaciones son inadecuadas, es altamente probable que el adolescente se inicie sexualmente de manera prematura y en muchos de los casos de manera irresponsable.

Algunos estudios se han enfocado en la estructura familiar y la actividad sexual de los adolescentes y señalan que los adolescentes que viven con ambos padres biológicos, presentan menor probabilidad de iniciarse sexualmente de manera temprana que aquellos que viven en familias de un solo padre o reconstituidas.

En un estudio realizado por Hovell, Sipan, Blumberg, Atkins, Hofstetter y Kreitner (2005) hallaron que el control y la supervisión de los padres es un aspecto del ambiente familiar que se relaciona con la sexualidad de los adolescentes pues los hijos de padres que ejercen mayor control y supervisión estableciendo límites y reglas acerca de las actividades de

noviazgo y el monitoreo de citas presentaron mayor probabilidad (7%) para demorar el inicio de su actividad sexual, a diferencia de los adolescentes que no son supervisados (5%).

Estos mismos autores consideraron la estructura familiar como un fuerte predictor de la actividad sexual temprana en adolescente y reportaron que es más probable que un adolescente inicie su sexualidad antes de tiempo cuando vive con uno de sus padres (33.7%) que cuando vive en una familia nuclear (22.2%).

Al respecto Andrade, Betancourt y Palacios, (2006) encontraron resultados similares pues en una muestra de 1942 jóvenes de entre 14 y 24 años de edad los adolescentes que reportaron tener una vida sexual activa (78%) vivían en una familia monoparental, mientras que los adolescentes que dijeron no tener vida sexual activa (84%) vivía con ambos padres. Estos resultados se atribuyen a situaciones como la permisividad de los padres que no viven con su pareja, como consecuencia de sus propias interacciones sexuales con otra(s) pareja(s).

Dentro de este estudio también se midió la comunicación existente entre padre e hijo y se encontró que las mujeres adolescentes que no han tenido relaciones sexuales perciben un mayor apego y comunicación tanto de su mamá (3.39% para el apego y 3.11% para la comunicación) como de su papá (3.13%) y (2.43%) respectivamente, además de un menor rechazo y una mayor comunicación sobre sexualidad con su mamá en comparación con las adolescentes que tienen relaciones sexuales.

Por lo que respecta a los hombres, las dimensiones en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas fueron: la comunicación sobre sexualidad (2.64%) y permisividad (1.99%) tanto del papá como de la mamá, y el rechazo de la mamá (1.83%) es decir, los adolescentes que ya tienen relaciones sexuales perciben una mayor comunicación sobre temas de sexualidad y unos padres más permisivos, además de un mayor rechazo por parte de su mamá en comparación con los adolescentes que todavía no han tenido relaciones sexuales.

En ese sentido en cuanto a las diferencias en la comunicación con los padres en las mujeres el hecho de tener una mayor comunicación con el padre y con la madre fue un factor que disminuye la probabilidad de que se inicien prematuramente ya que las

adolescentes con puntajes más altos fueron aquellas que no han iniciado su vida sexual. Cabe destacar que la comunicación se refiere a qué tanto la hija establece una conversación con sus padres sobre sus problemas personales, más que hablar sobre temas de sexualidad.

Respecto a las diferencias en las dimensiones de ambiente familiar, las encontradas en el apego apoyan lo reportado por Meschke, Bartholomae, Shannon y Zentall (2002, en: Andrade, Betancourt & Palacios, 2006) quienes encontraron que altos niveles de apego entre padres y adolescentes se asociaron con una baja actividad sexual

Contrario a la comunicación, la falta de supervisión de los padres es un factor que se relaciona de manera importante con el debut sexual prematuro Andrade, Betancourt y Palacios (2006) reportaron que las adolescentes sexualmente activas mostraron una menor comunicación y apego con ambos padres, así como, mayor rechazo por parte de la mamá comparadas con adolescentes de su edad que aún no presentaban su debut sexual, a diferencia de los hombres que quienes reportaron tener una vida sexual activa mostraron mayor comunicación sobre temas de sexualidad y más permisividad de ambos padres, así como, altos puntajes de rechazo por parte de la mamá en comparación con los hombres sin vida sexual.

Lo cual coincide con lo reportado con Shek (2000, en Rodríguez, Del Barrio & Carrasco 2009) quien halló que los hijos e hijas, tanto en la niñez como en la adolescencia, perciben a la madre más positivamente que al padre en lo que respecta a los aspectos emocionales y a los aspectos de la crianza democrática.

Independientemente del sexo y la edad, los niños y jóvenes coinciden en valorar a sus madres con mayores niveles de comunicación, afecto, control y permisividad que a sus padres. Dato que viene a respaldar, aún en la actualidad, la mayor implicación y presencia de la mujer en la crianza de los hijos frente a los varones.

Asimismo se encontró que las adolescentes que reciben información relativa al sexo por parte de sus padres es más probable que sean chicas que posterguen su sexualidad comparadas con las que nunca fueron informadas, pues de las adolescentes que reportan que sus padres no hablaron con ellas de sexo el 42% ya había tenido relaciones sexuales,

el 30 % era inexperto y el 26% nunca había presentado conductas sexuales (Schofield, 1972)

De igual manera, Palacios (2005) encontró que los adolescentes que perciben menos autonomía y mayor imposición del papá, así como, menor apoyo, autonomía, reconocimiento, supervisión, motivación y una mayor imposición y control por parte de la mamá, son adolescentes que presentan una vida sexual activa en comparación de los que no son sexualmente activos.

Otra variable que se ubica dentro de la estructura familiar y que se ha encontrado asociada al inicio temprano de las relaciones sexuales es la maternidad adolescente de la madre pues en un estudio realizado por González, Molina, Montero y Martínez (2013) se halló que de las adolescentes con madres jóvenes un 34% presento actividad sexual antes de los 15 años comparadas con el 60% de las adolescentes que no tuvieron una mama adolescente y que iniciaron su actividad después de los 15.

Los resultados son similares para la paternidad adolescente pues del total de la muestra el 14 % inicio su sexualidad antes de los 15 años comparados con el 80% que no tuvo un papa adolescente e inició su sexualidad después de los 15.

Finalmente, la evidencia demuestra que cuando el nivel socio-económico decrece, las tasas de actividad sexual y embarazo adolescente aumentan debido a que la pobreza, las condiciones económicas inseguras y las bajas expectativas desaniman a las adolescentes de familias pobres a transitar hacia la adultez a través de los logros educacionales y de carrera y, por lo tanto, postergar la maternidad adolescente (CONAPO, 2008).

Con el fin de identificar las variables personales González, Molina, Montero y Martínez (2013) encuestaron a adolescentes (n=5854) de entre 12 y 19 años y hallaron que las bajas aspiraciones académicas es una variable que predice la actividad sexual temprana, por otra parte de los adolescentes hombres encuestados el 30% que reportó haber presentado su debut sexual tenía bajas aspiraciones educativas comparados con el 58.8% que presentó altas aspiraciones escolares (concluir la enseñanza superior) y reportó no haber iniciado su sexualidad.

Asimismo de las mujeres adolescentes que reportaron bajas aspiraciones educativas el 30% ya había iniciado su actividad sexual comparadas con el 70.6% que manifestó el deseo de terminar la universidad y que aún no presentaba su debut sexual.

Otra variable que hallaron relevante estos autores fue la edad de la pareja de la mujer, ya que un novio de mayor edad fue asociado al inicio sexual prematuro, de igual manera las adolescentes que conversan temas de sexualidad sólo con sus parejas, están 2.2 veces más en riesgo de inicio sexual que las que conversan con otras personas.

Otra variable personal que se ha encontrado fuertemente asociada al debut sexual prematuro es el consumo de alcohol y drogas pues en numerosos estudios (Sanchez-Zamorano, et al, 2007; Price & Hide, 2009), el no consumo de alcohol reduce el riesgo de iniciarse sexualmente.

O'Donnell, Donell y Stueve (2009) hallaron en una muestra de 1336 adolescentes de entre 14 y 26 años que los estudiantes que no han iniciado su vida sexual, el no consumo del alcohol es del 8.3% y entre los que ya se iniciaron el no consumo es del 2.7%, con respecto al consumo de sustancias psicoactivas el 58.5% de los adolescentes que han iniciado su vida sexual han consumido drogas y de los que no, esta proporción es del 27%, el 35% ya inicio y consume alcohol y el 12.32% consume alcohol pero no ha iniciado, estos resultados muestran una relación indiscutible entre las variables consumo de alcohol y drogas e inicio temprano de relaciones sexuales.

Al igual que los gustos y preferencias, los estados de ánimo y emocionales, así como los estados biológicos, se han asociado al comportamiento sexual de riesgo, Mazaferro, Murray, Ness, Bass, Tyus y Cook (2006) hallaron una relación significativa entre la depresión el estrés y el uso inconsistente del condón, ya que las mujeres evaluadas reportaron tener más frecuentemente relaciones sexuales imprevistas, prematuras y sin protección cuando sus niveles de depresión eran altos.

Así mismo la baja autoestima se asocia al debut sexual temprano, de acuerdo con Price y Hyde (2008) de 273 adolescentes encuestados de entre 13 y 15 años se encontró que para las mujeres principalmente, la baja autoestima se asocia a la iniciación sexual temprana y

con respecto a los varones adolescentes el desarrollo puberal avanzado se asocia al debut sexual prematuro.

Al respecto del desarrollo, se considera que la forma de percibir y evaluar el cuerpo se relaciona íntimamente con las relaciones sexuales que se tengan, Calado, Lameiras y Rodríguez (2001) hallaron que cuando las chicas se autoperciben menos atractivas muestran menor actividad sexual y menor edad de la primera relación coital. Sin embargo las adolescentes que se autoperciben mayormente atractivas sus relaciones sexuales son reportadas como más frecuentes.

Esto tiene como consecuencia que sea mucho más probable que el cuerpo de las mujeres se mire, evalúe y sea potencialmente más objetivado que el de los hombres. El hecho de tener una autopercepción positiva de los atributos físicos permite una mayor confianza en las relaciones heterosexuales, lo que significa mayores oportunidades para implicarse y validarse sexualmente (Trapnell, Meston, y Gorzalka, 1997).

Los resultados de dicha investigación podrían tener que ver con ciertas variables de personalidad como la impulsividad. Así, aquellas que se autoperciban como poco atractivas podrían llevar a cabo conductas impulsivas sexuales, en muchas ocasiones percibiendo que éstas están fuera de control, utilizando la sexualidad como un infructuoso proceso por incrementar la aprobación externa, como medio para incrementar su autoestima, seriamente comprometida (Calado, Lameiras & Rodríguez, 2004).

Con respecto a las prácticas parentales en México, Betancourt (2007, en: Mendez, Andrade y peñaloza, 2013) halló que los preadolescentes que presentan problemas externalizados tienen madres que utilizan la devaluación y no tienen mucha comunicación con sus hijos; los que presentan problemas de atención tienen madres que utilizan la inducción de culpa y padres que utilizan control psicológico; los que presentan conducta desafiante tienen madres que utilizan la devaluación e inducción de culpa; los que presentan problemas interpersonales tienen padres que utilizan control psicológico y los que tienen problemas de pensamiento es porque sus madres utilizan como práctica la devaluación e inducción de culpa.

De igual manera Andrade, Betancourt y Palacios (2006) tomaron una muestra de 1000 adolescentes de entre 14 y 22 años donde se evaluó la influencia de las practicas parentales sobre un conjunto de conductas problema, a saber conducta sexual, consumo de tabaco, alcohol y drogas, intento de suicidio y conducta antisocial y se encontró que a menor supervisión de la madre mayor número de conductas problema tendrá el adolescente y en la medida en que él perciba mayor imposición del papá, el número de conductas problema en las que se involucre será mayor. Las prácticas parentales que influyen en la covariación de estas conductas problemáticas son: una baja supervisión materna y una alta imposición paterna.

En ese sentido la supervisión parental es un factor que protege al adolescente de involucrarse en conductas problema a diferencia del apoyo, la comunicación y la autonomía, así mismo la evidencia señala que una relación negativa con el padre percibida por el adolescente es un factor que promueve conductas que afectan su salud.

En el presente capítulo se describieron algunas de las investigaciones de gran relevancia para la comprensión de la problemática a estudiar. En el siguiente apartado se plantea el método con el cual se llevó a cabo la investigación.

CAPITULO V

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad no existe suficiente investigación sobre la relación entre las variables debut sexual prematuro y prácticas parentales.

Las investigaciones encontradas con respecto a la variable debut sexual se relacionan con otras variables de riesgo presentes en la adolescencia como es, el consumo de sustancias tóxicas, problemas emocionales, bajas aspiraciones académicas e incluso la pobreza (Price & Hyde, 2009; Mazaferro, Murray & Ness, 2006; González, Molina, Montero & Martínez, 2013; CONAPO,2008).

Y con respecto a la variable prácticas parentales se hallaron investigaciones que relacionan un conjunto de conductas problema que se hacen presentes en la adolescencia como por ejemplo consumo de tabaco, alcohol y drogas, intento de suicidio, conducta antisocial y conducta sexual (Andrade, Betancourt & Palacios, 2006).

Sin embargo no se ha medido la relación entre las prácticas parentales y el debut sexual prematuro. En ese sentido surge la necesidad de evaluar el grado de asociación entre dichas variables.

Evaluar las prácticas parentales y el debut sexual, permitirá identificar y comprender cuáles son las prácticas que se asocian a una actividad sexual precoz así como conocer cuáles son las más adecuadas, que permitan un desarrollo adecuado en el adolescente y que su transición de niño a adulto no sea llena de confusiones, miedos, y consecuencias que afecten a él y a su familia.

CAPITULO VI

MÉTODO

6.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué relación existe entre las prácticas parentales y el debut sexual prematuro en adolescentes?

6.2 OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la relación entre las Prácticas Parentales, apoyo parental (comunicación) control psicológico (autonomía, imposición y control psicológico) y control conductual y el debut sexual prematuro en adolescentes.

Objetivo específico

Determinar la edad de inicio de la sexualidad en los adolescentes

Identificar las Prácticas Parentales asociadas al debut sexual prematuro

6.3 HIPÓTESIS

Existe relación estadísticamente significativa entre la ausencia de control conductual y el debut sexual prematuro en adolescentes.

6.4 VARIABLES

Prácticas Parentales

Definición conceptual:

Estrategias específicas que utilizan los padres para educar a sus hijos directamente hacia las metas de socialización del niño y del adolescente (Dairling y Steinberg, 1993). Dichas estrategias se agrupan en tres componentes principalmente: el apoyo parental, el control

conductual y el control psicológico (Andrade y Betancourt, 2008). Dentro de estas se hallan cuatro dimensiones principalmente. A continuación se describen:

Comunicación: hace referencia a las prácticas de confort y diálogo que tienen los padres hacia el adolescente. **Control Psicológico:** está relacionado con las actitudes de devaluación y chantaje que realizan los padres hacia los hijos. **Imposición:** que alude al sometimiento del adolescente a las creencias de los padres, supervisión y conocimiento de las actividades que realiza el hijo, **Autonomía:** que implica la promoción de la individualidad del hijo que efectúan los padres (Segura, Vallejo, Osorno y Rojas, 2011).

Definición operacional:

El puntaje obtenido en la Escala de Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2010) que se mide con cuatro opciones de respuesta que van de 1 - Nunca 2 - Pocas veces 3 - Frecuentemente y 4 - Siempre.

Debut sexual prematuro

Definición conceptual:

La primera relación sexual que tiene el adolescente antes de que su cuerpo y su mente estén maduros. (Zegers, 2003).

Definición operacional:

¿Has tenido relaciones sexuales?

¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

6.5 MUESTRA

351 adolescentes que refieran haber presentado al menos una relación sexual

Criterios de inclusión

Ser adolescente con edad entre 12 y 18 años

Manifestar haber presentado debut sexual

6.6 INSTRUMENTO

Escala de Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2010)

Son ochenta reactivos con cuatro opciones de respuesta, escala tipo Likert y se divide en nueve dimensiones, para el caso de las prácticas parentales maternas son cinco y se hallan las siguientes dimensiones (Andrade & Betancourt, 2010):

Comunicación materna: Comunicación existente entre la madre y el adolescente.

Autonomía materna: El respeto que muestran la madre en las decisiones que toman los hijos.

Imposición materna: El grado en que la madre impone sus creencias y conductas al hijo.

Control psicológico materno: Inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas al adolescente.

Control conductual materno: Conocimiento que tienen la madre y el hijo sobre sus actividades.

Y para el caso de las prácticas parentales paternas se hallan cuatro dimensiones definidas de la siguiente manera:

Comunicación y control conductual paterno: Comunicación existente entre el padre y el adolescente y conocimiento que tiene el padre de las actividades de sus hijos.

Autonomía paterna: El respeto que muestra el padre en las decisiones que toman los hijos.

Imposición paterna: El grado en que el padre impone sus creencias y conductas al hijo.

Control psicológico paterno: Inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas al adolescente.

6.7 DISEÑO

No experimental de tipo transversal ya que no se manipularon las variables y se realizó en una sola medición (Kerlinger & Lee, 2002)

6.8 PROCEDIMIENTO

Se solicitó el permiso de las autoridades correspondientes de las escuelas donde se levantaron los datos (dos escuelas de nivel medio superior) con el fin de llevar a cabo las aplicaciones con previo consentimiento.

El instrumento se aplicó de manera personal, en los pasillos de las escuelas, se les informó a los participantes el objetivo general del estudio, se leyeron las instrucciones del instrumento y si había alguna duda se aclaró. Se hizo hincapié en que fueran sinceros y que sus respuestas serían confidencial.

6.9 ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis estadístico se aplicaron técnicas de estadística descriptiva, medidas de tendencia central, con el fin de obtener la edad promedio de los adolescentes que presentaron su debut sexual.

Para calcular los niveles de correlación de las prácticas parentales con la edad de inicio de las relaciones sexuales se utilizó un modelo matemático de la estadística inferencial paramétrica conocido como correlación de Pearson, mediante el programa estadístico SPSS versión 21. Dichas correlaciones se interpretaron por su magnitud, signo y por su significancia

CAPÍTULO VII ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos. En primer lugar se presentan los resultados de la muestra que presentó un debut sexual prematuro y más adelante se presentan los resultados que presentaron un debut sexual no prematuro.

Los reportes incluyen datos sociodemográficos de la población, aspectos relacionados al su debut sexual y al final, las pruebas de correlación realizadas para cumplir el objetivo del presente trabajo.

Datos sociodemográficos

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	Femenino	13	39.4
	Masculino	20	60.6
EDAD	15	2	6.1
	16	8	24.2
	17	5	15.2
	18	18	54.5
CON QUIEN VIVE	Ambos padres	23	69.7
	Madre	3	9.1
	Padre	1	3.0
	Tíos	0	0
	Pareja	6	18.2
	Otros	0	0
TOTAL		33	100

La muestra que presentó debut sexual prematuro estuvo conformada por 33 adolescentes de entre 15 y 18 años de edad de los cuáles 13 participantes fueron mujeres 39.4% y 20 hombres equivalente al 60.6%. La edad promedio de dichos participantes fue de 16.5 años. El 69.7% de la población vivía con ambos padres, el 9.1% únicamente con su madre, el 3%

sólo con su padre, el 3.4% y el 18.2% con su pareja. En la tabla 1 se resumen los datos de los participantes.

En la Tabla 2 se observan las características del debut sexual de la muestra, entre ellas la edad del debut sexual que va desde los 10 años con un participante hasta los 13 años con 29 personas que equivalen el 87.9% de la muestra, se observa que fue la edad de 13 años en que la mayoría de la muestra tuvo su debut sexual, asimismo la respuesta que predominó con respecto al tipo de pareja con quién tuvo su primer relación sexual fue con su novio (a) seguida de un amigo (a), asimismo se observa que la mayoría de la muestra no planeó su debut sexual y por otra parte hubo un 9.1% que se sintió presionado al momento de su primer relación sexual.

Tabla 2. Datos de los participantes y su debut sexual

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEBUT SEXUAL	Si	33	100
	No	0	
EDAD DEL DEBUT SEXUAL	10	1	3.0
	11	2	6.1
	12	1	3.0
	13	29	87.9
TIPO DE PAREJA	Novio (a)	16	48.5
	Amigo (a)	8	24.2
	Algún conocido (a)	1	3.0
	Algún desconocido (a)	7	21.2
	Persona del mismo sexo	1	3.0
FUE PLANEADO	Si	9	27.3
	No	24	72.7
TE SENTISTE PRESIONADO PRESIONADO	Si	3	9.1
	No	30	90.9
TOTAL		33	100

En la tabla número 3 se muestra la correlación entre la edad de debut sexual y las prácticas parentales maternas y paternas, ambas correlaciones fueron débiles y poco significativas.

TABLA 3. Correlación entre la edad de debut sexual y las prácticas parentales

PRACTICAS PARENTALES	CORRELACIÓN R	SIG.
MATERNAS	.226	.206
PATERNAS	-.107	.594

En la tabla 3.1 se muestra la correlación entre la edad de debut sexual y cada una de las dimensiones de las prácticas parentales maternas. Sin embargo, para ninguna de las cinco dimensiones se halló relación pues la correlación fue débil y poco significativa. Así mismo para la dimensión de autonomía materna se halló una relación inversamente proporcional (tiene signo negativo).

TABLA 3.1 Correlación entre la edad de debut sexual y las dimensiones de las prácticas parentales maternas

DIMENSIÓN DE LAS PRÁCTICAS PARENTALES DE LA MADRE	CORRELACIÓN R	SIG.
COMUNICACIÓN MATERNA	.032	.861
AUTONOMÍA MATERNA	-.228	.202
IMPOSICIÓN MATERNA	.322	.068
CONTROL PSICOLÓGICO MATERNO	.336	.056
CONTROL CONDUCTUAL MATERNO	.207	.247

En la tabla 3.2 se observa la correlación entre la edad de debut sexual y cada una de las dimensiones de las prácticas parentales paternas, al igual que para las dimensiones

maternas, estas prácticas no mostraron correlación, ya que su relación fue baja y poco significativa. Así mismo las dimensiones de autonomía paterna y control psicológico paterno mostraron resultados negativos, es decir son inversamente proporcionales.

TABLA 3.2. Correlación entre la edad de debut sexual y las dimensiones de las prácticas parentales paternas

DIMENSIÓN DE LAS PRÁCTICAS PARENTALES DEL PADRE	CORRELACIÓN R	SIG.
COMUNICACIÓN Y CONTROL CONDUCTUAL PATERNO	.034	.865
AUTONOMÍA PATERNA	-.156	.438
IMPOSICIÓN PATERNA	.045	.822
CONTROL PSICOLÓGICO PATERNO	-.216	.279

De acuerdo a los resultados anteriores ni las prácticas parentales maternas ni las prácticas parentales paternas mostraron una relación estadísticamente significativa con la edad del debut sexual de los adolescentes.

A continuación se van a describir los resultados hallados en la población que mostró un debut sexual no prematuro, es decir de los catorce años en adelante.

Datos sociodemográficos

Esta muestra estuvo conformada por 318 adolescentes de entre 15 y 19 años de edad de los cuáles 136 participantes fueron mujeres 42.8% y 182 hombres equivalente al 57.2%. La edad promedio de dichos participantes fue de 17 años. El 67.9% de la población vivía con ambos padres, el 19.8% únicamente con su madre, el 4.7% sólo con su padre, el 1.9% con su pareja, el .6% con tíos y un 5% con otros. En la tabla 4 se resumen los datos de los participantes.

Tabla 4. Datos sociodemográficos de la muestra

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	Femenino	136	42.8
	Masculino	182	57.2
EDAD	15	8	2.5
	16	50	15.7
	17	89	28.0
	18	168	52.8
	19	3	.9
CON QUIEN VIVE	Ambos padres	216	67.9
	Madre	63	19.8
	Padre	15	4.7
	Tíos	2	.6
	Pareja	6	1.9
	Otros	16	5.0
TOTAL		318	100

En la Tabla 5 se observan las características del debut sexual de la muestra, entre ellas la edad del debut sexual que va desde los 14 años con 57 participantes hasta los 18 años con 35 personas que equivalen al 11% de la muestra, se observa que fue la edad de 16 años en que la mayoría de la muestra tuvo su debut sexual, asimismo la respuesta que predominó con respecto al tipo de pareja con quién tuvo su primer relación sexual fue con su novio (a) con un 78.6% seguida de un amigo (a), sin embargo, muestra un porcentaje claramente inferior con un 13.2% asimismo se observa que la mayoría de la muestra no planeó su debut sexual y por otra parte hubo un 8.5% que se sintió presionado al momento de su primer relación sexual.

Tabla 5. Datos de los participantes y su debut sexual

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEBUT SEXUAL	Si	318	100
	No	0	
EDAD DEL DEBUT SEXUAL	14	57	17.9
	15	89	28
	16	98	30.8
	17	39	12.3
	18	35	11
TIPO DE PAREJA	Novio (a)	250	78.6
	Amigo (a)	42	13.2
	Algún conocido (a)	6	1.9
	Algún desconocido (a)	16	5.0
	Persona del mismo sexo	4	1.3
FUE PLANEADO	Si	122	38.4
	No	196	61.6
TE SENTISTE PRESIONADO PRESIONADO	SI	27	8.5
	No	291	91.5
TOTAL		318	

En la tabla número 6 se muestra la correlación entre la edad de debut sexual y las prácticas parentales maternas y paternas, ambas relaciones al igual que en la primer muestra fueron débiles y poco significativas.

TABLA 6. Correlación entre la edad de debut sexual y las prácticas parentales

PRACTICAS PARENTALES	CORRELACIÓN R	SIG.
MATERNAS	.101	.072
PATERNAS	.027	.647

En la tabla 6.1 se muestra la relación entre la edad de debut sexual y cada una de las dimensiones de las prácticas parentales maternas. Únicamente hubo una correlación significativa y positiva de .161 en la dimensión de control conductual materno con una significancia de .004, con respecto a las demás dimensiones la correlación fue débil y poco significativa. Sin embargo, para la dimensión de control psicológico materno se halló una relación inversamente proporcional al salir resultados negativos.

TABLA 6.1 Correlación entre la edad de debut sexual y las dimensiones de las prácticas parentales maternas

DIMENSIÓN DE LAS PRÁCTICAS PARENTALES DE LA MADRE	CORRELACIÓN R	SIG.
COMUNICACIÓN MATERNA	.070	.216
AUTONOMÍA MATERNA	.067	.237
IMPOSICIÓN MATERNA	.006	.918
CONTROL PSICOLÓGICO MATERNO	-.056	.323
CONTROL CONDUCTUAL MATERNO	.161	.004

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En la tabla 6.2 se observa el grado de relación entre la edad de debut sexual y cada una de las dimensiones de las prácticas parentales paternas, donde dicha relación es débil y poco significativa. Con respecto a la dimensión de control psicológico materno se hallaron resultados negativos, es decir que dicha relación es inversamente proporcional.

TABLA 6.2. Correlación entre la edad de debut sexual y las dimensiones de las prácticas parentales paternas

DIMENSIÓN DE LAS PRÁCTICAS PARENTALES DEL PADRE	CORRELACIÓN R	SIG.
COMUNICACIÓN Y CONTROL CONDUCTUAL PATERNO	.062	.299
AUTONOMÍA PATERNA	.082	.172
IMPOSICIÓN PATERNA	-.093	.119
CONTROL PSICOLÓGICO PATERNO	-.023	.695

Únicamente hubo una correlación significativa y positiva de .161 en la dimensión de control conductual materno con una significancia de .004, es decir, a mayor control conductual más difícil es el debut sexual prematuro; con respecto a las demás dimensiones la correlación fue débil y poco significativa. Sin embargo, para la dimensión de control psicológico materno se halló una relación inversamente proporcional al salir resultados negativos, en otras palabras, a mayor control psicológico menos es el debut sexual prematuro.

CAPÍTULO VIII. **DISCUSIÓN**

En la presente investigación se planteó como objetivo principal determinar si las prácticas parentales influían sobre el debut sexual prematuro en los adolescentes.

Atendiendo a dicho objetivo principal, la metodología empleada permitió conocer los coeficientes de correlación y el grado de significancia entre la edad de debut sexual y las prácticas parentales maternas y paternas.

La muestra se dividió en dos poblaciones, los participantes que presentaron debut sexual prematuro (n=33) que de acuerdo con la bibliografía revisada en esta investigación menciona que a los trece años o menos se puede hablar de prematuro y, la otra parte de la población que representó a los participantes que no tuvieron debut sexual prematuro al tener su debut sexual a partir de los catorce años. Para ambas muestras el procedimiento fue el siguiente:

En primer lugar se midió la edad del debut sexual de los participantes con las practicas parentales maternas y paternas, los resultados indicaron relaciones débiles y poco significativas para ambas prácticas, sin embargo, dada la naturaleza de la escala utilizada, dichas prácticas se agruparon por dimensiones, para el caso de las prácticas parentales maternas se agrupó en cinco dimensiones y para el caso de las prácticas parentales paternas se agrupó en cuatro dimensiones.

Con respecto a las dimensiones que incluyen las prácticas parentales maternas se hallan comunicación materna, autonomía materna, imposición materna, control psicológico materno y control conductual materno, los resultados obtenidos para las cuatro primeras dimensiones fueron relaciones, débiles y poco significativas, sin embargo para la dimensión de control conductual materno se halló una correlación baja pero significativa y positiva de .161 con una significancia de .004.

Los hallazgos obtenidos en esta muestra son contrarios a los señalados en otros estudios, donde el control psicológico paterno (imposición, chantaje) se relaciona con la presencia de conductas problema. En otras palabras, es relevante el hecho de que el control conductual sea significativo pues de acuerdo con la literatura, el control conductual (establecimiento de

reglas), contrario al control psicológico (imposición, chantaje), se asocia con la ausencia de conductas problemáticas, entre ellas: consumo de sustancias tóxicas, riesgo de suicidio y debut sexual prematuro (Palacios y Andrade, 2008).

Asimismo Hovell, Sipan, Blumberg, Atkins, Hofstetter y Kreitner (2005) hallaron que el control conductual de los padres es un aspecto del ambiente familiar que se relaciona con la sexualidad de los adolescentes pues los hijos de padres que ejercen mayor control y supervisión estableciendo límites y reglas acerca de las actividades de noviazgo y el monitoreo de citas presentaron mayor probabilidad para demorar el inicio de su actividad sexual, a diferencia de los adolescentes que no son supervisados.

En ese sentido los resultados de la población que presentó debut sexual no prematuro es consistente con la bibliografía revisada ya que a mayor control conductual materno mayor probabilidad de que el adolescente presente un debut sexual no prematuro.

Es necesario mencionar que aunque las siguientes relaciones de las dimensiones de las prácticas parentales no son estadísticamente significativas proporcionan una valiosa información al momento de establecer programas psicológicos o talleres de sexualidad dirigidos a los adolescentes, ya que, dichos resultados nos dan una visión de lo que podemos incluir y de lo que podemos descartar.

Para la dimensión de imposición materna se halló una correlación moderada de .322 con una significancia del .068, y, con respecto a la dimensión de control psicológico materno se encontró una relación de .336 con una significancia de .056.

Al parecer en esta muestra la imposición y el control psicológico impiden un debut sexual prematuro. Esta asociación puede tener diversas explicaciones, una de ellas puede ser la edad de los jóvenes de la muestra. Si bien fueron adolescentes de 16 años, ya podrían tener una mayor autonomía y autoestima permitiendo comprender las consecuencias de un debut sexual prematuro.

Con respecto a las cuatro dimensiones de las prácticas parentales paternas también se halló que las correlaciones fueron débiles y poco significativas, para la primera dimensión, la comunicación y control conductual paterno se halló una relación de .034 con una

significancia de .865, para la dimensión de autonomía paterna se presentó una relación inversamente proporcional de $-.156$ con una significancia de .438.

Para la dimensión de imposición paterna se encontró una relación de $.045$ con una significancia de .822 y finalmente para la dimensión de control psicológico paterno se halló una relación inversamente proporcional de $-.216$ con una significancia de .279 la correlación presentada fue débil y negativa, es decir que a mayor control psicológico menor probabilidad de mostrar un debut sexual prematuro.

Estos hallazgos indican que las prácticas paternas no presentaron ninguna correlación significativa, ello puede explicarse que el padre casi no está presente para hablar sobre sexualidad con su hijo. Estos datos son consistentes con otros estudios (Betancourt, 2008) donde la figura paterna (aun cuando contesten el cuestionario) no dicta las reglas o imposiciones en el hijo.

Tomando en cuenta los hallazgos antes mencionados, se puede concluir que las prácticas parentales paternas no se decisivas en el debut sexual de los adolescentes y las prácticas maternas si tienen importancia siempre y cuando varia la edad de los jóvenes.

La mayoría de los adolescentes encuestados presentaron su debut sexual a la edad de 16 años con una frecuencia del 27.8 %, seguida de un 25.3% a la edad de 15 años, esto coincide con lo reportado por diversos estudios en México (ENS 2006, en: ENJ, 2012; CONAPO 2006; Jiménez, Andrade, Betancourt y Palacios 2007)

Resultados muy similares se obtuvieron en un estudio realizado en España (Castro, Bermúdez y Buena-Casal, 2011) donde se reporta que la edad de inicio para los varones es de 16 años mientras que para las mujeres es de 15 años aproximadamente.

Por otra parte se hallaron diferencias significativas con respecto a otras investigaciones (Abreu, et al. 2008; Della, 2005) quienes mencionan que la precocidad está aumentando en los adolescentes, pues sus resultados reportan que la edad de inicio de relaciones sexuales se ubica entre los 12 y 13 años respectivamente, por lo menos en la muestra de los adolescentes que mostraron un debut sexual prematuro se confirma dicha afirmación, sin embargo para la muestra que corresponde a los adolescentes que presentaron un debut

sexual no prematuro, que es la más representativa, se halló que la mayoría de los adolescentes se ubicó entre los 15 y 16 años.

Cabe mencionar que para completar las evaluaciones realizadas se recabo información adicional de los participantes con el fin de integrar una mejor descripción de la muestra y tener una visión integrada de las condiciones de cada individuo, aunque no fueron variables propias del objetivo de estudio se obtuvieron características como:

Datos sociodemográficos, en los cuales se observa que la mayoría de los participantes de ambas muestras viven con ambos padres y, en porcentajes menores viven con alguno de sus padres, 9.1% y 19.8% vive con su madre y el 3% y 4.7% vive con su padre, otro 18.2% y 1.9 % vive con su pareja. En primer lugar se describe la población de debut sexual prematuro y después la población de debut sexual no prematuro.

Lo anterior puede ser una variable a considerar en los resultados pues dentro de la metodología de esta investigación no se consideró el hecho de que algunos adolescentes vivieran con su pareja y para el caso de la muestra de debut sexual prematuro fue del 18.2%.

Otro factor adicional de la investigación hace referencia a la persona con quien se tuvo la primer relación sexual, en donde la mayoría de la muestra la tuvo con su pareja, dato de suma importancia al momento de elaborar un taller, ya que de acuerdo con Pérez de la Barrera y Pick (2006) señalan como el mejor predictor de conducta sexual protegida con la pareja sexual regular a la habilidad de comunicación asertiva, por lo que es más fácil exigir el uso del condón con la pareja habitual que con parejas eventuales o desconocidas.

Asimismo se le preguntó a la muestra si su debut sexual fue planeado, para lo cual la mayoría reportó que no lo planearon, lo anterior coincide con lo reportado por Moreno, Rivera, Robles, Barroso, Frías y Rodríguez (2008) quienes hallaron que menos de la mitad de los participantes planearon su relación sexual, en esta investigación el 68.8 % no planeó su primer relación sexual lo cual va relacionado con el uso de métodos anticonceptivos.

Otro aspecto que se investigó fue sí se presentó presión al momento de su relación sexual, sin embargo no se consideró que la palabra presión se pudo interpretar de manera diferente entre hombres y mujeres, pues los primeros entendieron presión al respecto de su

desempeño sexual, mientras que para las mujeres fue actuar en contra de su propia voluntad. Se sugiere que para futuras investigaciones sí se quiere conocer este dato, se haga de una manera más clara para que todos los participantes entiendan lo mismo.

Si bien para ambas muestras hubo relaciones débiles y poco significativas y sólo una correlación débil y se rechaza la hipótesis ya que no existe relación estadísticamente significativa entre la ausencia de control conductual y el debut sexual prematuro en adolescentes, sin embargo, esto arroja resultados importantes, como es el hecho de que no solo depende de la educación que le dan los padres a los hijos, quizá como se pudo observar, si influye pero no determina.

Existen otras variables que en esta investigación no se consideraron como por ejemplo dentro de la bibliografía revisada para llevar a cabo esta investigación, el factor amigos (Crooks ,& Baur, 2010; Sánchez-Zamorano, Llerenas, Anaya-Ocampo & Lazcano-Ponce, 2007 & Cáceres, 1994) son una variable de suma importancia para la ejecución de ciertas conductas, muchas veces los adolescentes actúan por la presión social más que por que de verdad quieran hacerlo.

Estas actitudes se relacionan con otras variables que pudieran influir en la edad del debut sexual de los adolescentes y se refiere a las características personales de cada persona. Ya lo decía Price y Hyde (2009) donde menciona en uno de sus estudios que jóvenes con problemas emocionales y carencia de habilidades sociales se encuentran más expuestos Asimismo la estabilidad emocional del adolescente se presenta como un factor influyente en dicho fenómeno (Shutt-Aine, & Maddaleno, 2003).

Como puede notarse son muchas las variables que se asocian a un debut sexual prematuro, no sólo las prácticas parentales predicen dicho evento, sin embargo, a continuación se mencionan algunas de las limitantes que surgieron al realizar la presente investigación:

- La Escala de Prácticas Parentales es demasiado larga por lo cual muchos de los encuestados al final parecía que perdían el interés
- La muestra solo incluye a estudiantes que cursaban el nivel medio superior, no se consideraron adolescentes que no estudiaban

Se concluye que al menos una dimensión de las prácticas parentales de la madre, el control psicológico, pueden predecir la actividad sexual de los adolescentes ya sea prematura o tardía, es decir a mayor control conductual materno mayor probabilidad de que el adolescente presente debut sexual no prematuro o por el contrario a menor control conductual materno menor probabilidad de que el adolescente presente debut sexual prematuro.

Para el caso de las prácticas parentales de la madre fue la dimensión de control conductual materno significativa pues el hecho de que las madres monitoreen las conductas de sus hijos ayuda a prevenir un debut sexual prematuro.

Este trabajo contribuye con información de las características de los jóvenes susceptibles de debut sexual prematuro, como es el rango entre 10 y 15 años, a esta edad, es conveniente implementar talleres de sexualidad para ambos sexos, y sería conveniente se impartan en forma separada. Tales talleres deben incluir además explicación de autoestima y autonomía, porque al carecer de estas fortalezas psicológicas el joven puede ser objeto de manipulación por sus iguales.

En ese sentido autoras como Pérez de la Barrera y Pick (2006) sugieren incluir en estos talleres habilidades de comunicación, entrenamiento asertivo y habilidades de negociación, destrezas de suma importancia para los adolescentes al momento de protegerse en sus relaciones sexuales.

Esto con el fin de evitar problemas psicológicos, emocionales y sociales en las adolescentes que quedaran embarazadas, tomaran la elección de abortar o que hubieran contraído alguna enfermedad de transmisión sexual pues como se vio a lo largo de este trabajo las consecuencias psicológicas son difíciles de sobrellevar debido a que, como se vio en la presente investigación los adolescentes todavía están formando su estructura física emocional y cognoscitiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, R., Oliva, A., García, G., León M. & Naranjo, M. (2008). *Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales*. Algunos factores desencadenantes. Gaceta Médica Espirituana: Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández"
- Aguilar, J., Valencia, A. & Romero, P. (2004). Estilos parentales y desarrollo psicosocial en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Psicología*. 21, .2, 119-129.
- Alegret, J., Lonellas, J., Font, P. & Funes, J., (2005). *Adolescentes: relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo*. Barcelona: Colección Familia y Educación.
- Alva, M., Amuchástegui, A. & Zenteno, R. (1994). *Razones y pasiones en torno al aborto*. México: Edamex.
- Alva, M. (2007). *Y después del aborto: ¿Qué? Ante una realidad irreversible una ventana de esperanza*. México: Trillas.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo A., Segura B. & Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*. 35, 1 México ene./feb. 2012.
- Andrade, P. & Betancourt, D. (2010). Escala Prácticas Parentales para adolescentes: PP-A. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Andrade, P., Betancourt, D. & Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*. 15, 91-101.
- Andrade, P. & Betancourt, D. (2008). Prácticas parentales: una medición integral. *La psicología social en México*. Asociación Mexicana de Psicología Social 12,561-565.
- Andrade, P. & Palacios, D. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Ciencias Sociales Investigación Universitaria Multidisciplinaria*. 7, (7) 7-18.

- Barbera, E. & Martínez, I. (2004). *Psicología y género*. México: Pearson/ Prentice Hall.
- Bocanegra, E. (2007). *Las prácticas de crianza entre la Colonia y la Independencia de Colombia: los discursos que las enuncian y las hacen visibles*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales: Niñez y Juventud* 5 (1) 1-21: www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html.
- Blos, P. (1986). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Grupo Editorial Planeta.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. España: Paidós.
- Brown, J. & Strasburger, V. (2007). *From Calvin Klein to Paris Hilton and My Space: adolescents, sex, and the media*. Europe PubMed Central: USA
- Buelga, S. & Lila, S. (1999). *Adolescencia, familia y conducta antisocial*. CSV: Valencia
- Cáceres, J. & Escudero, V. (1994). *Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados*. Madrid: Piramide.
- Calado, M., Lameiras, M. & Rodríguez, Y. (2003). *Influencia de la imagen corporal la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios*. *International Journal of Clinical and Health Psychology* Universidad de Vigo: España. 4 (2) 357-370.
- Calero, J. & Santana, F. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Revista Cubana de Salud Pública*. 27, 1, 50-57 Sociedad Cubana de administración de Salud. Cuba
- Cardone, C. (2012). *Childhood and adolescence in society*. Washington, DC: Selection from CQ Researcher.
- Castañeda, J., De la Torre, M., Morán, J. & Lara, L. (2002). *Metodología de la investigación* México: McGraw Hill

- Castro, A., Bermudez, M., Buela-Casal, G. & Madrid, J. (2011). Variables psicosociales que median en el debut sexual de adolescentes en España. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 43, 1, 83-94.
- Cava, M. & Musitu, G. (2001). Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 54 (2) 297-311
- CONAPO (2006). *La situación demográfica de México 2006*. México: Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (2008). *La situación demográfica de México 2008*. México: Consejo Nacional de Población.
- Crooks, R. & Baur, K. (2010). *Nuestra Sexualidad*. Latinoamérica: Cengage Learning
- Dairling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin* 113 (3) 487-496.
- Della, M., (2005). Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. *Psicología y Salud*. 15 (1) 45-56.
- Durán, P., Penzo, M., Martínez, G., Bazano, M., Maddaleno, M., Hortonella, Y., De Mucio, B., Grunbaum, S. & Fescina R. (2010). *Sistema Informático del Adolescente (SIA): Historia clínica del adolescente y formularios complementarios: instrucciones de llenado y definición de términos*. Montevideo: Publicación científica; 1579.
- Elkind, D. (1981). *El niño y la realidad. Tres aspectos del desarrollo*. Barcelona: Paidós.
- Encuesta Nacional de la Juventud (2010). *Resultados generales*. México: SEP, Instituto Nacional de la Juventud.
- Encuesta Nacional de Salud (2012). *Resultados nacionales*. México: Secretaría de Salud.
- Erikson, E. (1980). *Identidad juventud y crisis*. España: Taurus humanidades.

- Erikson, E (1983). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Horme.
- Escamez, J., (1997). *Prevención de la drogadicción*. España: Nau libres.
- Esteve, J. (2005). *Estilos parentales, clima familiar y autoestima física en adolescentes*. Departamento de psicología social: Universidad de Valencia, Servei de publicacions, Tesis doctoral.
- Garcia, G. (1996). *Piaget*. México: Trillas.
- González, E., Molina, T., Montero, V., & Martínez, V. (2013). Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 78 (1).
- González, E., Montero, A., Martínez, V., Mena, P. & Varas, M. (2010). Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 75 (2) 84-90.
- González, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: El Manual Moderno.
- Gowen L, Feldman S, Diaz R. & Yisrael S. (2004). A comparison of the sexual behavior and attitudes of adolescent girls with older vs. similar-aged boyfriends. *Journal of Youth and Adolescence*. 33 (2) 167-175.
- Guillen, R. (2010). *Psicología de la obesidad: Esferas de vida, Complejidad y Multidisciplina*. México: UNAM.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: niños socialmente competentes*. México: UNAM

- Hoddinott, J., Maluccio, J., Behrman, J., Flores, R. & Martorell R. (2008). Effect of a nutrition during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *The Lancet*. 371 (9610) 411-416.
- Hoffman, I., Paris, S., & Hall, E., (1995). *Psicología del desarrollo hoy*. (6a.ed.) España: McGraw-Hill.
- Horrocks, J. (1984). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Hovell, M., Sipan, C., Blumberg, E., Atkins, C., Hofstetter, R. & Kreitner, S. (2005). Family influences on latino an anglo adolescents. *Journal of Marriage and the Family*. 56 (4) 973-986.
- Hurlock, E., (1976). *Psicología de la adolescencia*. Argentina: Paidós.
- Hutchinson, M, Jemmott, J., Jemmott, L., Braverman, P. & Fong, G. (2003). The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: A prospective study. *J Adolesc Health* 2003 (33) 98-107.
- INEGI (2010). *Censo de población y vivienda*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Izzedin, R. & Pachajoa, A. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza... ayer y hoy. *Liberabit. Revista de Psicología*: Perú 15 (2) 109-115.
- Jeffrey, A. (2010). *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural*. México: Pearson Educación.
- Jiménez, S., Andrade, P., Betancourt, D. & Palacios, J. (2007). Habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgo en jóvenes. *Revista intercontinental de Psicología y educación*, Universidad Intercontinental: México 9 (002) 147-162.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (1988). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Mc Graw Hill
- Kohlberg, L., (1992). *Psicología del Desarrollo moral*. España: Desclée de Browser SA

- León, P., Minassian, M., Borgoño, R. & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*. 5 (1) 42-51.
- Mc Bride, M. (2008). *Maternal depression and child maladjustment: the role of parental style* Washington State University, Pullman, Washington, presented in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts in Clinical Psychology The University of Montana Missoula, MT.
- Madden, J. (1984). *Alcoholismo y farmacodependencia*. México: El Manual Moderno.
- Mazaferro, K., Murray, P., Ness, R., Bass, D., Tyus, N. & Cook, R. (2006). Depression, stress and social support as predictors of high-risk sexual behaviors and STIs in Young Women. *Journal of Adolescent Health*. 39 (4) 601-603.
- Méndez, M., Andrade P. & Peñaloza, R. (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista intercontinental de educación, Universidad intercontinental: México*, 15 (1) 99-118.
- Merino, C. & Arndt, S. (2004). Análisis factorial confirmatorio de la Escala de estilos de crianza de Steinberg: validez preliminar de constructo *Revista de Psicología de la PUCP*. 22 (2) 189-214.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala C. A. (2008). Situación de la función rectora de la autoridad sanitaria nacional. Guatemala.
- More, S. & Rosenthal, D., (1995). *Sexuality in adolescence*. Canada: USA.
- Moreno, D., Rivera, B., Robles, S., Barroso, R., Frías, B. & Rodriguez, M. (2008). *características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial*. *Psicología y Salud* 18 (002) 207-225.
- Musitu, G. & Allatt, P. (1994). *Psicosociología de la familia*. Valencia: Albatros.

- Musitu, G., Buelga, S., Vázquez, M., Murillo, L. & Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia: un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Departamento de Psicología Social de la Universitat de València: Síntesis.
- Musitu, G. & García, F. (2001). ESPA 29 Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia TEA Ediciones: Madrid.
- Musitu, G. & Molpeceres, M. (1992). Estilos de socialización, familismo y valores. *Infancia y sociedad*. Universidad de Valencia 16, 66-101.
- O'Donnell, L., Donnell, RC, & Stueve, A. (2001). *Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: the reach for health study*. *Fam Plann Perspect*. 33 (6) 268-275.
- Organización de las Naciones Unidas sobre VIH-SIDA, Organización Panamericana de la Salud & Ministerio de Salud (2008). *Salud, VIH-SIDA y sexualidad trans*.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Departamento de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. *Electronic Reference* (en línea). Recuperado el 08 de marzo del 2014
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *“Vinculación de programas y servicios de salud sexual y reproductiva, género y prevención de VIH e ITS”* Washington, D.C.
- Ortiz, A., (1995). *Razones y pasiones en torno al aborto una contribución al debate*. México: Edamex.
- Ortiz, G. (2008). *Estilos de crianza maternos en niños con conducta disocial*. Tesis de licenciatura en Psicología. México: FES Zaragoza, UNAM.
- Pacheco, Citron & Serrano- García (2006). *Familia Reconstituida “El significado de familia en la familia reconstituida”*. *Psicología Iberoamericana*.

- Palacios, R. (2005). *Estilos parentales y conductas de riesgo en adolescentes*. Tesis de licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Palacios, J. & Andrade, S. (2008). *Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en los adolescentes*. Ciencias sociales y humanidades: UNAM.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Feldman, R. (2005). *Desarrollo humano*. México: McGraw- Hill.
- Perez de la Barrera, C. & Pick, S. (2006). *Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos*. Revista interamericana de Psicología 40 (3) 333-340.
- Piaget, J. (1985). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Barcelona: Ares y Mares.
- Price, M., & Hyde, J. (2009). *When two isn't better than one: predictors of early sexual activity in adolescence using a cumulative risk model*. Journal of Youth and Adolescence, 38 (8) 1059-1071.
- Raya, A. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. Universidad de Córdoba, Departamento de Psicología área de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos Tesis doctoral.
- Reymond-R, B., (1978). *Desarrollo social del niño y del adolescente*. Ed. Herder España: Barcelona.
- Rocha-Sanchez, T. & Díaz, R., (2005). *Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres*. Universidad de Murcia Serv de Publicaciones, Anales de Psicología.
- Rodriguez, F., (2005). *Infecciones por transmisión sexual: formación continuada*. México: Logoss.
- Rodriguez, M., Del Barrio M. & Carrasco, M. (2009). *¿Cómo perciben los hijos la crianza materna y paterna? Diferencias por edad y sexo*. Universidad Nacional de Educación a distancia. Escritos de psicología. 2 (2) 10-18.

- Sanjuan, M. e Ibañez, P. (1992). *Todo sobre las drogas legales e ilegales incluido alcohol y tabaco*. Madrid: Dykinson.
- Sanchez-Zamorano, L., Llerenas, A., Anaya-Ocampo, R., & Lazcano-Ponce, E. (2007). *Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo del tabaco en una muestra de estudiantes en México*. *Salud Pública de México INSP* 49 (2) pp182-193.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*. España: McGraw Hill.
- Schofield, M. (1972). *El comportamiento sexual de los jóvenes*. España: Fontanella SA.
- Segura, H., Vallejo, A., Osorno, J., Rojas, R. & Reyes, S. (2012). La escala de prácticas parentales de Andrade y Betancourt en adolescentes veracruzanos. *Revista de educación y desarrollo* 18 (Julio-septiembre) 67-73.
- Shaffer, D., Velázquez, J. & Ortiz, M. (2000). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México: International Thomson.
- Silva, M., (1994). *Sexo y adolescencia: Texto para padres*. Chile: Universidad Católica de Chile.
- Silva, C. (2007). *Trastornos alimentarios: cómo prevenir detectar y qué hacer si se presentan*. México: Pax.
- Shutt-Aine, J. & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas* Unidad de Salud y Desarrollo de Adolescentes Programa de Salud de la Familia y Población División de Promoción y Protección de la Salud Programa de VIH/SIDA División de Prevención y Control de las Enfermedades Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Trapnell, D., Meston, C. & Gorzalka, B. (1997). Spectatoring and the Relationship between body image and sexual experience: Self-focus or Self-valence? *The journal of Sex Research*. 34 (3) 267-278.

Vallés, A. (1998). *Padres hijos y drogas: una estrategia de intervención para la prevención de las drogodependencias* Ed. Generalistat Valenciana Madrid: España.

Weiner, I. & Elkind, D. (1976). *Desarrollo normal y anormal del adolescente* Paidós: Buenos Aires.

Zegers, B. (2003). *Descubrir la sexualidad*. Universidad Católica de Chile: Chile Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas 2003.

APENDICES

Hola, somos personas que estudiamos en la UNAM, queremos que por favor nos ayudes respondiendo este cuestionario acerca de cómo llevas acabo tu sexualidad. En el caso de que aún no hayas tenido relaciones sexuales, puedes entregarnos la encuesta. Te recordamos que tus respuestas son totalmente confidenciales y nadie se va a enterar de lo que contestes.

Gracias por tu ayuda

¿Eres? Hombre () Mujer () ¿Cuántos años tienes? _____

¿Con quiénevives? _____

1. ¿Has tenido relaciones sexuales?

() Si

() No

2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____ años.

3. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

() novio (a)

() amigo (a)

() conocido (a)

() desconocido (a)

4. ¿Fue planeada?

() Si

() No

5. ¿Te sentiste presionado (a)?

() Si

() No

Asimismo también queremos conocer la forma en la que piensan y sienten los jóvenes de tu edad y la forma en la que las mamás y papás tratan a sus hijos(as). Si tienes alguna duda por favor ten confianza y pregúntanos lo que quieras saber. Te recordamos que nadie se va a enterar de lo que contestes.

Escala Prácticas Parentales para adolescentes: PP-A

GRACIAS POR TU AYUDA

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que **TU MAMÁ** se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que ella hace contigo.

MI MAMÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Sabe en dónde estoy cuando salgo de mi casa				
2. Le digo lo que hice, cuando salgo y regreso a casa				
3. Me hace sentir que soy un(a) inútil				
4. Sabe en dónde estoy después de la escuela				
5. Me dice que soy un(a) "burro(a)"				
6. Habla conmigo sobre mis problemas				
7. Me deja tomar mis propias decisiones				
8. Me impone las cosas que ella piensa				
9. Me grita por cualquier cosa				
10. Conoce a mis amigos (as)				
11. Respeta las decisiones que tomo				
12. Cuando me castiga me hace sentir culpable				
13. Cree que todos debemos pensar como ella				
14. Se enoja conmigo por cualquier cosa				
15. Le platico sobre los planes que tengo con mis amigos				
16. Todo lo que hago le parece mal				
17. Platica conmigo como buenos(as) amigos (as)				
18. Cuando estoy triste me consuela				
19. Apoya mis decisiones				
20. Me dice que soy un(a) mal(a) hijo(a)				
21. Ella cree que tiene la razón en todo				
22. Respeta mis ideas, sin criticarme				
23. Me dice groserías o insulta, si me porto mal				
24. Conoce lo que hago por las tardes después de la escuela				
25. Me pregunta qué hago con mis amigos				
26. Platica conmigo de cómo me va en la escuela				
27. Me ayuda en mis problemas				

MI MAMÁ:		Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
28.	Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
29.	Quiere que sea como ella es				
30.	Me da confianza para platicarle algo muy personal de mí mismo (a)				
31.	Respeto mi punto de vista, aunque sea diferente del que ella dice				
32.	Quiere que haga todo lo que ella dice				
33.	Me da confianza para que me acerque a ella				
34.	Me dedica tiempo para platicar				
35.	Quiere que piense como ella piensa				
36.	Entiende las razones que le digo				
37.	Respeto mis decisiones aunque no sean las mejores				
38.	Platica conmigo de las cosas que me suceden				
39.	Piensa que todo lo que dice está bien				
40.	En la casa se hace lo que ella dice				

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que TU PAPÁ se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que él hace contigo.

MI PAPÁ:		Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1.	Habla conmigo sobre mis problemas				
2.	Me trata injustamente				
3.	Platica conmigo como buenos amigos				
4.	Me impone su manera de ser				
5.	Me consuela cuando estoy triste				
6.	Quiere que sea como él es				
7.	Me culpa por todo lo que sucede				
8.	Me escucha de forma paciente cuando le platico mis problemas				
9.	Me amenaza, si me porto mal				
10.	Me dedica tiempo para platicar				
11.	Me ayuda en mis problemas				
12.	Respeto mis gustos				
13.	Cree que todos debemos pensar igual que él				
14.	Pienso que me tiene mala voluntad				
15.	Me da confianza para que me acerque a él				
16.	Me culpa por cualquier cosa				
17.	Le platico las cosas que me suceden				
18.	Respeto mi punto de vista, aunque sea diferente del que él dice				
19.	Platica conmigo de lo que hago en mi tiempo libre				

MI PAPÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
20. Respeta las decisiones que tomo				
21. Él cree que tiene la razón en todo				
22. Me deja tomar mis propias decisiones				
23. Entiende mi manera de ser				
24. Me pregunta sobre las cosas que me pasan durante un día normal en la escuela				
25. En la casa se hace lo que él dice				
26. Acepta mi forma de expresarme				
27. Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
28. Me pregunta sobre las cosas que hago en mi tiempo libre				
29. Me hace sentir que soy un(a) inútil				
30. Me grita por cualquier cosa				
31. Se enoja conmigo por cualquier cosa				
32. Apoya mis decisiones				
33. Platica conmigo sobre los planes que tengo con mis amigos(as)				
34. Quiere que haga lo que él dice				
35. Platica conmigo sobre todo lo que hago				
36. Me pregunta qué hago con mis amigos(as)				
37. Me dice que sus ideas son las correctas y que no debo de dudarlas				
38. Platica conmigo sobre cómo me va en la escuela				
39. Cuando salgo y regreso a casa, le digo lo que hice				
40. Quiere que piense como él piensa				