

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO



Campus León

División de Ciencias de la Salud

Departamento de Psicología

“CREENCIAS DE MADRES Y PADRES SOBRE SEXUALIDAD Y SU EXPRESIÓN EN HIJAS E HIJOS”

Presentada por:

Ana Karen Jazmín Martínez Melchor

Para obtener el grado de:

Maestra en Ciencias del Comportamiento

Bajo la dirección de:

Dr. Luis Felipe García y Barragán

Comité tutorial:

Dra. Alejandra Viridiana Espinoza Romo

Dr. Fredi Everardo Correa Romero

Agradecimientos

A mi madre, Enriqueta, por impulsarme siempre, más allá de sus creencias, a hacer lo que me gusta. Por escuchar y apoyar mis planes. Por permitirse acompañarme aún con la distancia. Por creer en mí y por permitirme seguir aprendiendo tanto de ella. Por su cariño.

A mi padre, Rafael, porque con todo lo que compartimos y no, sigue apoyando las decisiones que he tomado. Por su cariño.

A mis hermanos Rafa y Paulo, a mis hermanas Estrella y Lucero, porque llenan mi vida de una alegría y complicidad inigualable, disminuyendo las preocupaciones que se presentaron durante el desarrollo de mi proyecto.

A mis tías Luzma y Lety por siempre tener una palabra de aliento que me permitiera continuar.

A mis abuelas y a mi Yaya por sus bendiciones al alejarme de casa.

A mi prima María, porque siempre ha sido mi inspiración para lograr lo que me propongo.

A mi amiga Caro, por su amistad, acompañamiento y cariño incondicional a lo largo de este proceso.

Al Dr. Luis Felipe García, por su confianza en mí y por impulsarme siempre a participar en actividades académicas que hicieran crecer mi experiencia y aprendizaje. Por la amistad construida en este proceso, los consejos y el apoyo.

A Viri y Fredi, mis lectores, quienes dispusieron de su tiempo y su mirada crítica hacia mi proyecto.

A todas y todos los participantes de este proyecto, por su tiempo, interés y disposición a obtener una visión más amplia de las vivencias y creencias asociadas con la sexualidad.

Índice

Introducción	5
Sexo y sexualidad	7
Género	10
Salud	14
Salud sexual y reproductiva	16
Erotismo y placer sexual	19
Educación sexual integral (ESI)	21
Tipos de educación sexual	26
Evolución en la implementación de ESI	29
Adolescencia	33
Problemáticas sociales más relevantes en la etapa de la adolescencia	35
1. Suicidio en la adolescencia	35
2. Trastornos alimenticios en la adolescencia	36
3. Violencia Sexual en la adolescencia	37
4. Embarazo en la adolescencia	38
Familia	44
Vínculos familiares	48
Familia y sexualidad	50
Vivencias de la sexualidad	53
Honor familiar	55
Valores tradicionales de la cultura	57
Premisas Histórico-Socioculturales (PHSCs)	59
Obediencia afiliativa	61
Comunicación entre padres e hijos(as)	62
Religión y religiosidad	64
Creencias	67
Intención para hablar de sexualidad	74
Método	76
Resumen del diseño de investigación	76
Fase cualitativa	76
Fase cuantitativa	81

Resultados	88
Resultados de la fase cualitativa	88
Resultados de la fase cuantitativa	118
Conclusiones.....	139
Referencias	147
Anexos	159
Anexo 1. Guía de entrevista	159
Anexo 2. Consentimiento informado	163
Anexo 3. 100 preguntas sobre sexualidad adolescente	164
Anexo 4. Cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes	165
Anexo 5. Escala de creencias parentales.....	166

Creencias de madres y padres sobre sexualidad y su expresión en hijas e hijos.

Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad, el concepto de sexualidad ha sido construido bajo una serie de creencias subjetivas (mayormente llenas de prejuicios), “moldeado por posturas moralistas que descalifican la libertad de elegir” (Álvarez & Balsa, 2019, p.22), a partir del cual, la vivencia de la sexualidad se ha visto limitada en términos de lo permitido y lo prohibido de acuerdo con el comportamiento sexual de hombres y mujeres (Bard Wigdor, 2016) de acuerdo con la época y las reglas morales que rigen a la población.

Según Vera Gamboa (1998), durante el purantismo del siglo XVII, XIX y hasta el siglo XXI, las normas de conducta sexual se han regulado por las instituciones de mayor impacto social como la iglesia y el gobierno, donde se ha etiquetado a la conducta sexual como inapropiada si no es con fines reproductivos y dentro de los estándares de *normalidad* que éstas mismas han establecido.

Es hasta mediados del siglo XIX e inicios del XX que comienzan a surgir teorías que intentaban explicar la conducta sexual desde un enfoque que no girara en torno de los supuestos religiosos, como la teoría de la personalidad de Sigmund Freud (1856 – 1939) donde todas las personas son seres sexuales desde la infancia (Montaño et al., 2009) y la obra de Havellock Ellis (1933), *Psychology of sex*, donde presenta al deseo sexual como inherente a hombres y mujeres, desmitificando las conductas sexuales y resaltando las diferencias en los papeles sociales entre el hombre y la mujer relacionados con su sexualidad (Mora, 2014).

En el aspecto psicosocial, varias teorías intentaron modificar los estereotipos en torno a las diferencias entre el comportamiento sexual de hombres y mujeres, como Geramine

Greer (1939) que hace observaciones en los roles asignados a la mujer en el matrimonio y las *cualidades* que la caracterizaban como pasiva en la vida de casada. Por otro lado, Baños (2019) menciona que, a lo largo de los años, han permanecido creencias en torno a la sexualidad que “limitan la exploración del cuerpo, el descubrimiento de sensaciones placenteras y las prácticas sexuales” (p.55), particularmente al pensar que es hasta la adolescencia o la adultez cuando se inicia a vivir y experimentar la sexualidad. De acuerdo con esta autora, las creencias limitantes han “censurado la curiosidad y exploración corporal y las sensaciones que emergen del cuerpo” (p.55), no sólo en épocas pasadas, sino hasta la actualidad.

Entonces, la desmitificación de la sexualidad y de las creencias irracionales asociadas a la misma, da inicio desde el momento en que se cuestiona, se busca y se adquiere un conocimiento amplio en torno a los factores físicos, sociales y psicológicos que definen al ser sexual; por ejemplo, Flores (2001) menciona que, generalmente, ha habido la tendencia a categorizar a la especie humana en únicamente dos categorías dentro de la biología (mujeres y hombres) para hacer una diferenciación sexual, sin tomar en cuenta los aspectos psíquicos y socioculturales inherentes a la concepción de la sexualidad: “si en la antigüedad bastaba con la observación de los genitales para saber el sexo del recién nacido, ahora es necesario reunir un conjunto de criterios y disciplinas para conocerlo” (p.101). Es decir, la sexualidad fue y continúa siendo un tema de interés y divergencia a lo largo del tiempo, donde el estudio de los factores sociales y biológicos han tenido que converger para conseguir un panorama más amplio sobre este elemento.

Sexo y sexualidad

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) menciona que el *sexo* es el conjunto de “características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres” (2018, p.1), es decir, aquellos elementos que a simple vista pueden distinguir si una persona es hombre o mujer. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2018) menciona que “estas características biológicas [...] no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos y son llamados intersexuales” (p.3).

Entonces, al haber personas que poseen características sexuales de hombre y mujer, no basta con la definición predominantemente binaria entre los sexos para comprender ampliamente el significado de la palabra sexo, sino que es necesario identificar elementos como el sexo genético (cromosomas sexuales), la estructura gonadal (presencia de ovarios o testículos), la morfología de los genitales internos (útero y trompas de falopio en las mujeres y la ausencia de estas en los hombres) y las hormonas sexuales (estrógenos y progesteronas en el caso de las mujeres y andrógenos en los hombres) para identificar el sexo de una persona (Flores, 2012).

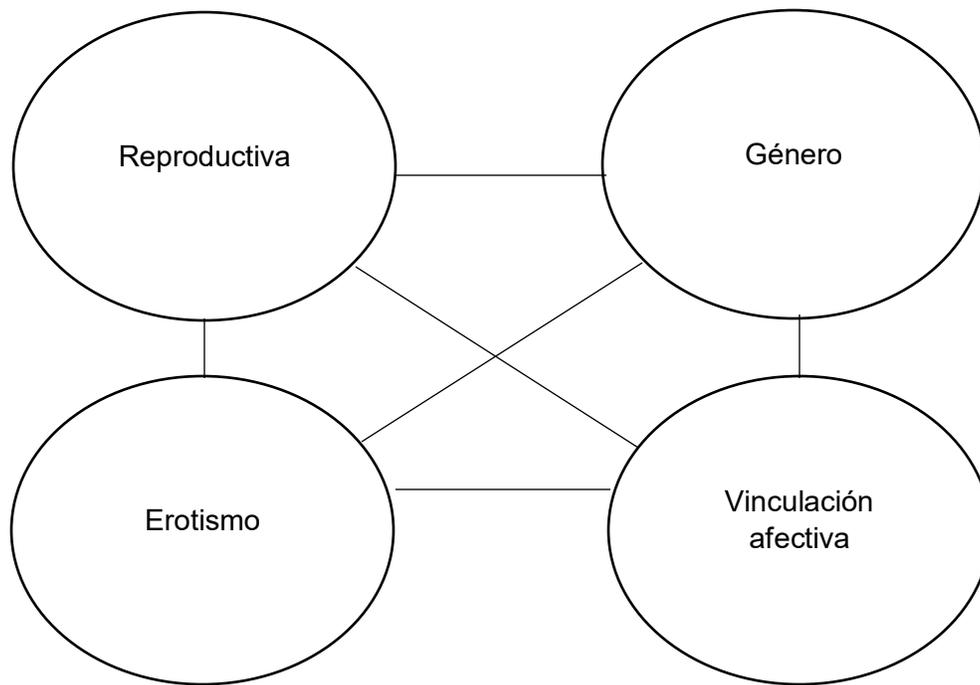
No obstante, las características biológicas no son los únicos elementos para definir a una persona como hombre o como mujer, ya que entran en juego las prácticas, símbolos, valores, normas, creencias, conductas, sentimientos, entre otros elementos que son parte de la vivencia de la sexualidad y la identidad de una persona. Puede ser común que, en el lenguaje coloquial, las palabras sexo y sexualidad se perciban como sinónimos una de otra, pero no lo son. Para establecer una diferencia entre ambas palabras, la OMS (2018) define a la *sexualidad* como:

una dimensión fundamental del ser humano, que integra al sexo, las identidades y roles de género, orientación sexual, erotismo, placer, vinculación afectiva y reproducción. Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, funciones y relaciones interpersonales. (p.3).

De manera similar a la definición anterior, Faccioli y Ribeiro (2003) mencionan que hablar de sexualidad no debe limitarse al mero acto sexual ni a la reproducción que procede a éste, sino que existe un lado amplio y poco estudiado en torno a “aprendizajes, reflexiones, planteamientos, valores morales y toma de decisiones” (p.75) que también deben considerarse como parte de la vivencia personal y compartida de la sexualidad humana.

Rubio (1994), a través del Modelo Holónico de la Sexualidad Humana, propone que la sexualidad es un producto de la combinación de cuatro *potencialidades humanas* u *holones* sexuales que se mantienen en constante interacción (ver Figura 1): reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva interpersonal (Instituto Nacional de Salud Pública; 2015). De forma que la sexualidad es una construcción que resulta de las experiencias que las personas viven, donde tienen las potencialidades de “procrear, pertenecer a una especie dismórfica, experimentar placer físico durante la respuesta sexual y la de desarrollar vínculos afectivos con otras personas” (p.39).

Sin embargo, este modelo propuesto por Rubio (1994) parece tener una perspectiva limitada de la sexualidad, donde los holones refieren al comportamiento esperado en las personas heterosexuales, dejando de lado la variedad de orientaciones, preferencias e identidades sexuales.

Figura 1.

Nota: Modelo Holónico de la Sexualidad Humana propuesto por Eusebio Rubio (1994).

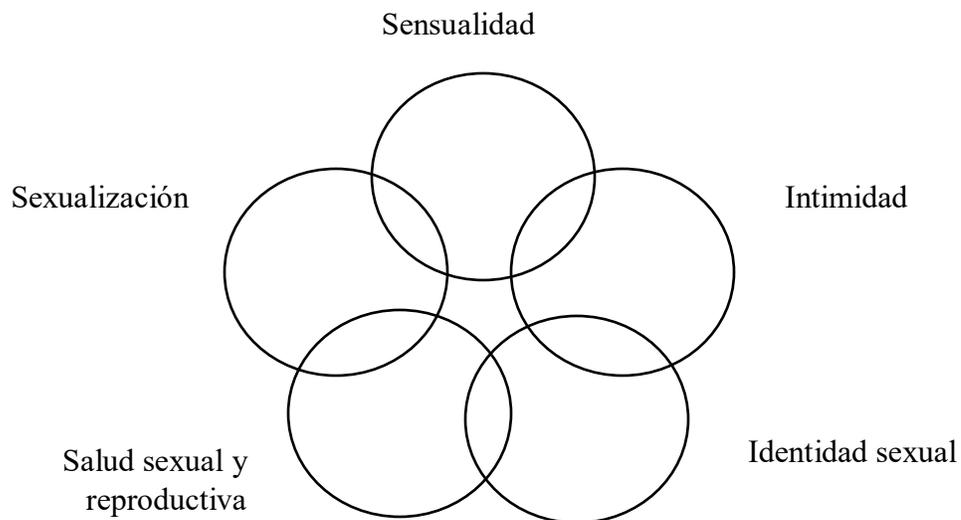
Adaptación de INSP, Embarazo Adolescente, 2015, p.39.

Por otro lado, Dailey (1981), propone un modelo de sexualidad llamado The Circles of Human Sexuality (los círculos de la sexualidad humana) donde, desde una perspectiva más integral, indica que la sexualidad comprende casi todos los aspectos del individuo, desde aspectos familiares, culturales, religiosos, científicos y políticos, hasta actitudes, valores y sentimientos. En la Figura 2 pueden observarse los círculos que comprenden este modelo, donde la *Sensualidad* se relaciona con la conciencia, aceptación y comodidad con el propio cuerpo y su disfrute y el erotismo; la *Intimidad* hace referencia a la habilidad o necesidad de experimentar cercanía con otras personas; la *Identidad sexual* sugiere la consonancia con un sentido de masculinidad y feminidad; la *Salud sexual y reproductiva* refiere a actitudes y comportamientos asociados con la procreación y el cuidado de los órganos sexuales; y la

Sexualización, que es el uso de la sexualidad para influir, controlar o manipular a otras personas (Turner, 2020, p. 311-314).

Figura 2.

The circles of human sexuality



Nota: Figura basada en el trabajo original de Dennis M. Dailey (1981).

Género

Otro elemento transversal en la vivencia de la sexualidad es el género, entendido como el “conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas que la sociedad asigna a las personas de forma diferenciada como propias de hombres y mujeres” (Álvarez & Balsas, 2019, pp. 27 - 28). Es decir, la forma en que se espera se comporte una persona en cualquier ámbito (laboral, sexual, académico, familiar, etc.) estará definida por el contexto al que pertenece y, a pesar de que parezca una manera socialmente aceptada para catalogar el comportamiento humano, lo cierto es que también es

una forma de propiciar la desigualdad entre géneros al limitar o prohibir comportamientos que sean diferentes a los que le fueron asignados a una persona al nacer con sexo de hombre o de mujer (Bordi, 2008).

Por ejemplo, la creencia de que las mujeres deben ser *delicadas, pasivas y glamurosas* y que los hombres deben ser *fuertes, seguros y caballerosos*, puede limitar las acciones y posibilidades de las personas cuya identidad no corresponde al sexo biológico asignado al nacer. Es aquí donde la *identidad de género* entra en la vivencia de la sexualidad: es la forma en que cada persona siente, expresa y vive su sexualidad a nivel individual y público, independientemente del sexo con el que nació, de manera que posee la libertad de modificar su apariencia o función corporal por medio de las conductas sociales e incluso procesos quirúrgicos (Secretaría de Gobernación, 2016). Es decir, aun cuando la persona haya nacido hombre o mujer en un sentido biológico, esto no determina su masculinidad o feminidad como expresión de género (Álvarez & Balsas, 2019).

Así, las vivencias de la sexualidad asociadas con el género se han visto influenciadas por los roles o “deberes asociados a lo femenino y masculino” (Hernández & González, 2020, p.113). Por ejemplo, el papel de las mujeres parece estar asociado principalmente con las actividades domésticas, de cuidado y protección no sólo de los hijos(as) al ser madres, sino de todos los integrantes de la familia (personas mayores o enfermas), quedando siempre al servicio de los demás (Lagarde, 1997, como se citó en Hernández & González, 2020). Por otra parte, el papel de los hombres, y en su momento de padres, parece asociarse con un “rol del protector y soporte económico, el que sale al mundo público a desempeñar el trabajo remunerado, quien toma las decisiones, establece las reglas y protege a la familia” (Hernández & González, 2020, p.113).

Hernández y González (2020), a través de su estudio sobre los roles y estereotipos de género en el comportamiento sexual, sugieren que, en torno a las conductas sexuales esperadas en el rol femenino, las mujeres identifican la *dominación*, *virilidad*, *rudeza* y *rendimiento sexual* en los hombres como roles *normales* o tradicionales de los mismos, pero esperan que estos actúen con igualdad, buen trato y afectividad durante las relaciones sexuales. En cuanto a las respuestas de los hombres, éstos reconocen en las mujeres roles tradicionales como el *recato*, la *afectividad* y la *sumisión*, pero esperan que se comporten de manera *extrovertida*, *seductora* y que puedan sentir placer, pero que no sobre pase el de ellos. Los resultados muestran que, en ambos casos, continúan predominando estereotipos tradicionales en torno a las conductas sexuales de hombres y mujeres, aunque también comienza a haber flexibilidad en la percepción de los roles de ambos (Hernández & González, 2020).

Relacionado con lo anterior, Hidalgo (2018) menciona que un tema a resaltar en la permanencia de los roles sexuales, es la normalización de la violencia en las relaciones, tanto en hombres como en mujeres, pues influye negativamente en la manera en que las personas viven la sexualidad, ya sea en el espacio público (laboral, académico, social) o en el espacio privado (familiar, amistades, relaciones de pareja), bajo creencias donde los hombres deben tener siempre el control y las mujeres deben mostrarse sumisas y buscando satisfacer a los hombres.

Estos roles asociados al género suelen tener origen a *nivel cultural* (discursos aprendidos en la escuela, la familia, la religión y los medios de comunicación), *nivel interpersonal* (patrones de conducta estructurados a partir de la interacción con el grupo de pares) y el *nivel intrapsíquico* (sentimientos y fantasías de un individuo sobre el

comportamiento sexual). Estos tres niveles son parte de la formación de los papeles sexuales que desempeñan las personas en la actualidad (Greene & Faulkner, 2005).

En función de lo que se ha mencionado respecto a la vivencia del género, en el año 2001, en México, la *perspectiva de género*, entendida como un concepto metodológico que “busca mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres se dan no sólo por su determinación biológica, sino también por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos” (Gobierno de México, 2001), se consideró parte esencial de las prácticas políticas y sociales con la creación del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

Sin embargo, la adopción de esta perspectiva en los programas sociales parece no haber podido materializarse (Rosales Mendoza & Flores Soriano, 2009); en el área educativa, los temas que se han abordado en materia de sexualidad con perspectiva de género se han delimitado a hablar de anatomía, fisiología de los aparatos reproductivos, embarazo, enfermedades de transmisión sexual y anticonceptivos (Guzmán & Escamilla, 2017), dejando de lado el entendimiento de la sexualidad como una construcción sociocultural que contiene una amplia variedad de expresiones, identidades y comportamientos, y lo que es peor, suponiendo que sólo hay una forma de vivir la sexualidad, donde todos y todas tienen los mismos valores, piensan y sienten lo mismo (Álvarez & Balsas, 2019). Esta suposición va en contra de los Derechos Sexuales y Reproductivos y la posibilidad de recibir información integral, actualizada y verídica con respeto a las preferencias de cada persona.

Dentro de este marco, es necesario cuestionarse las prácticas y creencias que mantienen los estereotipos asociados a los roles de género, la violencia y discriminación (UNFPA, 2014), especialmente a través del análisis y desarrollo de políticas públicas y trabajos institucionales que promuevan la salud física y mental en la población, así como la

libertad de vivir la sexualidad a partir de un esquema sano, funcional y a la medida de las características, preferencias y gustos de cada individuo.

Salud

El Instituto Nacional de Salud Pública (2014), menciona que el desarrollo de la educación en torno a la sexualidad es esencial para asegurar la salud y bienestar de la población mexicana, pero para hablar de salud, es necesario identificar qué comprende este término y cómo es posible medir el bienestar. La OMS (1948) estableció la definición de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.16).

Sin embargo, es complicado pensar que todas las personas pueden alcanzar un bienestar completo de salud; hay una serie interminable de factores que fácilmente pueden alterar ese bienestar: la contaminación ambiental, el estrés en áreas académicas, laborales y familiares, hábitos culturalmente nocivos como la mala alimentación y falta de ejercicio, carencia u omisión de información que promueva el autocuidado, entre otros (Vázquez et al., 2009).

A pesar de que la definición de salud que proporciona la OMS es de las más completas y de uso recurrente, se han seguido haciendo modificaciones; por ejemplo, en 1962, la Federación Mundial para la Salud Mental precisa a la salud como “el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes” (Vázquez et al., 2009, p.16), acepción que permite contemplar los diferentes estratos socioeconómicos, sociales, físicos y emocionales en que las personas viven. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), desde un enfoque crítico a la definición que proporciona la OMS en 1948, menciona que los

indicadores de salud parten de la medición objetiva de tres áreas fundamentales: mental, física y social, que a su vez requieren del establecimiento de tres tipos de mediciones:

1. *Medidas consolidadas de salud*, encargadas de medir la salud en grandes grupos de población.
2. *Mediciones ecológicas o ambientales*, que hace referencia a las características físicas del lugar donde viven los grupos de personas, es decir, factores externos al individuo.
3. *Mediciones globales*, que incluyen atributos contextuales de los grupos como la densidad poblacional, principales actividades que proporcionan ingreso económico, entre otros (pp.5-6).

Entonces, los parámetros para medir la salud de un grupo de personas dependerán, entre otras cosas, de las características contextuales, culturales y sociales particulares de la zona donde dicha población reside (Vázquez et al., 2009).

Por otra parte, a diferencia de la salud, el *bienestar* es un concepto multidimensional que no sólo contempla factores grupales-contextuales, sino también individuales, como la percepción y evaluación de las condiciones asimiladas como *adecuadas* para vivir y que proporcionan satisfacción o felicidad al individuo (Carmona Valdés, 2009). Estos factores individuales reciben el nombre de *bienestar personal*, que de acuerdo con el modelo propuesto por Ryff (1995), incluye:

evaluaciones positivas de uno mismo y la vida pasada (autoaceptación), un sentido de crecimiento y desarrollo continuo como persona (crecimiento personal), la creencia de que la vida de uno tiene un propósito y es significativa

(propósito en la vida), la posesión de relaciones de calidad con los demás (relaciones positivas), la capacidad de gestionar efectivamente la propia vida y el mundo circundante (maestría) y un sentido de autodeterminación (autonomía) (p.720).

Es así como puede concluirse que, poseer determinado nivel de salud no implica necesariamente una sensación de bienestar personal, dado que éste último implica una variedad de dimensiones como el nivel socioeconómico, la sensación de libertad de expresión, los derechos humanos que las personas poseen y ejercen, el acceso a educación y servicios de salud, entre otros (Veenhoven, 1994, como se citó en Carmona, 2009). Específicamente en torno al acceso a servicios de salud, se abrirá paso a mencionar la salud sexual y reproductiva como dimensiones del bienestar personal.

Salud sexual y reproductiva

Zapata y Gutiérrez (2016) a través de una extracción de los conceptos básicos de sexualidad (OMS, 1975), concretaron una definición de salud sexual como:

bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social [...] no se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre, es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen (p.47).

En pocas palabras, la salud sexual se compone de un equilibrio entre el bienestar físico, psicológico y sociocultural que depende, a su vez, del cuidado y la atención que se les brinde a las siguientes áreas:

- *Integridad corporal y sexual*: comportamientos que promuevan la salud a fin de prevenir enfermedades de transmisión sexual, evitar mutilaciones corporales, embarazos a temprana edad y violencia sexual.
- *Erotismo*: conocimiento del propio cuerpo y su respuesta sexual, reconocimiento del placer sexual, relaciones sexuales seguras, responsables y basadas en el consentimiento.
- *Equidad de género*: reconocimiento de la libertad de elegir y comportarse de acuerdo con género con el cual la persona se identifica, vivir libres de discriminación y aceptar las diferencias de género.
- *Orientación sexual*: evitar la discriminación basada en la orientación sexual, libertad para expresar las preferencias sexuales y respeto a las decisiones de los demás.
- *Vínculos afectivos*: evitar las relaciones coercitivas, de explotación, violentas o de manipulación (Vasallo, 2007, p.p. 5-6).

Un concepto frecuentemente asociado con la salud sexual es la *salud reproductiva*, el cual está centrado en la información de métodos anticonceptivos, servicios de atención en el proceso de embarazo y parto, infecciones en los aparatos reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, entre otros (Ramos, 2006). Para evaluar la salud reproductiva también existen indicadores que pueden estimar y predecir, a nivel grupal, el funcionamiento de los programas y servicios de salud de acuerdo con sus objetivos, dentro de los cuales destaca los

siguientes: la variedad de servicios de planificación familiar, el acceso a métodos anticonceptivos, el porcentaje de nacimientos en las diferentes edades y la reducción de la mortalidad materno-infantiles, la cobertura y acceso a dichos servicios, incidencia de abortos, así como la calidad de la atención médica en hospitales y clínicas (Indicadores para evaluar la salud reproductiva y los programas pertinentes, 1998).

Particularmente en México, se hace uso de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) desde el año 1992, para conocer la situación de salud sexual y reproductiva en el país. Esta encuesta sirve también para “focalizar y evaluar los programas gubernamentales para que tengan mayor impacto sobre la población” (Consejo Nacional de Población, 2016, p.2).

La ENADID (2019) contempla como principales indicadores de salud reproductiva los porcentajes en torno a los siguientes rubros:

- transiciones a la vida reproductiva y la fecundidad,
- conocimiento sobre anticonceptivos,
- uso de anticoncepción en la primera relación sexual,
- anticoncepción en mujeres en edad fértil,
- mujeres sexualmente activas y
- demanda insatisfecha de anticoncepción y salud materna (pp.1-43).

Cabe resaltar que la mayoría de los resultados de esta encuesta, son datos provenientes de mujeres, no incluyen datos de la población masculina, lo cual evidencia la poca inclusión de los hombres y su responsabilidad en el cuidado y mantenimiento de la salud reproductiva. Además, existe una percepción de la salud sexual y reproductiva mayormente

asociada a aspecto biológico, por ejemplo, el embarazo, el aborto y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), dejando de lado el aspecto psicológico y sociocultural que también forma parte de la definición de salud sexual y reproductiva.

Erotismo y placer sexual

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (2015), el erotismo se asocia principalmente con “experiencias que conllevan intercambios corporales que traen consigo excitación y orgasmos” (p.39), es decir, las prácticas, pensamientos, representaciones a través de las cuales los cuerpos experimentan placer. De esta forma, al ser la sexualidad una manifestación cultural, el placer sexual termina siendo un producto social, ligado a las costumbres y normas aceptadas respecto al ejercicio de las prácticas sexuales (Rostagnol, 2016).

De acuerdo con el modelo de los cuatro holones de la sexualidad (Rubio & Ortiz, 2012), el holón del erotismo menciona que este elemento va adquiriendo forma y significado desde que las y los infantes comienzan a experimentar sensaciones agradables en el cuerpo, tales como caricias, besos, cosquillas, autoexploración y tocamientos en sus genitales o en alguna otra parte de su cuerpo. Sin embargo, este erotismo infantil generalmente es ignorado y sustituido por el significado del erotismo adulto, el cual “está compuesto de muchos otros elementos [...] que pueden desencadenar la respuesta sexual humana y culminar en la actividad sexual” (Álvarez-Gayou, 2001, como se citó en Álvarez & Balsa, 2019), y que contempla el proceso imaginativo que conlleva al deseo y desencadena el orgasmo.

Hablando del erotismo adulto, la sociedad y sus costumbres, desde la perspectiva feminista, ha construido un concepto de la sexualidad y el placer/erotismo desde una estructura patriarcal, donde existen desigualdades y opresiones específicamente dirigidas al

ejercicio de la sexualidad femenina (Rubin, 1989). Es hasta la segunda ola del feminismo (1950 – 1980) que comienza a marcarse la “importancia del clítoris como un símbolo de libertad erótica” (Anne Koedt, 1969) para las mujeres, e ir desmitificando el ejercicio de la sexualidad femenina desde una perspectiva meramente reproductiva y biológica.

La percepción de la sexualidad desde un aspecto meramente biológico ha tenido como resultado que las investigaciones y aportaciones versen mayormente en torno a temas de salud pública como la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y prevención de embarazos en la adolescencia (Trejo & Díaz-Loving, 2017) que, si bien son importantes áreas de atención, terminan por opacar la búsqueda del placer sexual como parte integral de la salud sexual.

Como definición conceptual, el *placer sexual* es el resultado de la interacción entre el “funcionamiento genital y fisiológico [...], las dimensiones individual, psicológica, relacional y social [...] es un estado afectivo positivo generado por la estimulación sexual” (Rodarte, 2010, citado en Trejo y Díaz-Loving, 2017, p.9).

De acuerdo con estudios de Trejo y Díaz-Loving (2017), para la población mexicana, el concepto de placer sexual en las mujeres adquiere significado al compartir con otra persona una relación sexual donde exista intimidad y confianza, y en los hombres, la vivencia del placer sexual está en función del coito, la penetración y de las prácticas masturbatorias, evidenciando la influencia de los discursos de género estereotípicos donde las mujeres sienten placer sólo durante las relaciones sexuales (con otro hombre) y menos durante la masturbación, a diferencia de los hombres, donde esta última práctica es más común y socialmente aceptada.

Es por esto por lo que, para poder entender la sexualidad desde la amplitud y riqueza de su significado, es necesario transmitir información verídica, preferentemente desde los componentes de que integra la Educación Sexual Integral (ESI): género, salud sexual y reproductiva, relaciones, violencia, diversidad y ciudadanía (INSP, 2015).

Educación sexual integral (ESI)

En México no existe una definición sobre la ESI establecida por alguna organización pública o privada a pesar de ser uno de los países de Latinoamérica con un alto porcentaje de adolescentes y jóvenes que inician su vida sexual a edades tempranas, con un alto índice de embarazos en etapa adolescente, enfermedades de transmisión sexual, delitos por violencia sexual a mujeres y niñas, entre otros (Ipas, 2018). Por consiguiente, es el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2016) el organismo que proporciona la siguiente definición de la educación sexual integral (ESI):

conjunto de información adecuada a las edades de los jóvenes, basada en los derechos y la perspectiva de género y que incluye temas de desarrollo humano, anatomía, salud sexual y reproductiva, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual (ETS), cultura y roles de género, derechos sexuales y reproductivos, discriminación y abuso sexual, con el objetivo de influir positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población (párr.1)

Por otro lado, el organismo estadounidense proveedor de servicios de salud reproductiva Planned Parenthood, define a la ESI como la “enseñanza de calidad y aprendizaje de una amplia variedad de temas relacionados al sexo y la sexualidad [...] para obtener las herramientas necesarias que permitan manejar las relaciones y nuestra propia salud sexual” (Planned Parenthood, s.f, p.1). Este organismo sugiere también una serie de

temas idóneos para la enseñanza en la sexualidad, los cuales se encuentran desglosados en la Tabla 2.

Tabla 2.

Temas para una enseñanza en la sexualidad

Tema	Subtema
Desarrollo Humano	Reproducción
	Pubertad
	Orientación sexual
	Identidad de género
Relaciones	Relaciones de familia
	Relaciones de amistad
	Noviazgo
Herramientas personales	Comunicación
	Negociación
	Toma de decisiones
Comportamiento sexual	Abstinencia
	Sexualidad a lo largo de la vida
Salud sexual	Enfermedades
	Anticonceptivos
	Embarazo
Sociedad y cultura	Roles de género
	Diversidad sexual
	Sexualidad en los medios

Nota: Información obtenida de Planned Parenthood Federation of America Inc., 2020,

Educación sexual integral.

De acuerdo con las dos definiciones anteriores, la ESI es aquella que integra temas de salud sexual y reproductiva al igual que de derechos y relaciones sociales, que propone

empoderar a los y las jóvenes para la toma de decisiones responsables, basadas en un análisis de sus habilidades y conocimientos, comunicación y otros valores necesarios para su interacción con el contexto (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2018).

Sin embargo, dado que la sexualidad es un tema que se ha asociado principalmente con aspectos biológicos que excluyen los elementos relacionales, emocionales y psicológicos, donde la prohibición y los mitos han limitado la exploración y la vivencia de este aspecto inherente al ser humano (López, 2016), la información obtenida ha provenido principalmente de medios como la pornografía, las telenovelas, las revistas, las charlas en los grupos de convivencia, y en menor medida de personal experto en el tema, lo que ha provocado que “el ejercicio de la sexualidad se convirtió en un conocimiento empírico, con base en el ensayo y error” (Álvarez & Balsas, 2019, p. 18).

De forma que, de acuerdo con López (2016), podemos distinguir dos de las principales formas en las que se proporciona educación sobre sexualidad: la *educación informal* y *formal*. En primer lugar, la educación formal es la que se ha adquirido en alguna institución educativa a lo largo de la vida académica y en la que deberían participar alumnas, alumnos, profesores y profesoras mediante la discusión y reflexión (Faccioli & Ribeiro, 2003). En segundo lugar, la educación informal tiene mayor relación con aquella que se adquiere fuera de las instituciones educativas y que, según Cuadrado y Aparici (2008, citado en López, 2016), se caracteriza porque no necesariamente proviene de una persona preparada en el tema, no se transmiten en un momento o lugar específico y resulta ser más atractiva al provenir de fuentes de interés particular para cada sujeto, por ejemplo, grupo de amigos(as), películas, páginas de internet, revistas, familiares o personas significativas, etc.

Entonces, es relevante contemplar que existe una estrecha relación entre la educación formal e informal para el logro del aprendizaje en la sexualidad, no son excluyentes, sino complementarias; por un lado, el conocimiento teórico que puede proporcionar la academia, y por otro, la experiencia que las personas del círculo social inmediato puedan aportar.

Por otro lado, Smitter (2006) menciona que el ser humano aprende y se educa a partir de ciertos elementos que la sociedad le proporciona, y refiere que existen tres campos educativos principales: la *educación formal* (sucede dentro del sistema escolar estructurado), la *educación no formal* (son acciones educativas organizadas fuera del área escolar) y la *educación informal* (experiencias espontáneas que suceden en la cotidianidad del medio social). Estos tres campos se relacionan entre sí y favorecen la formación integral de las personas, desde el ámbito escolar, fuera de él y en la interacción con el contexto específico de cada individuo, donde se integran aspectos sociodemográficos y culturales, creencias y prácticas que darán por resultado, experiencias únicas en torno a la vivencia de la sexualidad.

Entonces, al conocer que existen fuentes de información en torno a la sexualidad que no dependen o provienen de un sistema estructurado, que se escapa del control de las personas como docentes y padres/madres de familia, puede considerarse que no todas las personas reciben la misma educación sexual ni la adquieren de la misma manera o de una misma fuente (López, 2016), por lo que las personas educadoras en sexualidad, deberán adecuar sus métodos de enseñanza a la población a quien orienten, con perspectiva de género y respeto a las características sociodemográficas, sin que esto limite la información verídica y actualizada.

Hablando específicamente de la ESI como información proveniente del ámbito escolar, Pedrido (2017) menciona que los programas de educación sexual tienen como objetivo:

1. Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas.
2. Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos y confiables y actualizados de los aspectos que involucra la educación sexual integral.
3. Promover actitudes responsables ante la sexualidad.
4. Prevenir problemas de salud en general y salud sexual y reproductiva en particular.
5. Procurar igualdad de trato y oportunidades para mujeres y varones (p.7).

Sin embargo, específicamente en América Latina, Pinos et al. (2016), menciona que la educación sexual ha sido delegada como responsabilidad exclusiva del ámbito escolar, especialmente por parte de los padres y madres de familia, quienes esperan que el personal docente proporcione a sus hijos e hijas información sobre la sexualidad enfocada en promover la abstinencia. El motivo por el cual los padres y madres tienden a designar esta tarea a los y las docentes puede tener origen en una “visión moralista de la sexualidad en nuestras culturas [...] que no les permitirá [a los y las docentes] impartir una educación sexual fundamentada en el enfoque holístico, basado en derechos sexuales y reproductivos” (Pinos et al., 2016, p.6), ni a los padres y madres asumirse como actores indispensables en la educación sexual de sus hijos e hijas.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2015), hablar de educación sexual con niñas, niños y adolescentes, desde el área familiar e institucional/académica, tiene varios beneficios:

- Mejora la comunicación familiar
- Propicia el cuestionamiento de valores
- Promueve la equidad de género
- Retrasa el inicio de la vida sexual, y con un menor número de parejas
- Previene embarazos no planeados
- Favorece el uso del condón y disminuye la prevalencia de VIH
- Fomenta el ejercicio de los derechos humanos (p.43)

Ahora bien, estos beneficios mencionados parecen centrarse en que la población infantil y joven pueda tomar mejores decisiones respecto al ejercicio de su vida sexual como una forma de contrarrestar las consecuencias socioeconómicas de los embarazos tempranos, tales como la pobreza y el abandono escolar (UNFPA, 2020). No obstante, hablar de ESI implica que todas las personas (no sólo la población adolescente), conozcan y disfruten de su sexualidad, de forma individual o compartida, a través del conocimiento del cuerpo y la priorización del placer, el consentimiento, la responsabilidad y el respeto al cuerpo de las otras personas.

Tipos de educación sexual

Varias organizaciones alrededor del mundo (OMS, 2018; Asociación Mundial de Sexología, 2000; la Organización de las Naciones Unidas para la Educación de la Ciencia y la Cultura, 2010) se han interesado en intervenir a favor de la educación sexual integral, reconociendo que es una problemática mundial de atención e intervención urgente. No obstante, la forma en que se implemente la ESI puede tener variaciones dependiendo del modelo del cual se parta, por ejemplo, Vargas, Aguilar y Jiménez (2012) mencionan que han

existido diferentes modelos de educación sexual previos al modelo de educación sexual integral:

1. *Modelo moral*, encaminado principalmente al tema de la abstinencia, el respeto, la educación para el matrimonio y el amor. Surgió por parte de algunos grupos conservadores en respuesta a la iniciativa de incluir la educación sexual en el sistema educativo, por tanto, su perspectiva de vivir la sexualidad es en una pareja heterosexual, monógama y con fines únicamente reproductivos. Su metodología se centra en la prevención por medio de los docentes religiosos, resaltando la importancia de la familia y el matrimonio.
2. *Modelo de riesgos*, orientado hacia el sector salud y la prevención de las enfermedades, contagios o riesgos relacionados a la actividad sexual. Plantea estrategias de intervención como las charlas, campañas por medios de comunicación masivos, orientación telefónica, asociaciones, etc. La característica principal de este modelo es que la sexualidad tiene que ver meramente con el cuerpo y los genitales, la anatomía, fisiología, desarrollo y respuesta sexual. Este tipo de educación generalmente se liga a inducir “miedo” en la población y así promover una conducta de prevención.
3. *Modelo revolucionario*, cuyos precursores son principalmente asociaciones políticas y grupos revolucionarios, propuesto por Reich en 1936, en Viena, cuyo objetivo es que las personas tengan una actividad sexual satisfactoria como aspecto integral de la salud. Aquí se incluyen temas de índole anatómico, fisiológico, anticonceptivos, deseo sexual, derecho al divorcio y un análisis sobre regulación sexual. Pretende ser desarrollada en asociaciones de jóvenes, comunidades y barrios, por medio de

charlas, debates, entre otros. Los actuales representantes de este modelo son principalmente colectivos homosexuales y feministas.

4. *Modelo biográfico y profesional*, que adopta una postura democrática, diversa y abierta de la sexualidad fundamentada en el saber científico, incorpora aspectos de los tres modelos anteriores como la prevención, el rol de los padres, la ética y el derecho a la sexualidad. Aquí, la sexualidad posee una amplia variedad de posibilidades: placer, comunicación, vínculos afectivos, fecundidad, caricias, reproducción, entre otros. Busca brindar conocimiento científico que promueva el aprendizaje de habilidades sociales, toma de decisiones y comunicación efectiva, libre de estereotipos, prejuicios o ambigüedades (pp. 58 – 63).

Dentro de este marco, Vargas et al. (2012), sugieren que, aquellas personas que pretenden ser orientadoras en materia de sexualidad requieren identificar el modelo de educación sexual desde el cual fueron educados, cuestionar la pertinencia de dicho modelo en el contexto actual y realizar las modificaciones necesarias para garantizar una educación libre de prejuicios e información errónea respecto a la sexualidad. Álvarez y Balsas (2019) sugieren que las personas a cargo de impartir educación en sexualidad, previo al desarrollo de talleres, charlas o intervenciones, se realicen las siguientes preguntas:

“¿Cómo me siento con mi cuerpo?, ¿qué relación tengo con mi cuerpo?, ¿qué relación tengo con mis órganos sexuales?, ¿qué pienso del placer?, ¿qué pasa por mi cabeza cuando veo a personas que no son heterosexuales?, ¿qué pienso de la educación en sexualidad? [...]” (p.20).

De forma que, a partir de dichos cuestionamientos, las personas logren rediseñar no sólo sus programas educativos, sino su propia experiencia en torno a la sexualidad, más sana, placentera y con la intención de actualizar sus conocimientos.

Evolución en la implementación de ESI

Referente a los cambios que ha tenido la inclusión de la ESI en México, la UNESCO (2014) menciona que la educación sexual integral como parte del programa curricular académico se ha ido transformando poco a poco en los últimos cincuenta años, de una visión estrictamente reglamentada hasta considerarse un derecho para todas las personas. Desafortunadamente, muchas de estas transformaciones se han caracterizado por excluir a mujeres, infantes, indígenas, población de la tercera edad y adolescentes de las políticas públicas y prioridades del gobierno (Razo Godínez, 2008). Hasta hace apenas 31 años, en 1989, las Naciones Unidas aprobaron la *Convención de los Derechos del Niño*, y entró en vigor un año después, representando un camino al estudio y atención de las necesidades de las infancias y la población adolescente.

Después, en 1993 se llevó a cabo la primera *elección infantil* en México, donde se hizo público por primera vez que los y las niñas eran acreedores a derechos como la educación académica, los servicios de salud y la no violencia. Pero no fue hasta 2003 que, a través de una consulta con niños y jóvenes, se profundizó y dio cuenta de las necesidades y problemáticas de esta población en ese momento, tales como casos de inseguridad y violencia, pobreza, discriminación, etc. A partir de estas actividades, comienza a percibirse a las infancias y adolescencias como personas con derechos y ciudadanos que pueden participar en la búsqueda de su bienestar (Razo Godínez, 2008).

En diciembre de 2014, los Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes se establecen legalmente en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los cuales integran veinte derechos cuyos objetivos son proteger, cuidar y promover el bienestar de la niñez y adolescencia (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018). Y específicamente en materia de sexualidad, en agosto de 2016 se expide la primera edición de la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes, donde se exponen catorce derechos a favor del reconocimiento y ejercicio de la sexualidad de la población entre 12 y 29 años (ver Tabla 3), y se afirma el compromiso del Estado para promover, respetar, proteger y garantizar los derechos sexuales (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2018).

También en 2014, el Gobierno de la República, de la mano de organizaciones civiles y académicas cuya área de estudio gira en torno a la educación sexual integral, crearon la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), cuyo objetivo consiste en promover el desarrollo humano y la toma de decisiones libres y acertadas de las y los adolescentes sobre su proyecto de vida y el ejercicio de su sexualidad, aumentar la información de calidad y los servicios de salud sexual y reproductiva, así como la educación sexual integral en todos los niveles educativos (Gobierno de la República, 2014). Y en 2017, se creó el Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (GEPEA) de Guanajuato, con el objetivo de establecer mecanismos de coordinación, cooperación y comunicación que permitan la implementación de los lineamientos de la ENAPEA.

Luego, en septiembre del 2015, la Secretaría de Educación de Guanajuato (SEG) inicia un diplomado de educación integral dirigido a profesores y personal directivo de nivel

básico y medio superior en 15 municipios de Guanajuato con el objetivo de brindar herramientas para la orientación de la educación sexual humana, las dimensiones de la sexualidad y sus manifestaciones, de forma que los docentes puedan permear esta información de calidad a sus alumnos.

Y recientemente en 2019, el Instituto Municipal de las Mujeres (IMMujeres) de León ha llevado educación sexual a las y los adolescentes de escuelas secundarias del municipio por medio de talleres de diálogo y reflexión sobre el ejercicio responsable de la sexualidad y prevenir el abandono escolar debido a un embarazo prematuro. Entre los temas del taller resaltan: *Sexo-género, violencia ¿cómo influye en mi vida?, Sexualidad y embarazo no planeado, Infecciones de transmisión sexual, Métodos anticonceptivos y Proyectos de vida.*

Tabla 3.

Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos, de acuerdo con el Instituto Mexicano de la Juventud.

Número	Enunciado
I	Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre mi cuerpo y mi sexualidad.
II	Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.
III	Derecho a manifestar públicamente mi vida sexual
IV	Derecho a decidir con quién o quiénes relacionarme afectiva, erótica y sexualmente.
V	Derecho a que se respete mi privacidad y a que se resguarde mi información personal.
VI	Derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual.
VII	Derecho a decidir de manera libre e informada sobre mi vida reproductiva.
VIII	Derecho a la igualdad.
IX	Derecho a vivir libre de discriminación.

- X Derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad.
- XI Derecho a la educación integral en sexualidad.
- XII Derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- XIII Derecho a la identidad sexual.
- XIV Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción.

Nota: Información obtenida de la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes, Instituto Mexicano de la Juventud, 2017.

Sin embargo, aún queda mucho por hacer en torno a la implementación de ESI en los espacios académicos. Ejemplo de ello son los resultados de la Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED, 2017) donde se observa que, del total de la población infantil (12 a 17 años) en el año 2014, 5.1% (216,23) fueron víctimas de tocamientos ofensivos y 1.8% (75,011) víctimas de violación sexual o estupro (INEGI, 2017).

En resumen, Tapia (2017) menciona que el mantenimiento e incremento de las problemáticas sociales pueden ser consecuencia de que “el tema de la sexualidad no se aborda a nivel nacional debido a la falta de voluntad del gobierno mexicano para incluirlo en la currícula en todos los niveles educativos” (p.7), así como la falta de preparación de docentes y personal encargado de orientar a las infancias y adolescencias, los escasos programas de educación sexual integral y el poder que ejercen los grupos religiosos y conservadores en las acciones gubernamentales en torno a la enseñanza de la sexualidad.

Como pudo observarse en la breve revisión evolutiva de la ESI, la población que con mayor frecuencia es el objetivo en la implementación y desarrollo de programas que giren

en torno a la sexualidad son los y las adolescentes, y a continuación se explicarán las características que hacen a este grupo de personas el foco principal de atención.

Adolescencia

La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años (OMS, 2018). Las edades que comprenden este periodo suelen ser una de las etapas donde ocurren mayor número de conductas de riesgo debido a la cantidad de cambios y presiones sociales a las que el sujeto se ve expuesto y vulnerable (Águila et al., 2016), lo cual pudiera ser razón de que la mayoría de los estudios en torno a la ESI se desarrolle en población de jóvenes adolescentes.

En primer lugar, el desarrollo adolescente integra procesos físicos y psicológicos, desde la maduración física y sexual, los cambios en la estatura, el peso, hasta la búsqueda de la identidad e independencia social y económica que le permitirán obtener las habilidades necesarias para la transición a la vida adulta. En la Tabla 4 pueden observarse algunos de los cambios físicos, mentales y sociales que suceden en la adolescencia al dividirla en tres principales etapas: adolescencia temprana, adolescencia media y adolescencia tardía.

También Flores-Valencia et al. (2017), mencionan que la etapa de la adolescencia es de propensión al riesgo si no se cuenta con un apoyo emocional y afectivo, ya sea por parte de padres o de otras personas del círculo social adolescente, que les permita sentirse comprendidos, apoyados y queridos, por lo que tienden a buscar apoyo en personas o sectores que no siempre resultan tener un impacto positivo en ellos. La presencia o ausencia de estos elementos de apoyo en la adolescencia pueden tener impacto en la construcción de relaciones sanas o dañinas actuales y futuras (Corona & Funes, 2014).

Tabla 4.

Etapas de la adolescencia, de acuerdo con la American Academy of Pediatrics en 2019.

Etapa	Cambios Físicos	Cambios Psicológicos
Adolescencia Temprana (10 a 13 años)	Crecimiento de vello en axilas y zona genital. Inicia el desarrollo de senos en mujeres y la primera menstruación. En los hombres, aumenta el tamaño de los testículos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedad derivada de los cambios físicos. ▪ Pensamiento caracterizado por el egocentrismo. ▪ Temor de las críticas sociales. Aumenta la necesidad de privacidad.
Adolescencia Media (14 a 17 años)	Aumento acelerado de altura en hombres, además de cambio en el tono de voz. Aparición de acné. Aumento de las caderas en mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumenta el interés en las relaciones amorosas y sexuales. ▪ Conductas masturbatorias frecuentes. ▪ Preocupación constante por su aspecto físico. ▪ Necesidad de pertenecer a un grupo de pares.
Adolescencia Tardía (18 a 21 años)	Características físicas casi completas en similitud a las y los adultos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor control de impulsos. ▪ Proyecciones a futuro.

- Búsqueda de independencia y separación de la familia nuclear

Nota: Elaborado con base en American Academy of Pediatrics, 2019. Brittany Allen y Helen Waterman. Etapas de la Adolescencia. Healthy children.org.

Asociado con los cambios psicológicos que se desencadenan en la etapa adolescente, Domínguez (2011) trata de encontrar una relación entre la influencia del mundo adulto y su permeabilidad en el desarrollo psicosocial del adolescente, enunciando que “viven en esta etapa de su vida un proceso de maduración y de búsqueda de identidad, luchan por parecer adultos, pero también sienten a veces miedo de lo que significa ser adultos” (p.389), de manera que representa un problema en torno a la relación adolescentes-padres y madres, pues es difícil establecer una buena comunicación y acuerdos, aún más en torno a temas sexuales.

Problemáticas sociales más relevantes en la etapa de la adolescencia

Si bien las problemáticas asociadas con la falta de educación sexual integral son las relevantes para el presente estudio, también se reconoce la frecuencia de otras situaciones que ponen en riesgo la vida de las personas, específicamente de las y los adolescentes durante esta etapa. A continuación, se mencionarán algunas de ellas.

1. Suicidio en la adolescencia

El suicidio es definido por Durkheim en 1897 (citado en Rangel & Jurado, 2022) como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado” (p. 40) y que puede ser causa de diferentes elementos sociodemográficos, psicológicos y sociales

que influyen constantemente en el sujeto, llevándolo a padecer crisis tanto mentales como fisiológicas (Moron, 1987). Estas crisis suelen ser más comunes durante aquellas etapas de la vida del ser humano en que los cambios corporales, sociales y emocionales son más intensos, y la adolescencia es una de estas etapas.

De acuerdo con Mastache & De Haro (2018), las razones principales por las que las y los adolescentes pueden atentar contra su vida en esta etapa, suelen ser aquellas asociadas con “depresión, adicciones, baja autoestima” (p.60) como motivos emocionales, seguido de “sufrir acoso escolar, haber sido víctima de violación” (p.60) como motivos resultantes de la interacción social y el entorno violento (e.g. académico y familiar), así como aquellos asociados con la vivencia de la sexualidad, como pueden ser “conflictos de identidad sexual, no contar con redes de apoyo; vivir acontecimientos dolorosos como decepciones amorosas” (p.60), por mencionar sólo algunas, posicionando a esta población como una de las más vulnerables.

De acuerdo con la OMS (2021), el suicidio es la cuarta causa de muerte a nivel mundial entre las y los jóvenes de entre 15 y 19 años, y específicamente en México, la tasa de suicidio más alta se reporta en el grupo de personas de 18 a 29 años, donde existen más de 10.7 muertes por cada 100,000 jóvenes (INEGI, 2021), de ahí la importancia de atender y prevenir esta problemática como parte del fomento a la salud pública y social, ya que no sólo implica una pérdida para una familia, sino para la sociedad en general (OMS, 2018).

2. Trastornos alimenticios en la adolescencia

Los trastornos alimenticios son definidos por Zalagaz et al. (2004) como “trastornos de la conducta que se tienen en relación con la alimentación [...] o trastornos del comer, de la

ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria” (p.2), entre los que pueden identificarse la anorexia y bulimia nerviosas como unas de los más graves y frecuentes enfermedades. Particularmente en la población femenina (Leyva, 2019), estos padecimientos son usuales debido a la presión social constante que los estereotipos de belleza ejercen sobre ellas a través de los medios de comunicación como las redes sociales (Barros-Rodríguez, 2020).

Otro de los factores influyentes en el padecimiento de los trastornos alimenticios son los cambios físicos y psicológicos que se presentan principal (aunque no exclusivamente) durante la pubertad y la adolescencia, como el crecimiento del cuerpo y las características que lo determinan como masculino o femenino, lo cual llega a representar un problema importante para las y los adolescentes si estos no se desarrollan como los cánones de feminidad y masculinidad lo determinan (Leyva, 2019).

3. Violencia Sexual en la adolescencia

De acuerdo con Jewkes et al. (2002, citado en Contreras, 2016), la violencia sexual es definida como

todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para para comercializar o utilizar de cualquier modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (p.7).

La anterior definición expone entonces que cualquier acción perpetrada sin el consentimiento de la otra persona y cuya finalidad es efectuar un acto sexual, será considerado una violación a la sexualidad de la otra persona, independientemente de su edad,

condición física o mental. En México, la Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (ENSU) muestra que aproximadamente 5 millones de mujeres fueron víctimas de algún delito sexual, desde acoso callejero, hostigamiento, intento de violación y violación, incluso dentro del propio hogar desde el inicio de la pandemia (México Evalúa, 2021).

Desafortunadamente, el abuso sexual es una problemática cuyas principales víctimas suelen ser las y los menores de edad, y cuyos perpetradores suelen violentarles de diferentes modos:

1. Con contacto físico: penetración en la vagina, ano o boca con el pene o cualquier objeto, caricias en genitales o cualquier otra parte del cuerpo con fines de satisfacción sexual.
2. Sin contacto físico: propuestas verbales de actividad sexual explícita, mostrar los órganos sexuales de manera inapropiada, obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas.
3. Explotación sexual: implicar a menores de edad en conductas o actividades relacionadas con la producción de pornografía, promover la prostitución infantil, el turismo sexual (Benitez et al., 2014, p.26)

Las consecuencias que padecen las víctimas de abuso sexual tienen graves implicaciones en su desarrollo físico y psicosocial, evidenciando problemáticas de adaptación, agresividad en el entorno familiar y escolar, depresión, enfermedades de transmisión sexual, hasta embarazos no deseados en la niñez y adolescencia (Benitez et al., 2014) que ponen en riesgo su salud física y mental.

4. Embarazo en la adolescencia

De acuerdo con López Villaverde (2004), “se podría decir que la población adolescente se encuentra en un momento privilegiado en cuanto a conocimientos y métodos que les permita gozar plenamente de una sexualidad sin tabúes [...] pero al parecer esto sólo se da en la teoría, porque en la práctica siguen apareciendo muchísimos embarazos no deseados” (p.88). Un aspecto relevante en el tema de embarazo en adolescentes consiste en poder encontrar evidencia que lo catalogue como una problemática. En algunos textos (Reyes & González, 2014) se ha tratado de analizar este fenómeno por medio de cinco premisas principales:

1. El embarazo en adolescentes puede conllevar a riesgos y afecciones para la salud materno – infantil.
2. La fecundidad adolescente ha incrementado considerablemente en las últimas décadas.
3. La fecundidad adolescente contribuye al crecimiento demográfico.
4. El embarazo en adolescentes como posible factor de deserción escolar.
5. El embarazo en adolescentes como posible elemento en la transmisión de la pobreza intergeneracional (Reyes & González Almontes, 2014).

No obstante, dichas premisas tendrán o no valor según la población que se esté analizando, y probablemente se verán modificadas o ampliadas de acuerdo con su cultura y el significado que le proporcionan al embarazo adolescente. En el informe *Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública* (Ipas, 2018), se expresa que los efectos del embarazo adolescente en el mundo giran en torno al riesgo de muerte por complicaciones relacionadas con el embarazo y el proceso de parto, además de situaciones catalogadas como de “orden psicosocial” que tienen que ver con el rezago educativo, la

desigualdad de oportunidades de desarrollo, complicaciones para encontrar un empleo, entre otros.

Sería erróneo y absurdo pensar en que el embarazo en adolescentes es una problemática derivada sólo de la falta de educación sexual, dado que su composición será diferente en cada contexto que el adolescente se desarrolle. La situación económica, los aspectos culturales, educativos, las redes de apoyo social y comunitaria intervendrán en la manera que los y las adolescentes comprendan y actúen antes, durante y después de un embarazo (Mejía-Mendoza et al., 2015).

Mejía-Mendoza et al. (2015), realizaron un acercamiento con las adolescentes para conocer su experiencia en el proceso de embarazo, abordando varios aspectos, de entre ellos, el embarazo y su relación con la pareja, la familia y los servicios de salud, donde éstas designaron a la familia y la escuela “como las principales responsables de dar información real sobre prevención de embarazo [proponiendo incluso la necesidad de] informar primero a los padres de cómo hablar sobre sexualidad con el adolescente (p.248), ya que consideran que tiene una influencia negativa la forma en que sus padres y maestros fueron educados en materia de sexualidad (Mejía-Mendoza et al., 2015).

La Encuesta Nacional de Juventud (2010), estimó que la primera relación sexual se manifiesta alrededor de los 16 años, donde la gran mayoría de los y las jóvenes mexicanos no utiliza algún método para prevenir enfermedades de transmisión sexual o prevenir un embarazo. Además, dentro de dicha encuesta es posible identificar el motivo o razón principal por la que la población adolescente tuvo su primera relación sexual: 47.8% por amor, 21.9% por curiosidad, 16.6% por gusto o voluntad propia y el 3.9% al casarse o unirse en pareja. Cabe mencionar que en esta encuesta no se menciona el porcentaje de adolescentes

que han sido víctimas de abuso sexual, omitiendo las estadísticas que evidencian el grado de violencia sexual que esta población vive.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) registra anualmente alrededor de 16 millones de mujeres de entre 15 y 19 años que han sido embarazadas y cerca de un millón de niñas menores de 15 son madres. En México, en la Encuesta Intercensal 2015, se reportó que la población de adolescentes en edades de 10 a 19 años es de 22,000,529 millones, lo que representa el 18.4% de la población total. Según el INEGI (2017), la tasa de fecundidad en adolescentes de 10 a 17 años fue de 25.5 nacimientos por cada mil mujeres, una cifra alarmante a la cual habría que darle prioridad en investigación pues, según el informe *Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública* (2018), el registro de las estadísticas de embarazo adolescente ha profundizado poco en las características y situaciones específicas que rodean la reproducción y fecundidad adolescente.

Dentro de los embarazos registrados anualmente, existen cifras negras de aquellos embarazos no deseados entre los 10 y 19 años. En México, de cada 10 mujeres, cinco han enfrentado violencia emocional, cuatro han sido víctimas de violencia sexual y tres han sufrido de violencia física (Ipas México, 2018). En 2016, la ENDIREH (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares) mostró que 4.4 millones de mujeres en todo el país sufrieron abuso sexual alguna vez durante su infancia, sin mencionar que muchas otras no contaban con los elementos necesarios para identificar y reconocer un abuso sexual.

En el 40% de los embarazos no planificados es donde suceden mayores muertes materno-infantiles, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015). Aunado a lo anterior, INMUG (2016), registró que la mortalidad materna en mujeres menores de 20 años

fue de 36.7 defunciones por cada 100 mil nacidos, es decir, de 22.2 millones de nacimientos, hubo 812 muertes de mujeres en el proceso de parto. En 2015, en Guanajuato se registraron 20,226.6 nacimientos en mujeres menores de 20 años, y en sólo tres años, el número de embarazo adolescente ascendió a 20,336.2

En México, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA, 2019), tiene como objetivo general “reducir el número de embarazos adolescentes en México [...], sus dos metas principales son: disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años. Reducir en un 50% la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años para el año 2030” (p.18). Está centrada en siete grandes componentes:

1. Educación inclusiva, integral y flexible.
2. Oportunidades laborales apropiadas para la edad y acordes a las capacidades.
3. Entornos habilitantes.
4. Servicios de salud amigables, resolutivos, incluyentes y versátiles.
5. Educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva.
6. Prevención y atención de la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes.

Los principales desafíos para la ENAPEA (2019), de acuerdo con las estadísticas altas de embarazo en menores de 20 años, son cuatro:

1. Procurar oportunidades de mejora y acceso a bienes y servicios para cualquier persona y su crecimiento pleno.
2. Mejorar el entorno en el que nacen los y las niñas para favorecer el desarrollo y crecimiento que permitan una vida de bienestar.

3. Transformaciones estructurales que favorezcan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de manera libre y autónoma, con mayor equidad e igualdad para las mujeres.
4. Crear un sector público comprometido, capaz de atender las necesidades, a nivel financiero, en tema de salud sexual.

Sin embargo, dado que las estadísticas se mantienen altas en embarazo adolescente, continúa la incertidumbre respecto a los efectos de estas intervenciones. Claudio Stern (2004) menciona que, “en lugar de suponer cuáles son las necesidades de las y los adolescentes en términos de salud sexual y reproductiva, debemos acercarnos más a sus vidas concretas; sus creencias, actitudes y valores, interacción con sus padres, amigos y parejas...” (p.24), para que así, puedan derivarse programas y políticas más cercanas a la realidad que viven las y los adolescentes, con el fin de mejorar su salud sexual y reproductiva.

No es de sorprender entonces que, dados los cambios importantes que los y las adolescentes experimentan durante esta etapa (inicio de las relaciones sexuales, cambios físicos, etc.) sea la población a la cual se recurre con mayor frecuencia para realizar investigaciones asociadas con el tema de la sexualidad. Sin embargo, en el círculo inmediato de la mayoría de las y los adolescentes, son las madres y padres las principales influencias y referentes en la forma en que se percibe y se ejecuta la sexualidad (Lehr et al., 2010), por lo que este estudio considera necesario conocer las creencias y vivencias que tienen padres y madres en torno a la sexualidad y cómo éstas pudieran influir en los procesos de comunicación y educación con sus hijos e hijas.

Familia

Como se mencionó en el apartado de las problemáticas asociadas a la etapa adolescente, el círculo social familiar tiene, en casi todas ellas, una influencia importante en la salud o la enfermedad que las y los adolescentes padezcan, por lo que es indispensable profundizar en la dinámica familiar y los procesos de educación que se llevan a cabo dentro de ella.

De acuerdo con Martínez (1986), la familia es un grupo de personas compuesto por padres e hijos(as) que conviven e intercambian acciones y reacciones que dan forma a una dinámica de convivencia, “es una unidad básica de experiencia y es también la unidad básica de la enfermedad y la salud” (p.319), es decir, la familia es un espacio de aprendizaje de conductas sanas y algunas otras perjudiciales para el desarrollo de quienes la integran.

Sin embargo, para que una familia se considere funcional, debe de cumplir con ciertas funciones básicas, tales como:

proveer alimento, abrigo y necesidades materiales a sus integrantes, ser la matriz de las relaciones interpersonales donde se aprenden lazos afectivos, proveer la identidad personal ligada a la identidad familiar, promover la identidad sexual que prepara el camino para la realización sexual futura, promover la identidad social que ayuda a aceptar la responsabilidad social y fomentar el aprendizaje, la creatividad y la iniciativa individual (Martínez, 1986, pp.320-321).

Contrario a la definición que proporciona Martínez (1986), Placeres et al. (2017) sugieren que el concepto de familia ha tenido varias transformaciones a través del tiempo,

donde ya no sólo la conforman un hombre (padre) y una mujer (madre) con uno o más hijos(as), sino que ahora pueden considerarse más tipos y estructuras familiares; por ejemplo, en México existen once tipos de tipos de familias clasificadas en tres grupos: familias tradicionales, familias en transición y familias emergentes (López, 2016) como puede observarse en la Tabla 5.

Tabla 5.

Clasificación de familias en México

Clasificación	Tipo de familia
Familia tradicional	Padres con niños
	Padres con hijos jóvenes
	Familias externas
Familia en transición	Madres solteras
	Pareja joven sin hijos.
	Nido vacío
	Familia unipersonal
	Familia co-residentes
Familias emergentes	Padres solteros
	Parejas del mismo sexo
	Familias reconstruidas.

Nota: Elaborado con base en el Instituto de Investigaciones Sociales, 2016, Heriberto

López Romo. Los once tipos de familias en México.

Dunker (2002) menciona que existe otra clasificación de las familias aparte de las mencionadas por López (2016), cuyos tipos se distinguen por los roles que ejecutan las y los integrantes de esta. En primer lugar, se encuentra la familia patriarcal, donde el hombre funge como la figura “impulsiva, de carácter fuerte, honesto, responsable, trabajador [...]” (p.14), mientras que la mujer es “pasiva, suave, flexible, hogareña” (p.14), y donde es frecuente que se le de preferencia a los hijos hombres y donde comúnmente se vive violencia contra la mujer y los hijos.

En segundo lugar, existe la familia matriarcal que se caracteriza por ser un espacio donde la mujer es la que posee el rol “fuerte, hábil, controladora, principal productora de su hogar [...] y algunas veces violenta” (p.15), mientras que el hombre es pasivo y flexible y obediente a las indicaciones de su pareja mujer. En tercer lugar, se encuentra la familia en lucha por el poder, donde las dos partes de la pareja suelen ser impulsivos y fuertes, ambos se descalifican frecuentemente, pueden tener varias separaciones y reencuentros y el ambiente predominante es de estrés (Dunker, 2002). Finalmente, se encuentra la familia apegada a los hijos, que contrario a la que lucha por el poder, “aquí la violencia es infrecuente, sus miembros muestran gran capacidad de dar y ceder” (p.16), prefieren que predomine la paz antes que cualquier otra cosa, lo cual a veces los lleva a no saber poner límites entre la dependencia que poseen los hijos hacia sus padres y viceversa.

Sin embargo, tanto la clasificación de López (2016) como la de Dunker (2022) no implican que una de las familias sea más o menos funcional que la otra, ya que cada familia establece dinámicas y relaciones que, de acuerdo con las necesidades de sus miembros, permitirán el equilibrio, desarrollo y crecimiento de cada miembro. A pesar de que sigan surgiendo más tipos de familias, las tareas ideales de la *familia funcional* siguen girando en

torno al cumplimiento de necesidades biopsicosociales del ámbito económico, biológico, emocional, educativo, cultural y espiritual, aunque en la realidad es muy complicado que el sistema familiar sea siempre funcional (Placeres et al., 2017) debido a “la educación familiar, las edades, la personalidad y expectativas de cada uno de los miembros” (Pérez, 1999, p.1).

Según Rojas, 2001 (citado en Cobos, 2008), existen factores de riesgo y protección que han de propiciar o limitar el desarrollo sano de las personas; y estos a su vez, están asociados con tres dimensiones principales: la individual, la familiar y la comunitaria. Particularmente en la familia, es el espacio en donde se aprenden las normas, valores, derechos, obligaciones y roles con los que las personas actuarán en sociedad (Cobos, 2008), pero al mismo tiempo, al ser la familia “la dimensión que se encuentra en mayor cercanía a la persona entonces es ésta la que involucra un nivel más alto de peligro, pues éste se clasifica por falta de apoyo, trato violento, deserción escolar [...]” (p.108), es decir, la familia, dependiendo de las funciones y necesidades que satisfagan en el/la integrante, fungirá como factor de protección pero también como factor de riesgo.

Un aspecto por resaltar en las relaciones de padres e hijos (as), es la dinámica que ejecutan como grupo primario o familiar. De acuerdo con Núñez y Monroy (1999), un grupo es

una reunión, más o menos permanente, de varias personas que interactúan y se influyen entre sí con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en donde todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas y valores que todos han creado o modificado (p.17).

El grupo primario se rige a base de normas, valores y roles que permiten entender el funcionamiento del grupo. Según Cartwright y Zander (1975), las creencias y actitudes de los integrantes del grupo surgen de la existencia de agentes que ejercen influencia (O) y agentes que son influidos (P). De acuerdo con estos autores, “una persona [O] tendrá poder sobre otra [P] si puede ejecutar un acto que provoque algún cambio en la otra persona” (p.241).

En el caso de las familias y el papel que los integrantes desempeñan, generalmente los padres poseen el rol de agentes que influyen (O) y los hijos e hijas el de los agentes influenciados (P). La influencia que los padres tengan en sus hijos en torno al comportamiento sexual esperado tiene que ver con las expectativas de rol que existen dentro del grupo familiar, donde la comunicación que logren establecer los padres con sus hijos (as) se verá influenciada por “el conocimiento de los padres sobre la salud sexual y reproductiva y las normas culturales junto con las creencias y valores personales que caracterizan el entorno familiar” (Lehr et al., 2010, p. 126).

Vínculos familiares

Dentro de las teorías del funcionamiento familiar, existe un elemento importante a considerar para definir un entorno familiar saludable. Autores como Bowlby (1956 – 1976) han desarrollado teorías del apego en un intento por “describir y explicar la formación, desarrollo y pérdida de los vínculos afectivos desde el nacimiento hasta la muerte” (p.10), rescatando la influencia de personajes como Freud en torno a teorías sobre la relación del niño(a) con sus progenitores y/o cuidadores, principalmente para detectar la influencia de estos vínculos en el desarrollo de la psicopatología.

De acuerdo con Dunker (2002), “Bowlby fue uno de los primeros en utilizar la definición de ‘vínculos afectivos’ para las múltiples relaciones entre el hijo y la madre” (p.19), identificando que la salud física y mental del nuevo integrante de la familia (hijo/a) no sólo depende del vínculo que éste establezca con sus progenitores, sino también de cómo esos progenitores estén vinculados entre ellos (vínculo parental) y cómo logren coordinarse para hacer funcional la estructura familiar con el resto de los miembros.

Los vínculos entre padres, madres, hijos e hijas tendrán algún tipo de apego, que como define Bowlby (1973, citado en Dávila, 2015), es una “conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como más fuerte y/o más sabio” (p.122). De esta forma, las madres y padres y/o cuidadores representan una de las principales figuras de apego para el niño(a) a lo largo de su desarrollo, donde tendrán la posibilidad de cubrir sus necesidades de seguridad y protección ante un entorno amenazante.

Por otra parte, Ainsworth (1962- 1964, citada en Dávila, 2015) identifica tres estilos de apego:

1. Apego seguro: donde el niño(a) sabe que sus cuidadores tendrán la disponibilidad y sensibilidad para dar respuesta a sus necesidades cuando se encuentre en un estado de angustia.
2. Apego inseguro - evitativo: el niño(a) no posee la confianza de saber si sus cuidadores podrán estar presentes ante la situación que les angustia, lo que ocasiona ansiedad al momento de separarse de ellos, y al reencontrarse, el menor puede incluso rechazar a sus cuidadores por haberlo dejado solo.

3. Apego inseguro - ambivalente: el niño(a) demuestra ansiedad al separarse de su cuidador, pero aun cuando se reencuentran, el niño(a) no puede tranquilizarse, tratando de exagerar su sentimiento para asegurarse de que su cuidador identifique cuánto le afecta que se haya ido, que a largo plazo provoca temor en el niño(a) para explorar su entorno.

Aunado a lo anterior, Bowlby sugiere también que existen tres claves en torno al apego, las cuales proponen lo siguiente: 1) cuando un niño(a) siente plena confianza en que su cuidador estará siempre disponible, será menos posible que experimente miedo, 2) la confianza se construye durante la infancia y adolescencia al ser etapas críticas en el desarrollo de cualquier ser humano, y 3) las expectativas que el niño(a) desarrolle sobre las relaciones humanas están directamente relacionadas con la experiencia que ha tenido con sus propios cuidadores, si es que estuvieron acompañándole o no (Fernández, 2022). Entonces, la forma en que se relacionen los padres y madres con sus hijos e hijas no sólo en la adolescencia sino desde la infancia, podrá ser un elemento que beneficie la confianza y seguridad que la persona perciba en su entorno familiar y contextual.

Familia y sexualidad

Dentro del área familiar, esta investigación considera indispensable hacer énfasis en las creencias y actitudes que padres y madres tienen hacia la sexualidad y los factores que dificultan la comunicación entre ellos(as) y sus hijos (as). Por ejemplo, Font (2009), menciona que “para la mayoría de los padres, la educación sexual de sus hijos e hijas ha sido durante muchos años un tema preocupante, temido en algunos casos y evitado en otros” (p.45), en ocasiones derivado de sentimientos de vergüenza y desinformación que

representan una barrera de comunicación entre padres, madres e hijos (as). Por ello, este autor señala una serie de concepciones erróneas que los orientadores (padres, madres, maestros (as) y/o tutores) cometen al enfrentarse a la necesidad de hablar con sus hijos (as) sobre la sexualidad, como son:

- *Lo aprenden solos*: todo lo relativo a la sexualidad se aprende por cuenta propia, sin necesidad de una educación en la familia o la escuela.
- *Delante de los niños no*: evitar expresiones de afecto como besos y abrazos entre las parejas delante de los niños y las niñas.
- *Los niños y las niñas son aún muy pequeños*: pensar que los niños y las niñas de 1 a 10 años no deben recibir información de autocuidado, respeto y conocimiento del cuerpo humano porque aún no tienen la edad suficiente.
- *La sexualidad comienza en la pubertad*: omitir charlar sobre sexualidad y cambios físicos con los niños y las niñas por creer que la sexualidad inicia a partir de los 12 años.
- *Tienen toda la información que quieren*: los adultos creen que las y los adolescentes pueden obtener información de calidad sobre sexualidad por medio de otras fuentes como la tv o el internet, liberándose de su responsabilidad.
- *Sexualidad igual a reproducción*: reducir el tema de la sexualidad al aspecto biológico y anatómico, enseñando qué hacer para tener hijos, pero sin mencionar qué hacer para no tenerlos, dejando de lado los aspectos psicosociales.
- *La educación sexual incita a la práctica sexual*: si se habla de sexualidad con las y los jóvenes, les incitarán a iniciar su vida sexual de manera precoz e irresponsable.

- *Sólo piensan en el sexo*: tendencia a pensar en los y las adolescentes como promiscuos.
- *A sexos diferentes, tareas diferentes*: delegación de actividades y responsabilidades en función del sexo, e.g., los padres a trabajar en el campo y las madres al cuidado de los hijos e hijas (Font, 2009, pp.45-50).

De esta forma, la cultura en la cual crecieron y se desarrollaron los padres y madres de familia (generalmente cargada de influencias religiosas), más allá de fomentar la comunicación y confianza, termina por marcar distancia entre padres, madres e hijos (as). Por ejemplo, Agreda (2008) realizó una serie de entrevistas con padres de adolescentes con el fin de estimular en ellos(as) la reflexión sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas sexuales y cómo comunican todo esto a sus hijos e hijas, y encontró que muchos de los padres y madres entrevistados tienen una comunicación deficiente con sus hijos e hijas, basada en el autoritarismo, desconfianza, temor y necesidad de control sobre sus acciones, justificando que es la única educación parental que ellos tuvieron cuando fueron adolescentes.

En torno a la educación parental, Rouvier et al. (2011), encontraron que los valores y la cultura de las familias mexicanas están basados en “una moral católica, lo que dificulta que los padres [y madres] acepten la posibilidad de que sus hijos sean sexualmente activos” (p.176). Es decir, pensar en establecer una comunicación padre, madre e hijos (as) desde edades tempranas (antes de la adolescencia) que obedezca los valores familiares y que al mismo tiempo favorezca la educación sexual, resulta una ecuación muy complicada de resolver para las personas encargadas de orientar en la sexualidad.

Entonces, la influencia y educación que se establece entre padres e hijos, generalmente parte del conocimiento dictado por las normas de la heterosexualidad y la

reproducción como único fin de las relaciones de pareja, son resultado de los principios establecidos por la iglesia católica (Rouvier et al., 2011), mismos conocimientos que siguen siendo parte del discurso en torno a la sexualidad en las familias mexicanas y los valores que como sociedad les caracterizan.

Vivencias de la sexualidad

Las creencias surgen de información a partir de la cual se elaboran preposiciones que se consideran ciertas y que no tienen un sustento científico, sino que se basan en el juicio y la evaluación personal (Luft et al., 2003). De esta manera, las creencias que un individuo elabore podrían verse influenciadas por los referentes significativos, es decir, por aquellas personas con quienes se interactúa constantemente e influyen en él por medio de representaciones, discursos, imágenes y contenidos (Pacheco, et al., 2007). Los integrantes de la familia, amistades y docentes son ejemplos de referentes significativos.

Por otro lado, de acuerdo con Moscovici (1960, citado en Materán, 2008), existen también *representaciones sociales* que, similar a las creencias, son “maneras específicas de entender y comunicar la realidad e influyen a la vez que son determinadas por las personas a través de sus interacciones” (p.244), es decir, son creencias construidas por las sociedades respecto a un tema que terminan por transformarse en formas de dar sentido a la realidad, pasando de lo desconocido/ignorado a lo que resulte familiar para el colectivo.

Así, según Pacheco et al. (2007), las representaciones que los individuos formen en torno al tema de la sexualidad, tal como los roles de género o la percepción del embarazo, tienen origen en los referentes significativos. Estos autores sugieren que las representaciones sobre sexualidad terminan por convertirse en prácticas sociales; por ejemplo, “en las mujeres

que viven y socializan con las adolescentes [madres o maestras], existe la convicción de que se requiere madurez, basada en la edad, para asumir relaciones de noviazgo, y más aún, relaciones sexuales” (p.59), sugiriendo que, de esta manera, las adolescentes pudieran iniciar su vida sexual de acuerdo con la edad que sus referentes consideran adecuada.

De acuerdo con Tresgallo (2016), la sexualidad se siente y se experimenta, y “la vivencia particular que cada uno tiene de la sexualidad incidirá de manera importante en su crecimiento como persona e influirá en el equilibrio psicológico, afectivo y emocional” (p.72), y en el momento en que sea necesario orientar o educar a una segunda persona, estas mismas vivencias se verán reflejadas en sus discursos.

A falta de una definición formal y para fines de este estudio, las vivencias de la sexualidad se entenderán como las experiencias, sentimientos y emociones que un individuo tiene en relación con la amplia gama de aspectos que abarca la sexualidad, tales como la identidad y roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y las relaciones sexuales.

En el estudio de González et al. (2016), para llevar a cabo investigaciones sobre la experiencia que los padres y madres tienen en torno a la sexualidad, es necesario tomar en cuenta que “las experiencias que los padres vivieron tienen relación con la época, la crianza, el aprendizaje [...] y determina el significado que se le otorgue a la sexualidad” (p.427), y a partir de esto, será necesario identificar las diferencias que existen con la época y el contexto en el que sus hijas e hijos estén viviendo ahora, y reconocer que “la mezcla de lo físico, lo psicológico y las relaciones que establece cada persona con su entorno así como las experiencias que va viviendo, dan características únicas” (Álvarez & Balsas, 2019, p. 14).

Por lo tanto, gran variedad de prácticas sobre sexualidad produce muchas formas de entender y disfrutar de la sexualidad.

Sin embargo, Pineda, et al. (2018), en el estudio *Diálogos y saberes sobre la sexualidad*, encontraron que la mayoría de los padres y madres en su adolescencia no tuvieron una formación en sexualidad en sus familias de crianza, “el tema era un tabú para padres y madres [...] la información que les daban no era tan clara ni específica” (p.49), por ejemplo, bajo frases como *pórtate bien* o *no vayas a salir embarazada*, lo cual los deja carentes de experiencias familiares o modelos de educación sexual integral que sirvan como referencia para poder comunicarse con sus hijos e hijas. Estos autores mencionan que “las dificultades que refieren los padres [para comunicarse con sus hijos(as)] están permeadas por aquellas experiencias que ellos mismos vivieron con sus padres” (p.50), donde hablar de sexualidad se convierte en repetir un discurso carente de información, lleno de miedos y dudas.

Honor familiar

Se ha hablado hasta ahora de que las vivencias o experiencias que hayan tenido madres y padres en torno a la sexualidad van a otorgar significado a la misma y las formas en que se continúe viviendo, y en su papel como padres y madres, la manera en que se eduque a sus hijas e hijos. Entonces, es indispensable visibilizar que, las formas en las que se aprende a vivir en pareja y en familia, al menos en Latinoamérica, tiene relación con el concepto de *honor familiar*, definido por Vandello y Cohen (2003) como aquellos comportamientos que dotan de virtud, moral, integridad y reputación a la familia.

Específicamente, “el honor se basa en la fuerza y el poder de una persona (generalmente un hombre) para imponer su voluntad a los demás o para imponer un trato

diferente” (Nisbett & Cohen, 1996, citados en Vandello & Cohen, 2003, p.998), donde la figura masculina poseerá más honor mientras más dureza y capacidad de proteger a su familia y posesiones demuestre ante la sociedad. En el caso de las mujeres, su papel para preservar el honor familiar tiene relación con su capacidad para mostrar vergüenza, modestia y la “evitación de comportamientos que puedan amenazar el buen nombre de la familia, por ejemplo, adulterio o falta de modestia” (Vandello & Cohen, 2003, p. 998).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, es la cultura del honor (plagada de estereotipos y roles de género), y particularmente la del honor masculino, la que determina la forma en que los hombres deberán defender este honor, generalmente asociadas a la representación de fuerza y poder; es decir, se adiestra a los hombres a ser “hipersensibles a los insultos y amenazas a su reputación” (Vandello & Cohen, 2003, p. 998), lo que implica estar atentos constantemente a que alguien quiera robar lo que les pertenece, no nada más refiriéndose a las cosas materiales, sino también a las personas o familiares que se perciben como una pertenencia, en este caso, la esposa o la hija. Schneider (1971) refiere que, en el caso de la relación de pareja heterosexual romántica, si un hombre sabe que su mujer le es infiel y lo *permite*, es decir, si no responde de forma violenta ante ellos y no castiga ese comportamiento, es catalogado como un hombre débil del cual es fácil que las otras personas se aprovechen.

Entonces, desde la vista del honor familiar, es la mujer una de las pertenencias que se deben proteger para evitar la deshonor del varón que dirige el hogar, y al mismo tiempo, es también responsabilidad de ellas no manchar el honor familiar con comportamientos sexuales inadecuados, por ejemplo: se espera las mujeres solteras se mantengan vírgenes hasta el matrimonio, que las mujeres casadas sean fieles a sus esposos y que las viudas no inicien

nuevas relaciones después de perder a sus maridos (Nazzari, 1998). Si alguna de estas mujeres falta a dicha responsabilidad, los hombres pueden sentirse con la necesidad y *libertad* de “responder con violencia después de la mala conducta femenina” (Vandello & Cohen, 2003, p. 998). El honor entonces puede utilizarse como justificación de la violencia contra la mujer.

Valores tradicionales de la cultura

Además del honor familiar como elemento característico de la población Latinoamericana, los mexicanos y mexicanas, en especial quienes pertenecen al estado de Guanajuato, poseen valores que son relevantes para este estudio en la medida en que permiten conocer los elementos que dan forma la identidad grupal (Rodríguez, 2012) y la percepción de la sexualidad.

La humanidad como grupo comparte los mismos valores, pero cada cultura ha de expresarlos en diferente medida. De acuerdo con Rodríguez (2012) los valores “son guías que orientan la conducta y vida de cada individuo y grupo social [...] que permiten la cohesión de un grupo” (p.9). Este autor encontró que los mexicanos(as) se perciben a sí mismos y a otros mexicanos(as) como “trabajadores, honrados, solidarios, sinceros, ahorradores, cariñosos, inteligentes, románticos, valientes, fiesteros, entrones y apasionados” (p.14), según los valores que caracterizan a los hombres y mujeres mexicanos, ordenados de mayor a menor a puntuación.

También García-Campos (2008) menciona que “la sociedad y la cultura juegan [...] un papel importante en el comportamiento y desarrollo de la personalidad” (p.59), de forma que la sociedad ha asignado conductas específicas de los roles femeninos y masculinos: “a la

parte masculina, la fuerza, la orientación a los logros materiales, mientras que las acuñadas a la parte femenina son la modestia, cariño, preocupación por la vida, etc.” (p.60). De acuerdo con Reyes (1999), en México, la feminidad y masculinidad puede percibirse desde cuatro factores: 1) *androgenia*, que hace referencia las personas capaces, competentes y atentas, 2) *expresividad normativa*, según las características del ser gentil, educado, y generoso, 3) *instrumentalidad negativa*, referente a aquellas personas abusivas, aprovechadas y altaneras, y finalmente 4) la *expresividad emocional negativa*, que caracteriza a las personas inseguras, inmaduras y miedosas.

Desde un punto de vista más acercado a la sexualidad, un estudio de Szasz (1998), refiere que, en México, existen sectores que “valoran que la mujer resista las relaciones sexuales y que no sienta ni exprese deseos, mientras que para los varones se estimulan expresiones de erotismo [...] y diversidad de experiencias” (Szasz, 1998, p.15). Así, pone en evidencia la diferencia en los valores asignados culturalmente a hombres y mujeres en materia de sexualidad.

También Moral y Ortega (2009) realizaron un estudio, haciendo uso de redes semánticas, para conocer los principales significados que los hombres adolescentes mexicanos asocian con la sexualidad, donde resaltan palabras como amor, intimidad, confianza, anticoncepción, erotismo corporal, reproducción, placer, pasión, excitación e identidad sexual. Este estudio concluye que la muestra de hombres adolescentes posee una “imagen positiva de la sexualidad [...] donde la identidad de género, la heterosexualidad y los valores de respeto e higiene ocupan un lugar central en la representación social” (Moral & Ortega, 2009, p.78), lo cual proporciona una idea de los valores que los hombres asocian con la sexualidad.

En el caso de las mujeres, los valores mayormente asociados con la sexualidad tienen que ver con el peso que le otorgan a la primera relación sexual y las condiciones en que ésta se desarrolle, las relaciones sexuales con fines reproductivos, la autonomía para decidir qué método anticonceptivo utilizar, así como la posibilidad de evitar encuentros sexuales no deseados, así como la posibilidad de tener un futuro diferente al de la maternidad y el matrimonio (Szasz, 2013). De esta forma, pueden contemplarse diferencias en los valores que hombres y mujeres asocian con la sexualidad, cuyo origen puede proceder de los roles de género con que han sido educados(as) y las libertades y/o restricciones que estos conllevan en el desarrollo psicosocial.

Premisas Histórico-Socioculturales (PHSCs)

Díaz-Guerrero (1959;1970;1994) propone, a través de una serie de estudios con estudiantes de nivel secundaria de planteles mixtos, exclusivos para hombres y exclusivos para mujeres, que existe un “sistema de creencias y valores que norman el comportamiento de los individuos de una particular sociocultura” (Alarcón, 2005, p.82), dentro de los cuales distingue nueve factores característicos del comportamiento mexicano:

- 1) *machismo*, donde el hombre percibe y actúa a partir de la idea de tener a la mujer como su propiedad,
- 2) *obediencia afiliativa*, como obediencia incondicional al padre y a la madre por amor y respeto,
- 3) *virginidad*, nivel de importancia otorgada a la abstinencia de relaciones sexuales,
- 4) *abnegación*, percibida como la idea de que las mujeres sufren más en la vida que los hombres,
- 5) *temor a la autoridad*, miedo que los hijos tienen hacia las indicaciones o mandatos de sus padres
- 6) *status quo familiar*, que consiste en mantener el tradicionalismo en las relaciones familiares,
- 7) *respeto sobre*

amor, disiente una relación de amor frente a una de poder, específicamente en decidir si lo más importante es obedecer o amar a los padres, 8) *honor familiar*, que generalmente refiere al castigo ante conductas de los familiares que rompan o deshonren las tradiciones, y 9) *rigidez cultural* como el nivel de acuerdo y ejercicio de las normas culturales tradicionales (Alarcón, 2005, p.83-84).

De acuerdo con los postulados de las PHSCs (Díaz-Guerrero, 1974), también ha existido una tendencia a percibir como sinónimos las normas y las creencias que se desarrollan a causa del individuo y su interacción con la sociedad y la cultura, sin embargo, la diferencia entre estos dos elementos radica en que “las normas se erigen como los lineamientos de comportamiento, mientras que las creencias son las causas del pensamiento” (p.130). A pesar de ser dos conceptos diferentes, la interacción entre ellos es elemental para que se las personas reproduzcan diferentes comportamientos que la sociedad ha catalogado como aceptables o inaceptables (Arroyo, 2020).

En el presente estudio, se hará énfasis en la premisa de obediencia afiliativa para conocer cómo se han transformado y continúan cambiando las percepciones de hijas e hijos sobre obedecer a padres y madres sin cuestionar las indicaciones en la educación y vivencia de la sexualidad, basado en inferencias del mismo Díaz-Guerrero (1984,1989, 1992, citado en Alarcón 2005) donde las PHSCs “guardan relación con la edad, pues a medida que crece el individuo es menor el efecto de los mandatos sociales” (p.85), debido a que elementos como la individualidad y la personalidad adquieren un nivel de desarrollo mayor que en la infancia o adolescencia.

Obediencia afiliativa

La convivencia grupal en los seres humanos ha requerido del establecimiento de jerarquías entre los miembros de acuerdo con el nivel de fuerza, poder o autoridad que ejercen sobre los demás, y con ello, la obediencia ha sido ingrediente esencial para mantener el orden y el funcionamiento de dicho grupo, fugiendo como reflejo del grado de respeto que la figura de autoridad merece (Díaz-Guerrero, 2007).

En la población mexicana, de acuerdo con Díaz-Guerrero (2007) y los resultados obtenidos en un estudio sobre Premisas Histórico-Socioculturales (PHSCs) en los años 1959, 1970 y 1994, existe un fenómeno cultural que ocurre en la relación entre padres e hijos, “una especie de contrato familiar, donde los padres [a cambio de ser obedecidos por sus hijos(as)], alimentarían, vestirían, protegerían, darían afecto y serían responsables [...] de sus hijos” (p.102) y a la que este autor ha titulado *obediencia afiliativa*.

Díaz-Loving et al. (2011) realizan un recuento de los estudios de Díaz-Guerrero (1952;1967), y definen a la obediencia afiliativa como aquel fenómeno que ocurre “cuando la cultura da mayor importancia a la obediencia por amor, donde el otro y su opinión son considerados con mayor importancia que los propios, en especial si proviene de una autoridad” (p.132), lo que implica también dejar a un lado los intereses propios por complacer a quien está brindando indicaciones, especialmente en el grupo familiar.

De acuerdo con Velazco y Hernández (2017), “las relaciones de temor, autoridad y amor que ocurren en ella [la familia], son manifestaciones de la regulación y normalización de la sociocultura” (p.1299), es decir, será el grupo familiar donde inicie el aprendizaje de las normas conductuales, roles de género, valores, entre otras, que formarán parte de la personalidad del individuo. Es por ello por lo que, según Díaz-Guerrero (2007), la obediencia

afiliativa como fenómeno común en los procesos educativos familiares sostiene que los hijos e hijas van a obedecer más a la figura parental hacia la cual sientan más amor, que, en el caso de los mexicanos, hay una mayor tendencia a obedecer a la madre y no al padre que suele denotar mayor autoridad.

Sin embargo, Cedillo (2018) menciona que la obediencia demuestra ser un “elemento que interfiere con el desarrollo de las habilidades básicas para la educación” (p.30) debido a que, en estudios posteriores, se encontró que las personas con un mayor nivel educativo (superior al grado de secundaria) reportan una decadencia en la percepción de obediencia afiliativa, es decir, no se identifican ni consideran a la obediencia como un reflejo del amor o el respeto hacia sus figuras paternas como tradicionalmente se percibe en la cultura de los mexicanos.

Comunicación entre padres e hijos(as)

Como ya se ha mencionado, la adolescencia es un periodo de vida caracterizado por una propensión a los riesgos de salud física y mental de las personas (OMS, 2015), debido a la natural búsqueda de identidad y pertenencia en sociedad. Schmidt et al. (2010), mencionan que la relación de los adolescentes con sus padres representa un factor importante de prevención ante las conductas de riesgo: “cuanto más alientan los padres la expresión de necesidades y aspiraciones personales de sus hijos, mayor es la tendencia de estos últimos a [...] ser guiados y apoyados” (p.299). Es de esta manera que la relación padres e hijos(as) va a estar definida a partir del tipo de comunicación que exista entre ellos no sólo en la etapa de la adolescencia, sino desde los primeros años de vida (Guzmán et al., 2019).

Sin embargo, a pesar de que es evidente la necesidad de una relación apropiada entre padres e hijos(as), existen dificultades tanto por parte de los padres como por parte de los

hijos(as) para poder desarrollar una comunicación fluida y de confianza, especialmente en materia de sexualidad (Uribe et al., 2016). Schonfeld et al., (2013), mencionan que el género es uno de los factores de mayor peso en la comunicación padres e hijos(as), “las madres hacen la mayor parte de la comunicación con sus hijos sobre la sexualidad y hablan con sus hijas con más frecuencia que sus hijos. En comparación con los padres, las madres experimentan menos barreras” (p.3).

En un estudio de comunicación sexual familiar, González et al. (2016), definen la comunicación entre padres e hijos(as) como un “intercambio de información y significados de los padres y madres sobre la sexualidad, y cómo las interpretaciones que han elaborado a partir de su experiencia influyen en la transmisión de información a sus hijas y sus hijos” (p.421). El estudio de estos autores sugiere que la familia es un “sistema de apoyo en el que se transmiten conocimientos, valores, actitudes respecto al mundo [...] por eso es preciso que los diálogos [entre ellos] reconozcan las funciones de la sexualidad en la vida de las personas adolescentes” (González et al., 2016, p.428). Al mismo tiempo, el análisis de la comunicación familiar debe reconocer varios factores elementales: recursos de los padres para hablar de sexualidad, conocimientos, percepciones (creencias e ideas), dificultades y fortalezas, discurso según el género, contexto y sentimientos asociados a la conversación sobre sexualidad (González et al., 2016).

De acuerdo con Paredes y Tunante (2017) y su estudio de factores socioculturales que pudieran influir en el conocimiento y actitud de los padres y madres respecto de la educación sexual de sus hijos e hijas adolescentes, se encontró que el único factor sociocultural que mostró influir significativamente fue el grado académico, es decir, a mayor escolaridad, mayor conocimiento. Sin embargo, esos mismos padres y madres con alto grado académico

no necesariamente se comunican más con sus hijos en torno a temas de sexualidad, lo cual sugiere que existen otros factores que intervienen en la intención de los padres y madres para comunicarse con sus hijos. La religión y el sexo de los padres son algunos de esos factores y a continuación se profundizará en ellos.

Religión y religiosidad

La American Psychological Association (2010), define la religión como un sistema de creencias, prácticas espirituales, o ambas, organizadas en torno a la adoración de una deidad todopoderosa. La psicología ha prestado atención al estudio de la religión y las implicaciones físicas y mentales que tienen en el comportamiento humano, según Orozco-Parra y Domínguez-Espinosa (2014), debido a que éstas marcan diferencias importantes en la construcción de la personalidad, en la elaboración de estrategias de adaptación al ambiente y en la resolución de problemas, es decir, “las creencias y prácticas religiosas son centrales en la vida de muchas personas y ejercen influencia en la cognición, los afectos, la motivación y el comportamiento” (p.4).

Ferre et al. (2009), mencionan que “la religiosidad tiene la función de economizar y simplificar nuestras acciones [...], provee un sentido de seguridad que disminuye la ansiedad asociada con la incertidumbre” (p.4), es decir, según estos autores, un aspecto positivo de la religiosidad es que brinda tranquilidad ante lo desconocido, así como un pensamiento unificado a todos los miembros de esta. Otro aspecto favorable de la existencia de las religiones es que, la mayoría de ellas, favorecen la cooperación y cohesión social entre el grupo de creyentes, lo cual promueve el logro de objetivos y metas grupales, así como la adaptación al entorno (Orozco-Parra & Domínguez-Espinosa, 2014).

Sin embargo, también existen implicaciones poco favorables para el desarrollo social, donde la característica del pensamiento unificado impacta negativamente en los espacios políticos y de salud pública, donde las religiones actúan como “portadoras de un dogmatismo que impide la libertad y diversidad sexual [...], en su doble rol de agentes de socialización y actores políticos, son sindicadas como las principales sostenedoras del patriarcado y la heteronormatividad" (Vaggione, 2009, p.8).

Vaggione (2009) hace mención del impacto negativo que han tenido las creencias religiosas en Latinoamérica al “restringir las vivencias de los derechos sexuales y reproductivos en la población al haber creado construcciones asociadas a la culpa o el pecado” (p.10) y que obstaculizan la posibilidad de que la población viva su sexualidad sin malestares morales. Aunado a este impacto, es importante conocer el poder que se les ha otorgado a las asociaciones religiosas y que siguen ejerciendo influencia en las vivencias y aprendizajes de la sexualidad, tal como Rangel (2019) menciona que ha sucedido en México:

A partir de las reformas al artículo 130 constitucional y a la Ley Reglamentaria sobre Asociaciones Religiosas y Culto Público, realizadas en el gobierno de Carlos Salinas de Gortari [1988 – 1994], las cuales permitieron a las iglesias, particularmente a la católica, tener mayor participación política, así como recuperar espacios educativos y en medios de comunicación. Dicha intervención se ha orientado en varias ocasiones a pretender modificar los contenidos oficiales de la educación sexual, así como el enfoque bajo el que se imparte a fin de ajustarlo a un modelo confesional sustentado en la moral católica (p. 272).

Moral-de la Rubia (2010), en un estudio con estudiantes universitarios mexicanos (hombres y mujeres), encontró que existe una asociación entre la representación social del sexo y las prácticas religiosas: “a mayor religiosidad, se valoraba más la virginidad, se condenaba la pornografía, se experimentaba más vergüenza sexual y se aceptaba menos la homosexualidad” (p.57). Según este autor, la religión influye en el significado que las personas otorgan a los temas que incluye la sexualidad y las actitudes que tendrán hacia ellas, incluso menciona que “la actitud más liberal [en cuanto a la sexualidad] aparece en las personas sin religión, y la más conservadora, entre cristianos y personas que siguen con más frecuencia las ceremonias religiosas” (p.58).

De acuerdo con los datos del INEGI (2010), el 94% de la población guanajuatense profesa la religión católica, dato que resulta necesario para este estudio al intentar explorar las implicaciones que tiene la religión con las creencias entorno a la educación sexual integral. Para conocer los motivos por los cuales la gente pertenece o profesa alguna religión, Azzi y Ehrenberg (1975), mencionan que existen tres factores que benefician a la persona que practica alguna actividad religiosa, entre las que se encuentran 1) la salvación o el beneficio esperado después de la muerte, 2) el consumo o la satisfacción que generan las prácticas religiosas y 3) las presiones sociales, donde las personas se pueden ver beneficiadas por pertenecer a un grupo religioso en la sociedad.

Goribar (2010), refiere que los mexicanos y mexicanas, hasta el año 2000, reportaban reconocerse como católicos(as) hasta en un 90% del total de la población, sin embargo, sólo la mitad de este porcentaje reportaba realmente seguir y practicar los ritos religiosos como las ceremonias y celebraciones católicas, lo que da pauta a pensar en que, aun cuando un alto

porcentaje de personas se reconozcan como parte de una religión, no significa que se ejecuten las prácticas religiosas o estén en acuerdo con lo que representan.

Entonces, de acuerdo con el alto porcentaje de personas que profesan la religión católica en Guanajuato (INEGI, 2010), surge la necesidad de contemplar a la religión como una variable que pudiera tener cierto grado de influencia no sólo en la formación de creencias sobre la educación sexual integral, sino también en la aceptación y el reconocimiento de la diversidad sexual (Goribar, 2010) en los diversos espacios donde los padres y madres conviven.

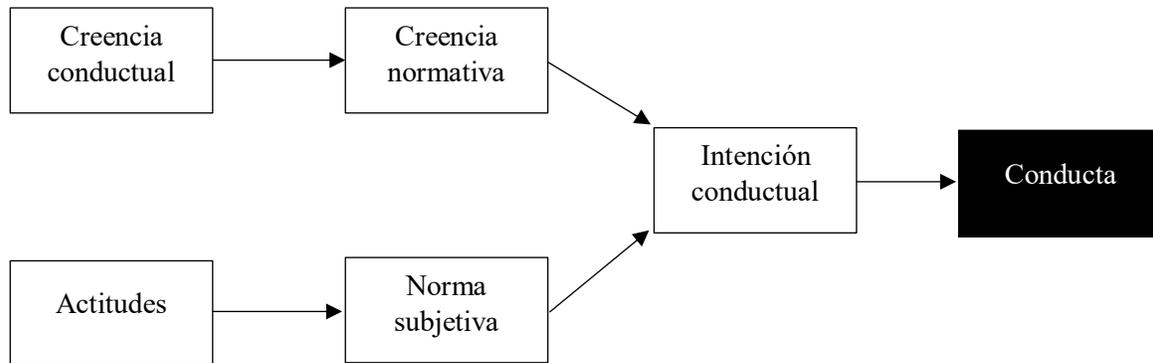
Creencias

El tema de las creencias ha resultado relevante en el estudio de la cultura y del comportamiento como un “elemento cognoscitivo de la actitud de una persona, y se definen como la relación percibida entre un objeto y un atributo; esta asociación es pensada en términos de una probabilidad subjetiva” (Diaz-Loving et al., 2015). Por otro lado, Luft et al. (2003), definen las creencias como “proposiciones consideradas como ciertas por un individuo [...] no están basadas en pruebas, sino en el juicio y la evaluación personales” (p.2). Entonces, las creencias actúan como sistemas que definen la realidad, de entre ellas, las convicciones, valores, actitudes y supuestos alrededor de la toma de decisiones. Es así como el tema de la sexualidad se torna aún más complejo y difícil de modificar, pues las creencias que lo rodean tienden a adoptarse como verdades incuestionables y, generalmente, de carácter evitativo para la mayoría de las personas.

En un intento por dar sentido a la formación de creencias y actitudes o comportamientos individuales y sociales que se derivan de ellas, Azjen y Fishbein, mediante la Teoría de la Acción Razonada (TAR;1975), ofrecen un modelo que tiene como objetivo estimar o

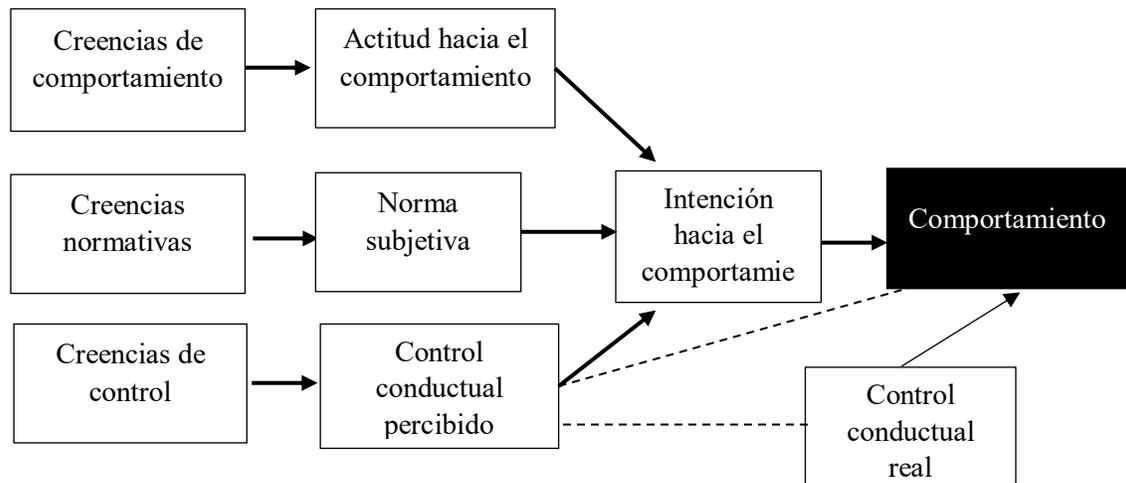
predecir la intención hacia una conducta al considerar que muchos de los comportamientos son voluntarios en función de las creencias, las actitudes y la norma subjetiva (presión social) como elementos determinantes de la intención (ver Figura 3).

Figura 3.



Nota: Representación del Modelo de la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen en 1975.

Posteriormente, Ajzen (1985 - 1991), propone la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) como una extensión de la TAR (1975). Dentro de esta teoría, se propone que el comportamiento no es completamente voluntario ni está totalmente bajo el control de la persona, sino que el comportamiento puede ser predecible por medio de la intención, misma que está determinada por factores de comportamiento (actitudes), normativos (norma subjetiva) y de control (percepción de la capacidad para realizar o no la conducta), y éstos a su vez, tienen influencia de variables como las creencias acerca del comportamiento, las creencias normativas y las creencias de control (ver Figura 4).

Figura 4.

Nota: Representación del Modelo de la Teoría del Comportamiento planeado, Ajzen (1985 - 1991)

Las actitudes tienen origen en las expectativas de resultados de un individuo respecto de un comportamiento, es decir, es la creencia conductual de la que se desprenden evaluaciones positivas o negativas respecto a ejecutar una acción. Las normas percibidas surgen de creencias que tienen las personas sobre los individuos o grupos importantes en sus vidas y la aprobación o desaprobación sobre la realización de un comportamiento, es decir, la presión social percibida. Y finalmente, la percepción de control se refiere a aquellas creencias de factores personales y ambientales que ayudan o limitan al sujeto a llevar a cabo un comportamiento, es decir, qué habilidades, facilidades y barreras le brindan una sensación de autoeficacia alta o baja. (Ajzen & Fishbein, 2010, p.4).

Después, de acuerdo con la TCP, existe un apartado donde se analiza la formación de las creencias como una base para la formación de actitudes, de la norma subjetiva y la percepción de control. En ella se habla de tres tipos de creencias:

1. Creencias descriptivas: surgen de la observación directa que ejerce el individuo sobre un objeto.
2. Creencias inferenciales: se obtienen de la interacción que el individuo mantiene con otra persona donde, a partir de lo que se observa, se le atribuyen características inobservables al objeto.
3. Creencias informativas: son las creencias que se derivan de la información obtenida de otros acerca de un objeto. (Ajzen & Fishbein, 1980).

La teoría del comportamiento razonado propone que la combinación de los tres factores ya mencionados, conducen al sujeto a formar una intención conductual para actuar de determinada forma (Ajzen & Fishbein, 2009). Es importante resaltar que los autores de esta teoría perciben a las creencias sobre el comportamiento, las creencias normativas y las creencias de control como la base sobre la que se sostiene el comportamiento y de donde se puede obtener buena parte de la información al explorar un comportamiento. Además, mencionan que “las creencias que sostienen el comportamiento no necesitan ser verídicas, pueden ser inexactas, sesgadas o incluso irracionales” (Ajzen & Fishbein, 2009, p.6), y así forman la base cognitiva a partir de la cual, las actitudes, normas percibidas y la percepción de control adquieren coherencia en la intención de actuar.

Sin embargo, en un nivel anterior a las creencias, Ajzen y Fishbein (2009) señalan que éstas tienen origen en una amplia serie de factores de fondo individuales y sociales tales como:

la edad, el género, etnia, nivel socioeconómico, educación, nacionalidad, afiliación religiosa, personalidad, estado de ánimo, emoción, actitudes, valores generales, inteligencia, pertenencia a un grupo, experiencias pasadas,

exposición a la información, el apoyo social y las habilidades de afrontamiento (p.7).

Estos factores de fondo pueden influir significativamente en las creencias de las personas y en su comportamiento, y aunque no se puede establecer que existe una conexión irrefutable y constante, esto va a depender de los propósitos de las investigaciones y la conducta a analizar (Ajzen, 2019, p.8). Sin embargo, a pesar de que este modelo de hace aproximadamente 40 años tiene como base el estudio de la formación de las creencias, tienden a dejarlas en un segundo plano para priorizar como objeto de estudio las actitudes y predicción de las conductas.

Precisamente, Jones y Carter (2007, citado en Garritz, 2014), mencionan que los conceptos de actitudes y creencias frecuentemente tienden a entremezclarse y entenderse como sinónimos, cuando en realidad, las creencias son preposiciones (entendimientos) sobre un objeto, situación o cosa que se consideran ciertas (Luft et al., 2002) y las actitudes son evaluaciones positivas o negativas respecto a la ejecución de una acción (Ajzen & Fishbein, 2010).

Siguiendo con la importancia de indagar en la formación de las creencias y su impacto social, en el informe *Social Axioms, The Search for Universal Dimensions of General Beliefs About How the World Functions* (Leung et al., 2002), se realiza un análisis de los diferentes modelos teóricos que han aportado al estudio del comportamiento social y cómo las creencias tienden a convertirse en expectativas generales de un grupo de personas. Estas creencias son conocidas como axiomas sociales, pues respaldan el comportamiento de un grupo de personas en diferentes situaciones y se suponen como ciertas al ser el resultado de la experiencia personal y la socialización.

Los axiomas sociales, al no disponer de un respaldo científico, son evaluaciones de algún objeto, idea o situación, a la que se le otorgan ciertas características inobservables mediante una estructura lineal donde *X* se relaciona con *Y*, sin otorgarle un valor de mayor o menor importancia a cada elemento (Leung et al., 2002). Sin embargo, pudieran llegar a confundirse con las creencias normativas, donde sí se otorga un valor de *bueno*, *adecuado* /*malo*, *inadecuado* a los elementos que se están relacionando. Los axiomas sociales pueden definirse como “creencias generalizadas sobre uno mismo, el entorno social y físico, o el mundo espiritual, y se representan en forma de afirmación sobre la relación entre dos entidades o conceptos” (Leung et al., 2002, p. 289).

Dentro de este análisis (Leung et al., 2002), los axiomas son importantes para la supervivencia y el funcionamiento de la sociedad ya que cumplen con cuatro funciones principales:

- Facilitan el logro de objetivos importantes para la sociedad.
- Ayudan a las personas a proteger su autoestima.
- Sirven como una manifestación de los valores de las personas.
- Ayuda a los individuos a entender el conocimiento.

Tal como menciona Leung et al. (2002), tratar de conocer lo que sostiene a las creencias predominantes de un grupo social y sus diferencias con algún otro, requiere de revisar qué variables individuales y colectivas influyen en dichas creencias y las decisiones o desarrollo de estrategias que procuran el bienestar colectivo. De forma que, luego de investigaciones en más de 40 países (véase Leung et al., 2002, pp.286-302), Leung & Bond (2004) identificaron una estructura de los axiomas sociales que se compone de cinco factores:

1) cinismo social, como representación de la visión negativa de la naturaleza humana, donde las personas pueden ser fácilmente corrompidas por el poder y donde no existe una confianza en las instituciones sociales, 2) complejidad social, donde se sugiere que no hay reglas rígidas, sino que hay múltiples maneras de lograr un resultado, 3) recompensa por la aplicación, que hace referencia a que el conocimiento, la planificación cuidadosa y la inversión de recursos conducen a resultados positivos y evitan resultados negativos, 4) espiritualidad o religiosidad, que afirma la existencia de fuerzas sobrenaturales y de beneficios de tener una creencia religiosa, y 5) control del destino, que es la creencia de que los eventos de la vida están predeterminados, pero pueden ser predecibles y modificables (p. 145).

De acuerdo con lo mencionado, puede afirmarse que han existido un análisis constante de cómo se han estudiado las creencias en las diferentes culturas, desde la teoría de las representaciones sociales de Moscovici (1961) hasta la definición de las creencias sociales según Bar-Tal (2000), y se ha inferido que “las creencias compartidas reflejan cómo la gente construye un mundo social para buscar el significado y la comprensión de las realidades sociales [...] proporcionándoles una identidad social común” (Leung & Bond, 2004, p. 126). Sin embargo, las creencias no siempre tendrán una estructura idéntica entre los miembros de determinada sociedad, sino que existirán diferencias en el grado de especificidad que dependen del contexto, de los actores involucrados, el entorno, incluso el periodo de tiempo en que la sociedad está viviendo (Leung & Bond, 2004).

Estudios en torno a las creencias de padres y madres sobre sexualidad, González, et al. (2016), han encontrado que esta población tiende a “considerar la sexualidad como un tabú,

donde se hace una relación de la sexualidad con el embarazo o enfermedades” (p.426), que si bien es un panorama poco esperanzador en el estudio y la enseñanza de la sexualidad, vale la pena seguir hurgando en los elementos que han dado origen a estas concepciones limitadas de la sexualidad y los elementos que contribuyen al mantenimiento de discursos predominantemente estereotipados, carentes de perspectiva de género y respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

Intención para hablar de sexualidad

Un aspecto que se considera importante en el presente estudio es poder conocer la intención que los padres y las madres tienen para hablar con sus hijos sobre temas asociados con la sexualidad, y para lograrlo, se plantea una breve introducción hacia el significado de la intención.

Según la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980), el estudio de los factores que componen a la intención, tales como la actitud, la norma subjetiva y el control conductual, resultan ser el mejor predictor de la intención hacia el comportamiento, el cual “asumen como medida de factores motivacionales que influyen en el comportamiento y como indicador de qué tan dispuesta está la persona para ejercer determinada acción” (Vargas-Trujillo, Barrera, Burgos & Daza, 2005, p.72).

Por ejemplo, Vargas-Trujillo et al. (2005), realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer los factores que intervienen en la intención de los y las adolescentes para tener relaciones sexuales, de los cuales, los programas de televisión que hacen alusión a las relaciones románticas contribuyen a que éstos tengan una actitud más favorable a las relaciones sexuales. Sin embargo, no sólo la actitud es importante para conocer la intención de las personas hacia una conducta, sino que es necesario conocer también la percepción de

la opinión social (norma subjetiva) y la percepción de capacidad del propio sujeto para realizarla (control percibido), (Ajzen & Fishbein, 2010).

De acuerdo con lo anterior, Bárcena, Robles y Díaz-Loving (2013) mencionan que la intención hacia una conducta, de acuerdo con Ajzen y Fishbein (2000), “se va a ver afectada por dos elementos más: los límites contextuales [referentes a la situación en que ocurre la conducta] y las habilidades conductuales [e.g. comunicarse adecuadamente sobre temas sexuales]” (Bárcena, et al., 2013, p. 957), además de los estereotipos que existan en torno a dicha conducta. Estos autores también mencionan que varios estudios han encontrado que los factores que intervienen favorablemente en la intención de los padres y madres para hablar con sus hijos e hijas sobre el uso del preservativo tienen que ver con el nivel académico, las creencias positivas de la sexualidad y las expectativas positivas hacia la comunicación.

Así, el presente estudio pretende conocer la intención que los padres y madres tienen para hablar con sus hijos sobre sexualidad, así como conocer los factores que pueden afectar o beneficiar esta intención, especialmente aquellos que mantengan una estrecha relación con las vivencias positivas o negativas de los padres y madres.

Método

Resumen del diseño de investigación

El diseño de investigación se propuso como un estudio transversal, con alcance explicativo y muestreo no probabilístico (Ato et al., 2013). Se planteó una metodología mixta (obtención de instrumentos de evaluación, fase cuantitativa y fase cualitativa), con el fin de explorar y complementar los resultados de ambas metodologías. De acuerdo con Creswell (2003, citado en Montoya & Ocando, 2020), existen seis tipos de diseños mixtos: diseño secuencial explicativo, diseño secuencial exploratorio, diseño secuencial transformador, diseño de triangulación concurrente, diseño anidado concurrente y diseño transformador concurrente. Para fines de este estudio, se hizo uso del diseño exploratorio secuencial en la recopilación y análisis de los datos cualitativos seguido de los datos cuantitativos. Además, de acuerdo con Hamui-Sutton (2013), el uso de metodologías que combinen los paradigmas filosóficos del positivismo y constructivismo en el pragmatismo (mixta), permite enmendar las posibles limitaciones de ambos y así fortalecer la validez en la interpretación de resultados.

Fase cualitativa

Pregunta de investigación

¿Qué elementos de las vivencias de padres y madres sobre la sexualidad pueden favorecer o limitar su intención de hablar con hijos e hijas sobre sexualidad?

Objetivo

Conocer los elementos en las vivencias asociadas con la sexualidad que pueden favorecer o limitar la intención de padres y madres para hablar de sexualidad con sus hijas e hijos.

Supuestos de investigación

- Las experiencias negativas en el inicio de las relaciones sexuales en padres y madres actuarán como elementos favorecedores en la intención para hablar de sexualidad con sus hijas e hijos.
- La falta de información sobre sexualidad en padres y madres será un elemento que limite la comunicación sobre sexualidad con sus hijos e hijas.

Participantes

La muestra de participantes estuvo constituida por dos padres y nueve madres en edades de 31 a 61 años, pertenecientes a los municipios de Celaya, Juventino Rosas, León y Santiago Maravatío, en el Estado de Guanajuato. Cuatro de las personas participantes reportaron estar casados(as), cuatro solteros(as), dos personas en unión libre y una separada.

Entre las características particulares de la muestra de participantes, resalta que todas y todos tuvieron su primer hijo(a) entre los 21 y los 32 años, es decir, ninguno de ellos y ellas fue padre o madre en la etapa adolescente. Por otro lado, seis de las y los participantes tienen hijos en edad de 1 a 10 años, una de ellas tiene hijas en edad adolescente y cuatro tienen hijos e hijas en edad adulta. En la Tabla 1 se muestran detalles de estas características de la población.

Tabla 1.

Características de la población

Sexo	Edad a la que tuvo su primer hijo(a)	Número de hijos e hijas	Etapas de crecimiento de hijas e hijos
------	--------------------------------------	-------------------------	--

Mujer	26	1	Niñez
Mujer	21	3	Adolescentes- jóvenes
Mujer	28	1	Niñez
Mujer	23	3	Adultez
Hombre	24	4	Adultez
Mujer	23	4	Adultez
Mujer	26	1	Niñez
Mujer	21	1	Niñez
Hombre	25	1	Niñez
Mujer	30	3	Adultez
Mujer	32	2	Niñez

Nota: La etapa de la niñez se considera al periodo de edad de los 0 a los 11 años, la adolescencia al periodo de los 12 a los 19 años, la juventud de los 20 a los 39 años, y adultez de los 40 en adelante.

La muestra fue seleccionada bajo el muestreo no probabilístico intencional por conveniencia (Otzen & Manterola, 2017) debido al confinamiento por la pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 y las limitaciones de contacto que esto implicó para el desarrollo de los grupos focales, tomando en cuenta los siguientes criterios:

Inclusión

- Padres o madres pertenecientes Estado de Guanajuato.

Exclusión

- Padres o madres del Estado de Guanajuato que no tuvieran acceso a internet y/o a un dispositivo celular o computadora para acceder a la video llamada.

Instrumento

Se elaboró y aplicó, a través de grupos focales, una guía de entrevista semiestructurada con 24 preguntas que explora las vivencias de padres y madres asociadas con la sexualidad, particularmente en las siguientes áreas: primera relación sexual, uso de métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, primera experiencia de embarazo, paternidad/maternidad y comunicación con sus hijos e hijas sobre sexualidad. Dicha guía de entrevista fue revisada y aprobada por expertos para su posterior aplicación en grupos focales a madres y en formato de entrevista individual en el caso de los padres. Ambas guías de entrevista pueden consultarse en el Anexo 1.

Procedimiento

En primer lugar, se publicó una invitación dirigida a madres y padres de familia en redes sociales (Facebook e Instagram). Dicha invitación contenía las características de las y los participantes y requisitos para participar en las entrevistas, como se muestra a continuación:

“Se extiende una atenta invitación a padres y madres entre 30 y 70 años a participar en el estudio *Vivencias parentales asociadas con la sexualidad*, que consiste en contestar una serie de preguntas en formato de entrevista a través de la plataforma de Microsoft Teams. Como requisito, es necesario tener acceso a internet desde una computadora, tablet o dispositivo móvil. La duración aproximada es de 1 hora y las fechas de entrevista están programadas para los días 29, 30 y 31 de marzo. Interesadas

e interesados, por favor registrarse en el siguiente enlace o comunicarse al siguiente correo y número celular con la psicóloga Ana Karen Martínez”.

Se proporcionó un enlace en Google Forms para que las y los participantes registraran sus datos de nombre, sexo, edad, escolaridad, estado civil, lugar de procedencia, número de hijos(as), edad en que tuvo a su primer hijo(a), correo y número de teléfono. Posteriormente, se contactó a las y los participantes registrados para establecer el horario y fecha de entrevista y se les compartió el enlace de la reunión en Teams.

Mientras se llevaba a cabo el proceso de reclutamiento de participantes, se capacitó a un hombre y a una mujer estudiantes de la licenciatura con experiencia previa en moderar grupos focales y como entrevistadores, para ser las personas entrevistadoras; en esta capacitación, se les mencionó el objetivo del estudio, las características de la población, su rol como personas moderadoras del grupo focal, se les compartieron las preguntas de la guía de entrevista y se resolvieron sus dudas. Al terminar de ejecutar los grupos focales y entregar las transcripciones en formato digital, se les remuneró económicamente a ambas personas por su colaboración.

Primero se llevaron a cabo los grupos focales con las mujeres. Hubo nueve participantes que fueron organizadas en tres grupos, con tres participantes en cada uno. Las videollamadas iniciaron con un saludo y presentación por parte de la entrevistadora, para posteriormente explicar los términos de confidencialidad y anonimato con que se desarrollaría la entrevista y se diera lectura al consentimiento informado de acuerdo con el Código de Ética de la APA (secciones 3, 4 y 8) el cual puede consultarse en el Anexo 2. Además, se solicitó autorización a las mujeres para grabar el audio y video de la llamada y

se explicó que el fin de la grabación era no perder detalle de sus respuestas. Todas las participantes aceptaron y quedó explícito en las grabaciones.

Al finalizar los grupos focales, se agradeció la participación de las mujeres y se les compartió un par de documentos que pudieran servirles como material de consulta para orientar sus propias dudas sobre sexualidad. Los documentos compartidos fueron *100 preguntas sobre sexualidad adolescente* y *Cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes* (ver Anexo 3 y 4, respectivamente).

En el caso de los grupos con los padres, se siguió un procedimiento similar que el de las entrevistas con madres, a excepción de que, al haber solo dos participantes, las entrevistas se administraron de forma individual debido a que la disposición de horario de cada padre era diferente y no lograron coincidir. Además, con la intención de crear un ambiente de mayor confianza, las entrevistas con padres fueron administradas por el psicólogo hombre.

Fase cuantitativa

Pregunta de investigación

¿Cuál es la influencia entre los factores sociodemográficos y las creencias de padres y madres sobre sexualidad?

Objetivo

Analizar la influencia que establecen factores sociodemográficos en la formación de creencias sobre sexualidad en padres y madres de familia, tales como edad, escolaridad, lugar de residencia y la identificación con una religión.

Hipótesis

Hi 1: La edad, la escolaridad y la religión son factores de fondo que influyen en la formación de creencias negativas de comportamiento sexual.

Hi 2: La edad, la escolaridad, la religión y el lugar de residencia son factores de fondo que influyen en la formación de creencias de responsabilidad para hablar de sexualidad con hijas e hijos.

Hi 3: La edad y la escolaridad son factores de fondo que influyen en la formación de creencias de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Hi 4: La edad, la escolaridad y la religión son factores de fondo que influyen en la formación de creencias sobre la interrupción voluntaria de embarazo.

Hi 5: La edad, la escolaridad, la religión y el lugar de residencia son factores de fondo que influyen en la formación de creencias negativas sobre roles de género masculino.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 171 participantes, de los cuales, 37 fueron hombres (padres) y 134 mujeres (madres), en edades de 18 a 60 años ($M = 30.2$, $DE = .75$) pertenecientes al Estado de Guanajuato. Respecto a la escolaridad, estado civil, religión y lugar de residencia, los datos detallados se muestran en las Tablas 2 y 3.

La muestra fue seleccionada bajo el muestreo no probabilístico intencional por conveniencia (Otzen & Manterola, 2017) debido al confinamiento por la pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 y las limitaciones que esto implicó en el contacto con la población

objetivo, la aplicación de la escala se realizó a través de una plataforma virtual, tomando en cuenta los siguientes criterios:

Inclusión:

- Padres y madres pertenecientes al Estado de Guanajuato.

Exclusión:

- Padres y madres pertenecientes a Estados diferentes al de Guanajuato.

Eliminación:

- Padres y madres pertenecientes al Estado de Guanajuato que no contestaron el total de reactivos de la escala.

Tabla 2.

Características sociodemográficas de las y los participantes

Sexo	Cantidad	%
Femenino	134	78.4
Masculino	37	21.6
Estado civil		
Casados(as)	109	63.7
Solteros(as)	41	24.0
Separados(as)	11	6.4
Divorciados(as)	8	4.7
Viudos(as)	2	1.2
Escolaridad		
Primaria	2	1.2
Secundaria	12	7.0

Preparatoria	53	31.0
Licenciatura	73	44.4
Posgrado	28	16.4
Religión con la cual se identifican		
Católica	113	66
Cristiana	6	3.5
Islámica	7	4.1
Budista	1	0.6
Ninguna	44	25.7

Nota. $N = 171$. La población participante tenía una $M = 30.2$ años, $DE = .75$.

Tabla 3.

Lugar de residencia

Municipio	Frecuencia	Porcentaje
Apaseo el Grande	1	.6
Celaya	9	5.3
Doctor Mora	3	1.8
Dolores Hidalgo	7	4.1
Guanajuato	15	8.8
Irapuato	4	2.3
León	107	62.6
Pénjamo	1	.6
Pueblo Nuevo	1	.6
Salamanca	4	2.3
San Francisco del Rincón	4	2.3

Salvatierra	1	.6
San Miguel de Allende	2	1.2
Silao	2	1.2
Valle de Santiago	10	5.8
Total	171	100.0

Nota: De los municipios mencionados, sólo Celaya, Guanajuato, Irapuato, León, Salamanca y San Miguel de Allende se consideraron como zonas urbanas. A todos los municipios restantes se les categorizó como zonas rurales de forma arbitraria.

Instrumento

Elaboración de la escala

Se creó y aplicó una escala en formato Likert con cinco opciones de respuesta sobre creencias parentales en torno a la sexualidad, donde se les pidió a las y los participantes que señalaran su nivel de acuerdo en cada reactivo, donde 1= *Totalmente en desacuerdo*, 2= *En desacuerdo*, 3= *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*, 4= *De acuerdo* y 5= *Totalmente de acuerdo*. La aplicación se desarrolló a través de una plataforma virtual. Las áreas de interés, dimensiones evaluadas y el porcentaje de reactivos de la escala, se detallan en la Tabla 4. La versión final de la escala se encuentra en el Anexo 5.

Tabla 4.

Dimensiones evaluadas

Área de interés	Dimensión	Especificación	Porcentaje de reactivos
Roles de género	Creencias sobre cómo deben comportarse los hombres	Positivas y negativas, en pareja	25%

	Creencias sobre cómo deben comportarse las mujeres		
	Creencias de responsabilidad para hablar de ESI con hijos e hijas		
	Creencias sobre contraer ETS		
Salud sexual y reproductiva	Creencias de prevención de embarazo	Positivas y negativas	35%
	Creencias sobre uso de condón y anticonceptivos		
Comportamiento sexual	Creencias sobre las condiciones adecuadas para tener relaciones sexuales	Positivas y negativas	40%
	Creencias sobre la masturbación		
	Creencias sobre el placer		

Nota: Las áreas en las que se dividió la escala, surgieron de la definición de sexualidad proporcionada por la OMS (2018).

Procedimiento

En primer lugar, se extendió una invitación a padres y madres de entre 30 y 65 años a través de redes sociales como Facebook, Instagram y Whatsapp, para participar en la encuesta. Para ello, se proporcionó un el enlace de acceso a la plataforma virtual donde darían respuesta a la escala. Una vez que se accedió a la encuesta, se presentaron las instrucciones para dar respuesta a las preguntas. Seguido de esto, se pidió responder los datos sociodemográficos correspondientes al sexo, edad, nivel educativo, estado civil, religión y lugar de residencia.

Posteriormente, la encuesta se dividió en apartados de creencias de acuerdo con el tema de sexualidad a abordar, cuyo orden fue el siguiente: 1) roles de género masculinos, 2) roles de género femeninos, 3) responsabilidad para hablar de sexualidad con hijas e hijos, 4)

enfermedades de transmisión sexual, 5) embarazo y aborto, 6) uso de condón y métodos anticonceptivos y 7) comportamiento sexual. El número de reactivos finales fue de 86, excluyendo los datos sociodemográficos, y el tiempo de respuesta aproximado fue de 16 minutos.

A través de la aplicación virtual, se logró recolectar 231 respuestas, de las cuales, 50 provenían de padres y 181 de madres. Posteriormente, a través del programa *IBM SPSS Statistics*, versión 22, se descargaron las respuestas y se dio forma a la base de datos para el análisis de resultados, de acuerdo con los objetivos e hipótesis del estudio.

Finalmente, luego de realizar análisis estadísticos descriptivos y de frecuencias, se eliminaron datos que no cumplían con los criterios de inclusión propuestos al inicio o que no hubieran dado respuesta al total de la escala. Así, se obtuvo una cantidad final de 171 respuestas válidas de la escala de creencias sobre sexualidad.

Resultados

Resultados de la fase cualitativa

Dado que el objetivo de esta fase fue conocer los elementos en las vivencias asociadas con la sexualidad que pueden beneficiar o limitar la intención de padres y madres para hablar de sexualidad con sus hijas e hijos, las áreas exploradas a través de los grupos focales comprenden relatos de cómo fue experimentar la primera relación sexual y los elementos contextuales/emocionales alrededor de ella, seguida de sus experiencias con el uso o desconocimiento de métodos anticonceptivos, vivencias asociadas con enfermedades de transmisión sexual, así como su primera experiencia de embarazo y maternidad/paternidad, además de un área de comunicación con hijos e hijas sobre sexualidad que precise la información requerida en esta fase.

Para comenzar, respecto a las vivencias de padres y madres en torno a la primera relación sexual, la Tabla 6 muestra algunos de los elementos intervinientes en dicha experiencia y sus citas más representativas:

Tabla 6.

Vivencias parentales asociadas con la sexualidad, elementos intervinientes

Área	Citas Madres	Códigos y definición	Citas Padres
------	--------------	----------------------	--------------

	<p><i>mis amigas me echaban carrilla por ser tan ñoña en ese aspecto. Ellas eran menores que yo y ya le andaban dando vuelo a la hilacha y pues yo no, entonces yo sentía la presión pro esa parte</i></p>	<p>Presión del círculo social inmediato: proceso en el que personas cercanas al individuo inducen o provocan cambios en sus creencias, opiniones, actitudes o comportamientos (López, 1999, citado en Vargas et al., 2005).</p>	<p><i>fue por los amigos, pues igual es la manera en la que te vas metiendo como al grupo de amigos</i></p>
<p>Primera relación sexual</p>	<p><i>yo tenía la ilusión del primer amor, de entregarse, del -soy tuya-</i></p>	<p>Expectativas: creencia subjetiva de la probabilidad de que un acto en particular vaya seguido por un resultado particular (Vroom, 1964)</p>	<p><i>pues que hubiera una relación antes de llegar a la intimidad</i></p>
	<p><i>fue traumática [...] realmente no hay placer, hay dolor, hay nervios, incertidumbre...</i></p>	<p>Sentimientos: componente sensorial de la experiencia (Rosas, 2011)</p>	<p><i>muy asustado...muy asustado porque no tenía información al respecto</i></p>
	<p><i>la carga emocional y espiritual de saber que esto era un gran pecado, que estaba haciendo super grave, que iba a estar en la lista de los que se iban al infierno</i></p>	<p>Principios religiosos: normas que determinan los rasgos deseables en los individuos; “en las mujeres, prudente, tolerante, amable, temerosa de Dios...” (Reyes, 2015, p.28)</p>	

De acuerdo con la Tabla 6, las madres y padres reportan que la experiencia de la primera relación sexual fue particularmente negativa y/o desagradable. Por ejemplo, el grupo de madres menciona que, dentro de las razones para haber tenido su primera relación sexual, la presión de su círculo social inmediato fue uno de los motivos con mayor peso para tomar esta decisión, entendiendo que este círculo estaba compuesto particularmente por amigas/amigos, familiares como hermanas, primas, e incluso las mismas parejas (ver Tabla 6.1).

Tabla 6.1

Cita	Participante
<i>mis hermanas me echaban carrilla por ser tan ñoña en ese aspecto. Ellas, al ser menores que yo, ya le andaban dando vuelo a la hilacha y pues yo no, entonces yo sentía la presión por esa parte</i>	Madre, 41 años. Tuvo su primer hijo a los 28 años.
<i>En mi caso creo que sí tuvo que ver mucho la presión social. Por ejemplo, desde aquellos entonces ya estaban casi todas casadas [sus hermanas] para cuando yo empecé mi actividad sexual, [ellas] ya tenían al menos un bebé</i>	Madre, 41 años. Tuvo a su primer hijo a los 32 años.
<i>todas las amigas ya hablaban del número de con cuántos habían tenido relaciones y para mí era vergonzoso decir que yo con ninguno</i>	Madre, 45 años. Tuvo a su primer hijo a los 26 años.
<i>no fue por intención mía, fue por petición del entonces mi novio. Tomé la decisión porque él me lo pedía [su pareja].</i>	Madre, 57 años. Tuvo su primera hija a los 21 años.

Aunado a lo anterior, dentro de la primera relación sexual también resaltó que, respecto a los sentimientos experimentados en esta vivencia, la mayoría de las mujeres

reportaron que fue poco o nada agradable, dolorosa y en algunos casos, traumática (ver Tabla 6.2)

Tabla 6.2

Cita	Participante
<i>no fue lo que yo esperaba, jamás imaginé sentir tanto dolor</i>	Madre, 31 años. Tuvo a su primer hijo a los 26 años.
<i>fue una de las experiencias más feas [...] aunque había romanticismo y toda la cosa, pero para mí no fue grata la primera vez</i>	Madre, 45 años. Tuvo a su primer hijo a los 26 años.
<i>Descubrí lo que se sentía y...no es nada bonito, desde cualquier perspectiva, no es nada bonito</i>	Madre, 41 años. Tuvo a su primer hijo a los 32 años.

Dentro de las razones por las cuales estas experiencias resultaron mayormente desagradables y dolorosas, resaltan el desconocimiento y la desinformación respecto a qué sucede durante el acto coital, además de la influencia de elementos en el contexto que dieron paso a crear expectativas románticas respecto a la primera relación sexual (p.e. telenovelas, libros e historias románticas. Ver Tabla 6.3).

Tabla 6.3

Cita	Participante
<i>uno ve novelas o una situación ficticia cuando la realidad es otro, no como uno se imagina, realmente no hay placer, hay dolor, hay nervios, incertidumbre...es traumática la primera vez, la verdad.</i>	Madre, 57 años. Tuvo su primera hija a los 21 años.

Además, otro de los elementos intervinientes en la vivencia negativa de la primera relación sexual, tiene que ver con los principios religiosos con los que las participantes fueron

educadas y las prácticas sexuales que ésta marca como pecado, creando un sentimiento de culpa en ellas (ver Tabla 6.4).

Tabla 6.4

Cita	Participante
<i>la carga emocional y espiritual de saber que esto era un gran pecado, que estaba haciendo algo super grave que iba a estar en la lista de los que se iban al infierno</i>	Madre, 41 años. Tuvo a su primer hijo a los 32 años.
<i>Empecé a pensar, - yo me voy a ir directo al infierno, hoy en la noche seguro me van a quemar -</i>	Madre, 45 años. Tuvo a su primer hijo a los 26 años.

En los grupos focales con los padres, también se identificó que la presión del círculo social inmediato es uno de los principales motivos para tener la primera relación sexual. Este círculo social está integrado principalmente por los amigos hombres con quienes convivían durante su adolescencia/juventud, y destaca claramente cómo la primera experiencia coital adquiere un carácter de inclusión dentro del círculo de amistad masculina (ver Tabla 6.5).

Tabla 6.5

Cita	Participante
<i>fue por los amigos, pues igual es la forma en que te vas metiendo como al grupo de amigos, te van considerando, si no has tenido tú [la primera relación sexual] pues te van relegando [...], de que te dicen que - ¡órale!, ¡ya vamos, ya tienes edad!, ¡tienes que ir y tienes qué conocer!, ¡tienes que comenzar! ...</i>	Padre, 59 años. Tuvo a su primer hijo a los 24 años.
<i>fue una experiencia que igual fue motivada por el mismo entorno donde me encontraba en ese momento con mis amigos</i>	Padre, 57 años. Tuvo su primer hijo a los 25 años.

Por otro lado, respecto a los sentimientos que evocó tener la primera relación sexual, los padres también refieren que fue una experiencia poco agradable debido al desconocimiento y la presión de su círculo de amigos (ver Tabla 6.6).

Tabla 6.6

Cita	Participante
<i>al fin y al cabo fue como un experimento, no sé cómo llamarle, no hay sentimiento, no fue de hecho de todo mi agrado, porque no hay esa conexión</i>	Padre, 59 años. Tuvo a su primer hijo a los 24 años.

Además, se reporta que, diferente al caso de las madres, en uno de los padres se experimentó una emoción de miedo no impulsada por los principios religiosos, sino por la sensación que la eyaculación produjo en el cuerpo, la cual se desconocía (teórica y prácticamente) antes de esta vivencia. Cabe mencionar que, en este particular testimonio, el padre tuvo su primera relación sexual a la edad de 11 años (ver Tabla 6.7).

Tabla 6.7

Cita	Participante
<i>muy asustado, porque durante la eyaculación que yo no sabía que existía, lo primero que se me ocurrió fue pensar que se me estaba vaciando el cuerpo a través de la sangre por el pene y eso me dio un susto terrible</i>	Padre, 57 años. Tuvo su primer hijo a los 25 años.

Finalmente, también los padres reportan haber tenido expectativas respecto a su primera relación sexual, donde contemplaban que esta experiencia se llevaría a cabo con una persona a la cual conocieran con anterioridad, con la cual tuvieran una relación previa y donde hubiera un vínculo emocional, lo cual no se cumplió debido a que, al preguntarse con

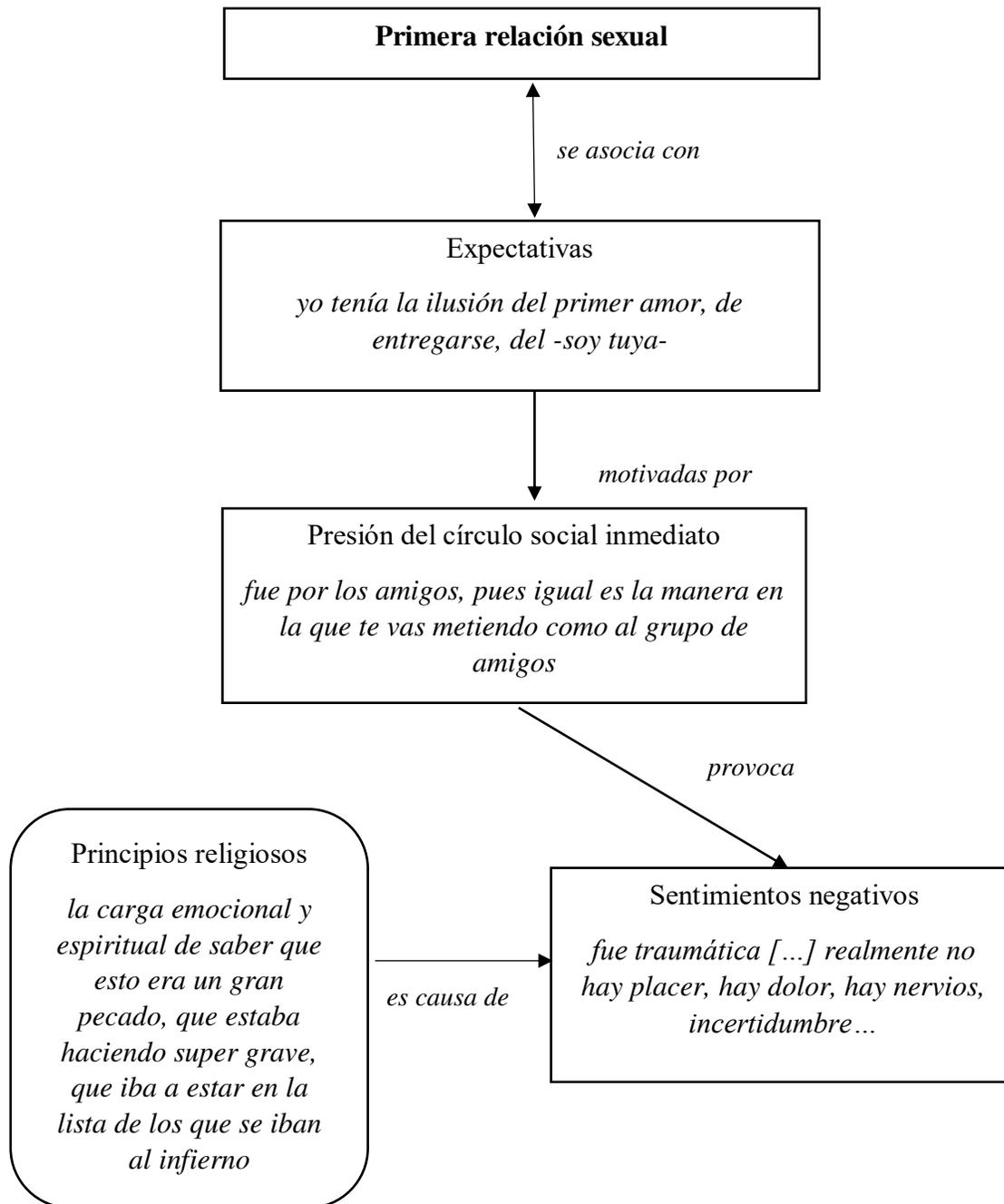
quién habían tenido su primera relación sexual, deja claro que ésta fue con una persona desconocida (ver Tabla 6.8)

Tabla 6.8

Cita	Participante
<i>pues que hubiera una relación antes de llegar a la intimidad, que salgan mínimo a conocerse, a pasear, a convivir [...] no fue con una amistad, fue más como...era prepagó</i>	Padre, 59 años. Tuvo a su primer hijo a los 24 años.

A modo de resumen, y de acuerdo con lo mencionado anteriormente sobre esta primera vivencia, en la Figura 1 pueden apreciarse las relaciones entre los códigos resultantes del análisis de la primera relación sexual, donde ésta se asocia con las expectativas románticas y de cercanía que madres y padres reportaron haber tenido, y que, a su vez, se vieron motivadas por la presión del círculo social inmediato. El resultado de esta presión es que, para la mayoría de las y los participantes, fue una experiencia desagradable, dolorosa y llena de miedos y culpas que, al menos en el caso de las madres, surgieron de los principios religiosos con que fueron educadas, y en el caso de los padres, surgieron del desconocimiento básico del funcionamiento del cuerpo humano.

Figura 1.



Nota: Diagrama de elementos intervinientes en la primera relación sexual. Elaboración propia.

Siguiendo con los elementos intervinientes en esta experiencia, otro elemento que madres y padres asocian con haber tenido una primera relación sexual poco o nada agradable, destacó la poca o nula información sobre sexualidad que estas personas pudieron recibir en aquel momento de sus vidas, en especial la proveniente de los principales círculos de convivencia, tales como la familia, amigos(as) y la escuela. Por otro lado, la carencia de personas orientadoras también impactó en sus vivencias asociadas a la sexualidad. Finalmente, ambos grupos de participantes reportaron que la poca información recibida giró mayormente sobre advertencias y amenazas si en algún momento llegaban a tener un embarazo o tener una enfermedad de transmisión sexual, como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7

Elementos intervinientes en la educación sexual recibida

Área	Citas Madres	Elementos y definición	Citas Padres
Educación sexual recibida	<i>Yo me acuerdo que incluso si estábamos viendo la tele y salía que se estaban dando un beso, eso les molestaba [a sus padres]</i>	Familias conservadoras-tradicionales: tipo de familia formada bajo la idea de los matrimonios heterosexuales, monógamos e indisolubles, fundada no en la igualdad sino en la diferenciación de funciones y la desigualdad entre las y los miembros (Ruiz, 1996).	<i>estaba prohibido hablar de cualquier tema relacionado a la sexualidad</i>

<i>nunca había hablado con nadie del tema más que con mis amigas</i>	Fuentes de información informal: adquirida fuera de las instituciones educativas, proporcionada por personas que no necesariamente están preparadas en el tema de sexualidad (Cuadro & Aparici, 2008).	<i>me hubieran orientado igual mis amigos, ¿no?, pues sí ellos ya tenían la práctica con condón me hubieran dicho – mira, así, asá- para evitar alguna enfermedad, pero pues no</i>
<i>Antes nada más, pues que... casi nada más era para cuidarte de... mmm, para que no diera pues no sé, alguna infección o que no te embarazaras</i>	Información basada en modelo moral-prevenición de riesgos: educación centrada la abstinencia, la educación para el matrimonio y la prevención de las enfermedades relacionadas con la actividad sexual (Vargas et al., 2012).	<i>en los 80's estuvo como muy fuerte el bombardeo de – usa condón –</i>

Aunado a lo expuesto en la tabla anterior, tanto padres como madres refieren que, dentro de su convivencia familiar, no estaba permitido hablar de sexualidad ni era bien visto que se hicieran preguntas sobre temas como las relaciones sexuales, la menstruación, la masturbación, métodos anticonceptivos, entre otros. Esto debido a que la mayoría de los hogares se regía bajo los principios de la religión católica, y toda la información que hiciera referencia a las prácticas sexuales no era digna de comentarse dentro de la familia, a excepción de advertencias sobre lo que no se debía de hacer, sobre todo en el caso de las

madres, y bajo el supuesto de que ellas ya conocían el tema, *ya sabían qué iba a suceder si hacían algo indebido* (ver Tabla 7.1).

Tabla 7.1

Cita	Participante
<i>mi mamá sí me hablaba, pero no tan abiertamente, ella me decía –ya estás grande y ya sabes lo que haces, donde me salgas embarazada, vas a ver-</i>	Madre, 31 años. Tuvo a su primer hijo a los 26 años.
<i>toda la información fue muy mocha, nunca se me explicó qué era lo que iba a pasar [...] debes tener mucho cuidado porque los hombres sólo buscan usarte y la sexualidad trae problemas [comentario de su madre]</i>	Madre, 45 años. Tuvo a su primer hijo a los 26 años.
<i>Yo me acuerdo que, incluso si estábamos viendo la tele y salía que se estaban dando un beso, eso les molestaba [a sus padres]</i>	Madre, 57 años. Tuvo su primera hija a los 21 años.
<i>estos temas no eran comunes de hablarse en la escuela ni en la casa [...]estaba prohibido hablar de cualquier tema relacionado a la sexualidad</i>	Madre, 59 años. Tuvo a su primera hija a los 23 años.

También en el grupo de madres resalta que ellas sí tuvieron al menos a una persona que pudiera informales sobre sexualidad, dentro de las que destacan sus compañeras de la escuela, amigas e incluso las mamás de sus amigas, y en algunos pocos casos se acudió a buscar profesionales de la salud como médicos, doctoras y/o ginecólogas (os), ya que con estas personas sentían mayor confianza para poder preguntar y aclarar dudas sobre sexualidad (ver Tabla 7.2)

Tabla 7.2

Cita	Participante
------	--------------

<i>sólo cuando ibas al médico y él era el que te dice</i>	Madre, 59 años. Tuvo a su primera hija a los 23 años.
<i>con algunas compañeras de la escuela fue con quienes llegué a escuchar sobre el condón, sobre la pastilla anticonceptiva, pero hasta ahí</i>	Madre, 57 años. Tuvo a su primera hija a los 21 años.
<i>acudí con una ginecóloga a que me aconsejara, y tomé pastillas anticonceptivas en ese momento</i>	Madre, 45 años. Tuvo a su primer hijo a los 26 años.
<i>con las mamás de mis amigas era con quien salía el tema</i>	Madres, 31 años. Tuvo a su primer hijo a los 26 años.
<i>nunca había hablado con nadie del tema más que con mis amigas</i>	Madre, 43 años. Tuvo a su primera hija a los 23 años.

A diferencia de lo relatado por las madres, los padres refieren no haber tenido alguna persona que pudiera orientarlos en sus dudas respecto a la sexualidad, y tampoco refieren haber recurrido a algún profesional de la salud, particularmente para conocer sobre el uso de métodos anticonceptivos, y refieren que les hubiera gustado obtener esta información de personas cercanas a ellos, como sus amigos (ver Tabla 7.3).

Tabla 7.3

Cita	Participante
<i>me hubieran orientado igual mis amigos, ¿no?, pues sí ellos ya tenían la práctica con condón me hubieran dicho –mira, así, así– para evitar alguna enfermedad, pero pues no</i>	Padre, 59 años. Tuvo a su primer hijo a los 24 años.
<i>yo creo que nos hizo falta mucho y este [...] más que nada hacerlo con una persona que por lo menos ya haya tratado ese tema de la sexualidad</i>	Padre, 57 años. Tuvo a su primer hijo a los 25 años.

Por otro lado, respecto a los escasos temas sobre los cuales los padres sí lograron tener información, resalta la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ver Tabla 7.4).

Tabla 7.4

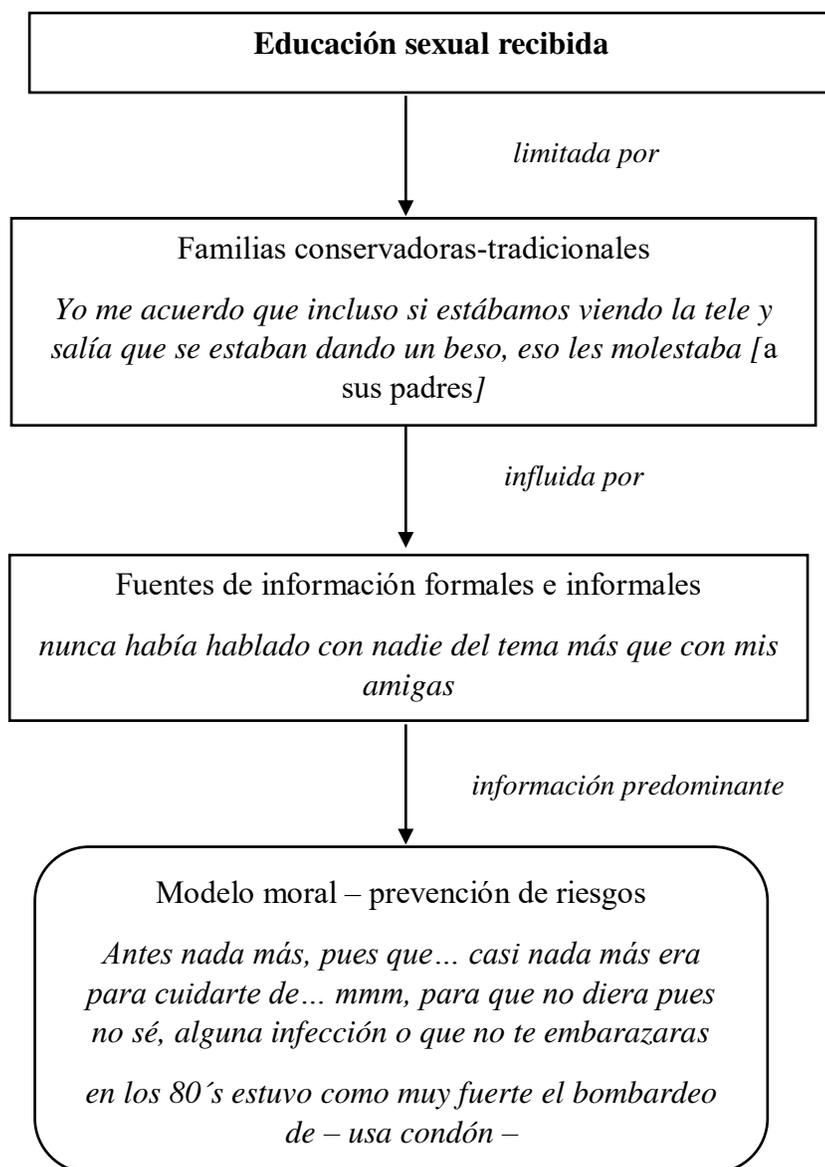
Cita	Participante
<i>Antes nada más, pues que... casi nada más era para cuidarte de... mmm, para que no diera pues no sé, alguna infección o que no te embarazaras</i>	Padre, 59 años. Tuvo a su primer hijo a los 24 años.
<i>en los 80's estuvo como muy fuerte el bombardeo de – usa condón</i>	Padre, 57 años. Tuvo a su primer hijo a los 25 años.

Como resumen de lo expuesto en torno a la *educación sexual recibida*, la Figura 2 expone la relación que mantienen los elementos encontrados en esta vivencia: en el grupo de madres, el acceso a información estuvo especialmente limitado debido a que los hogares donde crecieron fueron mayormente tradicionales y conservadores, cuyos principios religiosos influyeron negativamente en la comunicación familiar relacionada con la sexualidad. Estas limitaciones se asocian con las fuentes de información a las cuales acudieron para resolver dudas, donde amigas, compañeras y profesionales de la salud actuaron como orientadoras en temas como prevención de embarazo y de ETS.

En el grupo de los padres, también se reportó que el crecer dentro de una familia conservadora-tradicional cuya dinámica se basa en los principios religiosos, también fue una limitante en la recepción de información sobre sexualidad, lo que causa no haber tenido alguna persona orientadora en sexualidad, sobre todo respecto a métodos anticonceptivos, que es el tema que más reportaron tener interés y necesidad de conocer antes de iniciar a tener relaciones sexuales. De esta forma, al carecer de personas orientadoras, es sólo a través

de campañas informativas que lograron obtener información. Cabe mencionar que, contrario al grupo de las madres, ningún padre recurrió a buscar información con profesionales de la salud o alguna persona conocida.

Figura 2.



Nota: Diagrama de elementos intervinientes en la educación sexual recibida. Elaboración sexual.

Por otro lado, al explorar las vivencias de padres y madres en su ejercicio de la paternidad y maternidad, se encontró que un elemento transversal en esta vivencia (y en las anteriores) es el rol de género con el que fueron educados y la forma en que se asimila el papel que les toca desempeñar para con sus hijos e hijas. Para empezar, en la Tabla 8 pueden encontrarse los códigos y algunas de las citas más representativas en la vivencia de la maternidad y cómo el rol femenino intervino en su asimilación de las actividades a realizar en su entorno.

Tabla 8.

El rol de género femenino y su intervención en la vivencia de la maternidad

	Citas Madres	Elementos
Vivencia de la maternidad	<i>la influencia que te dicen tus papás de que nada más debes tener relaciones con la persona que te vayas a casar</i>	Rol femenino
	<i>el papá de mi hijo no me apoyaba económicamente debido a que no estábamos casados</i>	Área económica
	<i>me dijo [el esposo] que me dedicara a la casa y a la niña</i>	Área laboral
	<i>Hijas: pues que no deben de andar, así como vulgarmente se dice de 'nalgasuelta'</i>	Cuidado y educación en sexualidad (diferencias entre hijas e hijos)
	<i>Hijos: yo sabía que él traía sus preservativos y eso me daba mucha seguridad</i>	

De acuerdo con las citas anteriores, la vivencia de la maternidad está basada principalmente en la educación tradicional que las madres reportan haber recibido en sus

hogares, donde el rol de la mujer se basa en la obediencia, llegar vírgenes al matrimonio (heterosexual, por supuesto), *darse a respetar*, casarse y luego tener hijos en los cuales se debe de centrar su atención y dedicación en su totalidad, es decir, quedan en el olvido las fiestas y los pasatiempos que acostumbraban en su vida de no-maternidad (ver Tabla 8.1).

Tabla 8.1

Cita	Participante
<i>yo quería tener una boda bonita y hasta después los hijos</i>	Madre, 57 años. Tuvo a su primer hijo a los 21 años.
<i>cuando yo me casé yo sabía a lo que iba, yo sí tenía planeado tener hijos</i>	Madre, 61 años. Tuvo su primer hijo a los 30 años.
<i>me sentía un poco fracasada porque no podía embarazarme</i>	Madre, 51 años. Tuvo a su primera hija a los 32 años.
<i>mi mamá me lo dejó muy claro, que ella me iba a ayudar a cuidar a mi bebé mientras yo trabajaba, pero si yo quería andar de fiesta ya no me iba a ayudar</i>	Madre, 41 años. Tuvo su primer hijo a los 28 años.

Así pues, este rol tradicional de la mujer en la vivencia de la maternidad se asocia con su rol dentro de otras áreas, por ejemplo: en cuanto al área económica, no se les considera a las madres acreedoras a un *apoyo* económico por parte del padre de su hijo(a) si no se vive dentro del matrimonio; es decir, las madres que tuvieron un hijo sin haberse casado pareciera que no pueden exigir al padre de su hijo(a) un ingreso económico para la manutención de este(a). Por otro lado, aquellas madres que sí están casadas con el padre de sus hijos(as) reportan, en su mayoría, haber tenido que renunciar a su trabajo para dedicarse completamente al cuidado de su hogar y de sus hijos(as), siendo el padre quien se ha de encargar de tener un empleo y un ingreso que permita satisfacer las necesidades económicas

de la familia. De esta forma, el rol de cuidado y educación de las hijas e hijos queda casi exclusivamente bajo la responsabilidad de las madres (ver Tabla 8.2)

Tabla 8.2

Cita	Participante
<i>el papá de mi hijo no me apoyaba económicamente porque no estábamos casados</i>	Madre, 41 años. Tuvo su primer hijo a los 28 años.
<i>yo dejé mi trabajo para dedicarme de tiempo completo a mis hijos</i>	Madre, 43 años. Tuvo su primera hija a los 23 años.
<i>yo dejé de trabajar porque él [el esposo] ya no me dejó seguir trabajando [...] [el esposo] me dijo que me dedicara a la casa y a la niña</i>	Madre, 57 años, Tuvo su primer hijo a los 21 años.
<i>con mi esposo así nos organizamos, él trabajaba y yo me iba a quedar con los niños en la casa, fue así que pudo funcionar</i>	Madre, 43 años. Tuvo su primera hija a los 23 años.

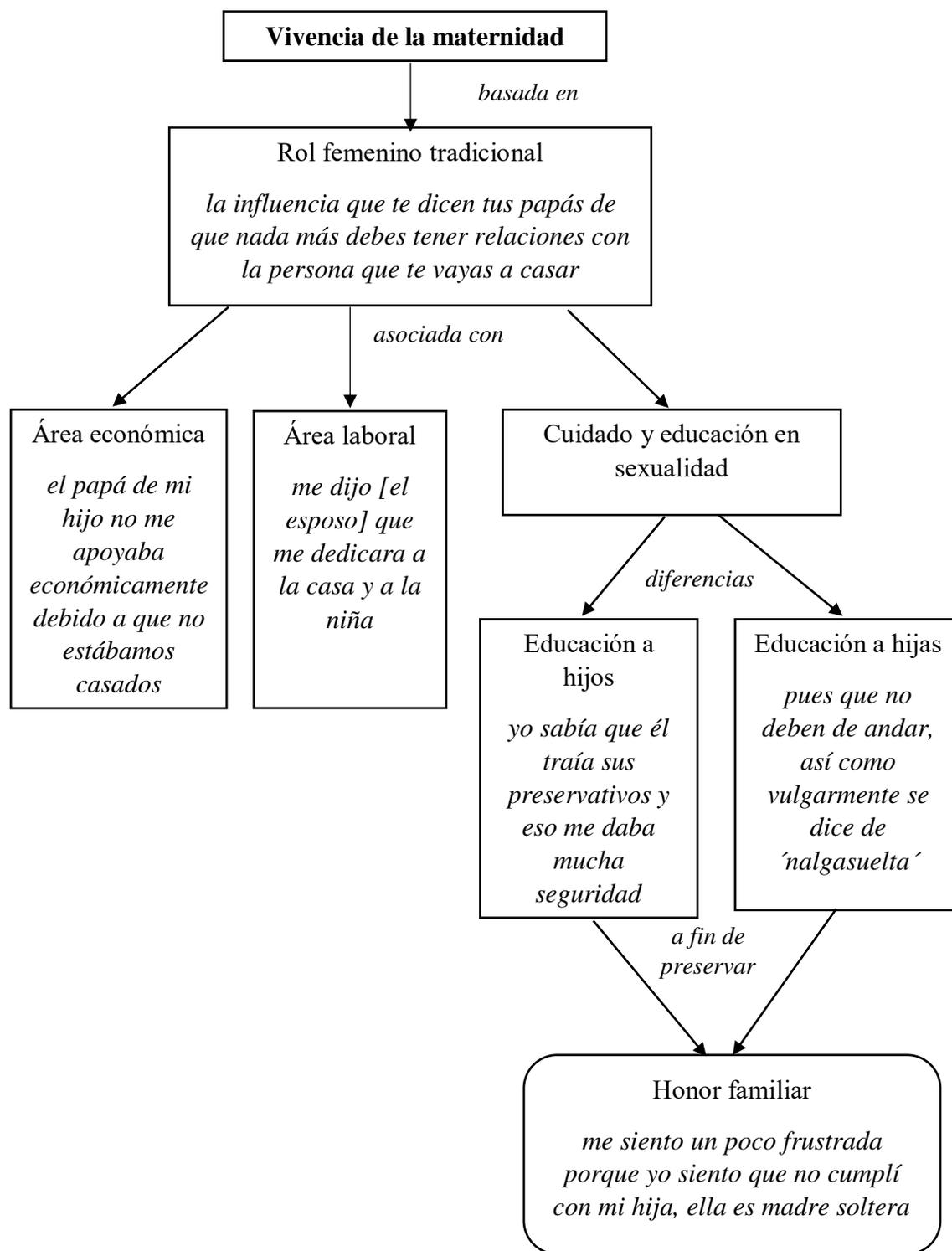
Finalmente, un elemento que cobra relevancia es que, una vez que las madres ejercen su responsabilidad como educadoras, particularmente en el tema de la sexualidad, las conversaciones e información que transmiten a sus hijas e hijos es muy diferente: en el caso de los hijos hombres, se aprueba el inicio de las relaciones sexuales previas al matrimonio y el uso del condón en ellas, mientras que en el caso de las hijas, se indica explícitamente que no tengan relaciones sexuales antes de casarse, es decir, a través de la educación basada en la abstinencia, se espera que las hijas puedan procrear hasta que hayan formado un matrimonio bajo las normas socialmente aceptadas (ver Tabla 8.3).

Tabla 8.3

Cita	Participante	Cita	Participante
Conversación con hijas		Conversación con hijos	
<i>pues que no deben de andar, así como vulgarmente se dice de 'nalgasuelta'</i>	Madre, 59 años. Tiene dos hijas y dos hijos en etapa de la adultez.	<i>él [su hijo] traía preservativos, y eso me daba algo de tranquilidad</i>	Madre, 61 años. Tiene 2 hijos y una hija en etapa de la adultez.
<i>me siento un poco frustrada porque yo siento que no cumplí con mi hija, ella es madre soltera</i>	Madre, 57 años. Tiene dos hijos y una hija en etapa de la adultez.	<i>él sí hizo las cosas bien y se casó con su novia y ahorita tienen una familia</i>	Madre, 57 años. Tiene dos hijos y una hija en etapa de la adultez.
<i>con mi hija sí hablaba, cuando era adolescente yo le hablaba porque se me empezaba a descarriar porque se desbalagaba con sus amigas</i>	Madre, 57 años. Tiene dos hijos y una hija en etapa de la adultez.		
<i>yo he hablado con ella [su hija] el tema de la menstruación, de su primera relación sexual, qué sí estaba permitido al tener novio y que no para que ella no tuviera la necesidad de querer investigarlo</i>	Madre, 51 años. Una hija en etapa de la adultez.		

Es así como, en el caso de las hijas, la información otorgada en torno a la sexualidad se centra en la preservación de la virginidad y la procreación hasta el matrimonio para que, de esta forma, el honor de la familia no se vea alterado socialmente, mientras que con los hijos hombres, hay una sensación de tranquilidad al saber que, aún cuando ya hayan iniciado a tener relaciones sexuales, utilicen el condón como método anticonceptivo. La Figura 3 muestra, a modo de resumen, los elementos intervinientes en la vivencia de la maternidad.

Figura 3.



Nota: Diagrama de elementos asociados con el rol de género femenino y su intervención en la vivencia de la maternidad.

Siguiendo con la vivencia de la paternidad, en el grupo de los padres se encontró que también la ejecución de su papel se ve definido por las normas que el rol de género masculino determina, donde es el padre quien se encarga particularmente de proveer lo económicamente necesario a su familia, se dedica a trabajar y a verificar que no haga falta nada (materialmente hablando) en el hogar, así como a establecer las normas bajo las que los y las integrantes del grupo familiar han de comportarse. En la Tabla 9 puede observarse un resumen de los elementos identificados en el ejercicio de la paternidad y las citas más representativas.

Tabla 9.

El rol de género masculino y su intervención en la vivencia de la paternidad

	Citas 3333	Elementos
Vivencia de la paternidad	<i>desde pequeño trabajé ahí [...] así me crie, a trabajar, trabajar, trabajar</i>	Rol masculino
	<i>es mucha responsabilidad [...] tienes que llevar el pan a tus hijos</i>	Área económica
	<i>a veces tienes que...esforzarte más en los trabajos para quedarte, o buscar otros trabajos porque tienes que darle lo...lo que esté a tu alcance a tus hijos</i>	Área laboral
	<i>lo que yo no tuve pues para dárselos a mis hijos, ¿no?, haces el esfuerzo por darles las bases para que ellos se desarrollen o vivan una vida mejor que nosotros</i>	Expectativas con los hijos e hijas
	<i>ha hablado más su mamá que yo [...] por cuestiones de trabajo no he hablado mucho con ellos</i>	Falta de convivencia para educar en sexualidad

En cuanto al primer elemento, puede observarse cómo los padres, al igual que las madres, fueron educados bajo el modelo tradicional, donde el rol masculino consiste principalmente en ser el proveedor económico en el hogar, de forma que desde la niñez se les enseña a trabajar con la misma familia, lo que permite que normalicen esta función desde edades tempranas. Por otro lado, también es posible observar que dentro de este rol se normaliza el consumo de alcohol para su convivencia y pertenencia en el entorno y el grupo de amigos (ver Tabla 9.1).

Tabla 9.1

Cita	Participante
<i>era mucho de pachangas y borracheras</i>	Padre, 59 años. Tiene dos hijas y dos hijos en etapa de la adultez.

También, es posible percibir que, particularmente con el grupo de padres, los esfuerzos a realizar en torno al área económica se aceptan en automático y se vuelve una prioridad el cómo llevar dinero al hogar y el dedicar las horas necesarias a uno o más trabajos para que así alcancen a satisfacer las necesidades en la familia. De esta forma, al dedicarse casi en su totalidad al trabajo, no les queda tiempo para dedicar a la convivencia con sus hijos e hijas, siendo la mamá quien se queda a cargo del cuidado, la convivencia y la educación de estos (ver Tabla 9.2).

Tabla 9.2

Cita	Participante
<i>es mucha responsabilidad [...] tienes que llevar el pan a tus hijos</i>	Padre, 59 años. Tiene dos hijas y dos hijos en etapa de la adultez.
<i>ella [su esposa] estuvo más al pendiente de ellos [sus hijos] mientras yo trabajaba</i>	Padre, 57 años. Tiene un hijo en etapa de la niñez.

<i>empiezas a pensar, bueno, tengo una silla, pero hay que comprar otra para cuando caiga más familia</i>	Padre, 59 años. Tiene dos hijas y dos hijos en etapa de la adultez.
<i>Ha hablado más su mamá que yo [...] por cuestiones de trabajo, no he hablado mucho con ellos</i>	Padre, 59 años. Tiene dos hijas y dos hijos en etapa de la adultez.

Por otro lado, al estar asociado casi exclusivamente su papel de padres a la responsabilidad de proveer económicamente, las expectativas para con sus hijos también están mayormente asociadas con que no carezcan de lo necesario para que crezcan y se desarrollen, que sepan *aprovechar* lo que ellos como padres pudieron proveerles. Un elemento que también resalta en estas expectativas con hijos e hijas es el salir a consumir alcohol con ellos a modo de convivencia, dado que no se logran identificar otros espacios y momentos en los que puedan comunicarse con ellos y ellas (ver Tabla 9.3).

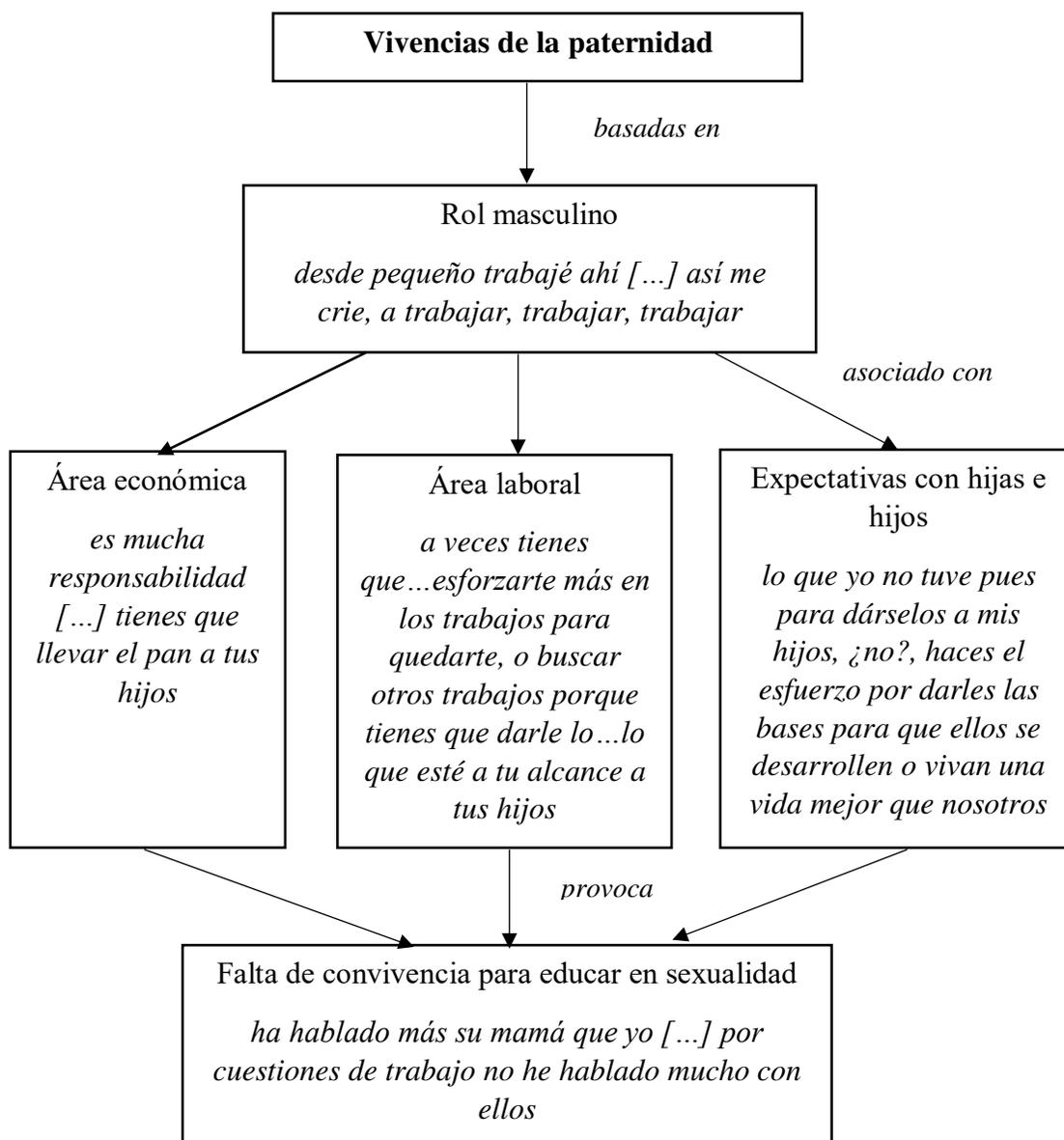
Tabla 9.3

Cita	Participante
<i>lo que yo no tuve pues para dárselo a mis hijos, ¿no? [...] haces el esfuerzo por darles las bases para que ellos se desarrollen y vivan una vida mejor que nosotros</i>	Padre, 57 años. Tiene un hijo en etapa de la niñez.
<i>ya que crecieran, este...ir a...fijate qué mentalidad tenía, de ir con ellos a tomarnos la copa.</i>	Padre, 59 años. Tiene dos hijas y dos hijos en etapa de la adultez.

Entonces, estos elementos asociados con la crianza en el rol masculino en la que los padres crecieron, terminan haciéndose presentes en la ejecución de su paternidad y en la falta de convivencia con sus hijas e hijos, particularmente en su papel como educadores en la

sexualidad. La Figura 4 muestra, a modo de resumen, la interacción de los elementos anteriormente mencionados en la vivencia de la maternidad.

Figura 4.



Nota: Diagrama de elementos asociados con el rol de género masculino y su intervención en la vivencia de la paternidad.

Finalmente, con el objetivo de explorar concretamente la intención de padres y madres para hablar de sexualidad con hijos e hijas, se identificaron varios elementos que se perciben como limitantes o benéficos para comunicarse con estos. En la Tabla 10 puede encontrarse un resumen de estos.

Tabla 10.

Elementos intervinientes en la intención para hablar de sexualidad

	Citas Madres	Elementos	Citas Padres
<i>Intención para hablar de sexualidad</i>	<i>pero yo sé que soy yo quien debe de tocar estos temas con él porque creo que su papá puede ser muy grotesco en la manera en que explica las cosas</i>	Perspectiva de responsabilidad: concientización de la responsabilidad para hablar de sexualidad con hijos e hijas.	<i>precisamente de lo que estamos hablando de este tema de la sexualidad [...] mi esposa es la que ha estado más al pendiente de ellos</i>
	<i>me aterra pensar que yo no estoy preparada para hacerlo [hablar de sexualidad]</i>	Miedos-carencia de información: temor a brindar información errónea por no tener conocimiento suficiente sobre sexualidad.	<i>Yo siento que no estoy preparado y no tengo las mejores palabras para explicar la sexualidad</i>
	<i>Yo le digo, -si tú tienes alguna duda, lo que yo puedo hacer es llevarte con una ginecóloga a que te explique de manera menos brusca-</i>	Prevención de embarazo/ETS: información brindada a hijos e hijas enfocada en evitar tener un embarazo.	<i>lo único que sí les he reiterado es que cinco minutos de lujuria...puedes este...echar a perder una vida...o echarte a perder tú</i>
	<i>pero sí he hablado con él respecto a su cuerpo [...] le enseñamos a que</i>	Conocimiento del cuerpo: información centrada en conocimientos sobre	

sepa llamar sus partes por el nombre que tienen, por ejemplo, que él tiene un pene y que su hermana tiene una vagina”

las partes del cuerpo.

En primer lugar, el grupo de las madres refiere hacer consciente su responsabilidad para educar en sexualidad a sus hijos e hijas, probablemente por el rol de género con el que han sido criadas respecto a que su labor como mujeres/madres se asocia más con la educación y cuidado de sus hijos e hijas, pero, aun así, no se sienten capacitadas para hacerlo (ver Tabla 10.1).

Tabla 10.1

Cita	Participante
<i>yo sé que soy yo quien debe de tocar estos temas porque creo que su papá es muy morboso [...] entonces no sé, pero yo sé que soy yo quien debe de tocar estos temas con él porque creo que su papá puede ser muy grotesco en la manera en que explica las cosas</i>	Madres, 41 años. Tiene un hijo en la etapa de la adolescencia.
<i>ahora que tengo a mi hijo de 8 años sé que tengo que hablar con él sobre estos temas</i>	Madres, 41 años. Tiene un hijo en la etapa de la niñez.
<i>creo que ha faltado iniciativa mía. Creo que sí era parte de mi responsabilidad tomar la iniciativa [para hablar con sus hijas]</i>	Madres, 23 años. Tiene tres hijas, una en la etapa de la niñez y dos en etapa de la juventud.

En segundo lugar, y contrario a lo expresado por parte de las madres, en los padres no se percibe la responsabilidad concreta para ser ellos quienes hablen de sexualidad con sus hijos e hijas, sino que hay una seguridad y confianza en que serán las madres quienes hablen

de estos temas. Y es importante mencionar también que, al igual que las madres, no se sienten con la capacidad para hablar con sus hijas e hijos (ver Tabla 10.2).

Tabla 10.2

Cita	Participante
<i>no he tenido la capacidad, o no me siento competente como entrar en esa fase de explicarles</i>	Padre, 59 años. Tiene dos hijos y dos hijas en etapa de la adultez.
<i>Ha hablado más su mamá que yo</i>	Padre, 57 años. Tiene un hijo en etapa de la niñez.

Por otro lado, un elemento que impacta negativamente en la comunicación padres/madres e hijos/hijas, es el miedo a brindar información equivocada sobre sexualidad dado que carecen de información formal al respecto. Temen que, en lugar de orientar positivamente, terminen confundiendo o perjudicando a sus hijos e hijas (ver Tabla 10.3)

Tabla 10.3

Cita	Participante
<i>yo digo que es precaución; me estoy precaviendo de no incurrir en desatinos</i>	Padre, 57 años. Tiene un hijo en etapa de la niñez
<i>me aterra penar que yo no estoy preparada para hacerlo [hablar de sexualidad]</i>	Madre, 41 años. Tiene un hijo en la etapa de la niñez.
<i>Yo siento que no estoy preparada y no tengo las mejores palabras para explicar la sexualidad</i>	Madre, 41 años. Tiene dos hijos en la etapa de la niñez.
<i>Se oye muy fácil decir –vamos a hablar de sexo- pero las siguientes palabras son puntos suspensivos infinitos</i>	Madre, 45 años. Tiene una hija en etapa de la juventud.
<i>creo que a uno como papá sí le da pena hablar de sexualidad</i>	Padre, 59 años. Tiene dos hijos y dos hijas en etapa adulta.

Entonces, la percepción de responsabilidad y el miedo a brindar información equivocada, de acuerdo con las respuestas de las y los participantes, terminan impactando en la intención para comunicarse con sus hijos e hijas sobre sexualidad. Tanto en el grupo de madres como en el de padres, se refiere que quieren compartir información sobre sexualidad con sus hijos e hijas, que les gustaría tener una comunicación más cercana a ellas y ellos partiendo de información *científica*, que no sólo prohíba, sino que fomente espacios de confianza y diálogo (ver Tabla 10.4).

Tabla 10.4

Cita	Participante
<i>yo quiero proporcionarles a mis hijos toda la información que yo no tuve, que su sexualidad sea más satisfactoria</i>	Madre, 41 años. Tiene dos hijos en etapa de la niñez.
<i>sí he tratado de hablar con ella [su hija] todo lo que a mí no se me dijo</i>	Madre, 51 años. Tiene una hija en etapa de la juventud.
<i>me encantaría acercarme con alguien preparado en estos temas que me pudiera apoyar a saber cómo transmitirlo yo</i>	Madre, 41 años. Tiene dos hijos en la etapa de la niñez.
<i>Pero sí creo que es un tema que lo debemos de tocar porque con la experiencia de nuestros papás a nosotros, casi no se nos dijo nada de este tema</i>	Madre, 41 años. Tiene un hijo en la etapa de la niñez.
<i>a mí me gustaría que mi hijo pueda encontrar el cauce pertinente para experimentar su sexualidad sin hacer de ella un...un impulso ciego, como lo fue en mi caso [...]</i>	Padre, 57 años. Tiene un hijo en la etapa de la niñez.

Derivado de esta intención positiva para hablar de sexualidad, también se exploraron las acciones concretas que padres y madres han intentado ejecutar en su convivencia con hijos e hijas. Se encontró que, así como hay padres y madres que consideran no haber hecho algo para educar en este tema, otras personas reportan haber hablado con hijos e hijas sobre consentimiento para que alguien toque su cuerpo y para que ellos (as) puedan tocar el de otras personas (aunque no consideran que este tema sea parte de la sexualidad), menstruación, relaciones de noviazgo, incluso hay algunos padres y madres que han buscado informarse sobre sexualidad a través de talleres o cursos (ver Tabla 10.5).

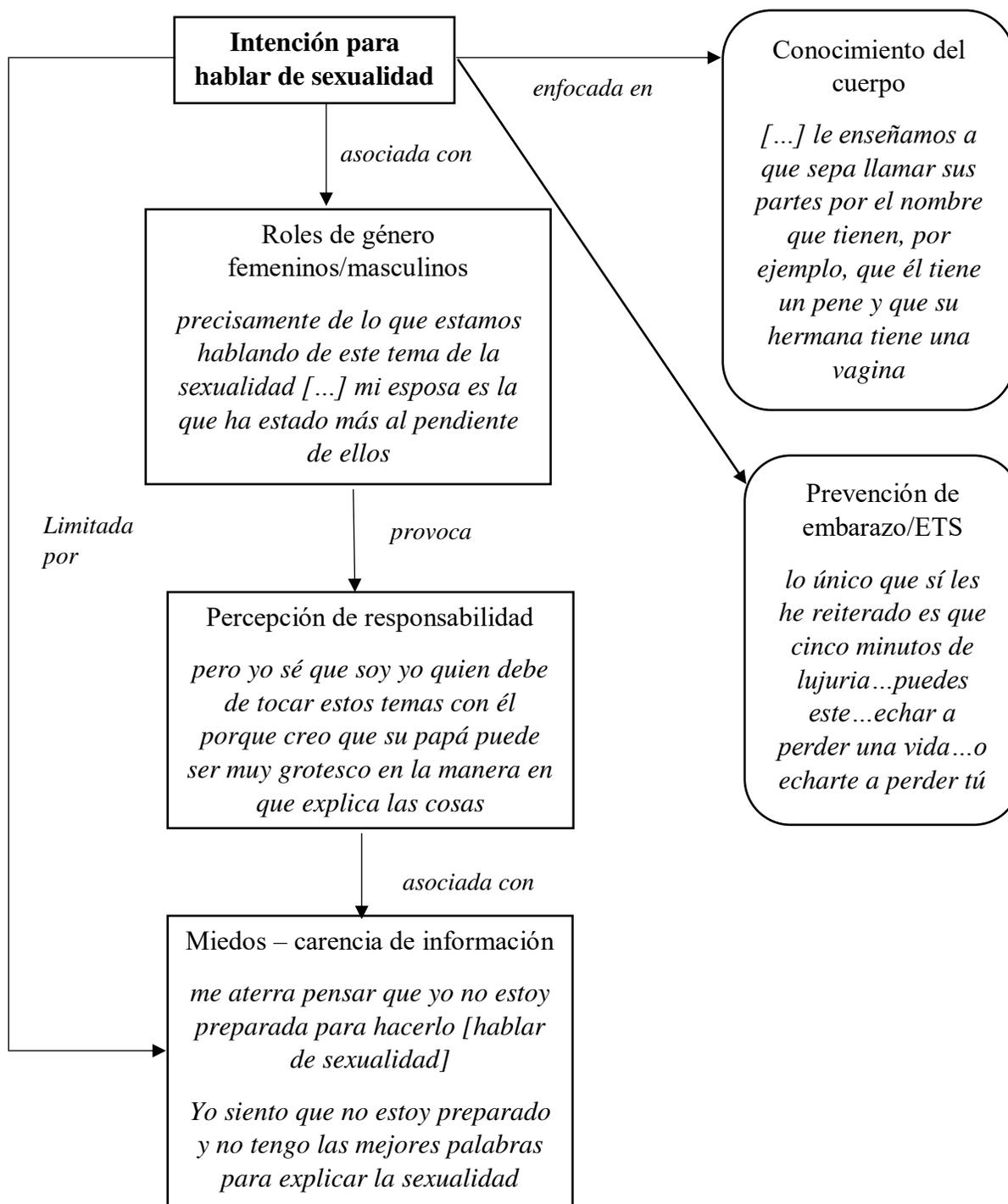
Tabla 10.5

Cita	Participante
<i>Pues yo creo que no, no he hecho nada. A lo mejor ese también es el error de los papás, que ahora no hacemos nada, bueno, al menos yo no he hecho nada para que ellos conozcan su sexualidad</i>	Madre, 59 años. Tiene dos hijos y dos hijas en etapa de adultez.
<i>Yo le digo, -si tú tienes alguna duda, lo que yo puedo hacer es llevarte con una ginecóloga a que te explique de manera menos brusca-</i>	Madre, 45 años. Tiene una hija en etapa de la juventud.
<i>lo único que sí les he reiterado es que cinco minutos de lujuria...puedes este...echar a perder una vida...o echarte a perder tú</i>	Padre, 59 años. Tiene dos hijos y dos hijas en etapa de la adultez.
<i>Tal cual de sexualidad no, pero sí he hablado con él respecto a su cuerpo [...] le enseñamos a que sepa llamar sus partes por el nombre que tienen, por ejemplo, que él tiene un pene y que su hermana tiene una vagina</i>	Madre, 31 años. Tiene un hijo y una hija en etapa de la niñez.
<i>que tengan relaciones nada más con la persona [con quien] ellos crean que se van a quedar</i>	Madre, 59 años. Tiene dos hijos y dos hijas en etapa de la adultez.

<i>algo que creo que ha cambiado es que yo con mi mamá sí tenía una amistad, pero con límites, y con ella [su hija] he tratado de cambiar ciertos conceptos de educación [...] he tratad de instruirme para orientarla de mejor manera</i>	Madre, 45 años. Tiene una hija en etapa de la juventud.
<i>lo dejo...para observar cómo se expande, y eventualmente...incluyo en nuestras conversaciones temas relacionados con la sexualidad en jóvenes, en el cuerpo, la sexualidad para contener en la excitación y lo que puede ocurrir si no hay cuidados</i>	Padre, 57 años. Tiene un hijo en etapa de la niñez.
<i>yo he hablado con ella el tema de la menstruación, de su primera relación sexual, de qué sí estaba permitirlo al tener novio y qué no para que ella no tuviera la necesidad de querer investigarlo</i>	Madre, 51 años. Tiene una hija en etapa de la juventud.

Finalmente, en la Figura 5 puede observarse, a modo de resumen, la relación que establecen los códigos resultantes en torno a la intención para hablar de sexualidad con hijos e hijas, partiendo de que, para poder comunicarse, el primer elemento a tomar en cuenta es la percepción de responsabilidad, la cual sí está presente en el grupo de madres a diferencia del grupo de padres. Posteriormente, a este código se asocia el miedo a brindar información equivocada, el cual va a impactar en la intención de padres y madres para hablar de sexualidad al no sentirse con la capacidad para hacerlo, y al mismo tiempo, también será parte aguas de las acciones que ejecuten para buscar información o personas orientadoras que guíen a sus hijos e hijas.

Figura 5.



Nota: Diagrama de elementos asociados con la intención de madres y padres para hablar de sexualidad.

Entonces, es posible decir que existen elementos asociados con las vivencias de la juventud/adolescencia de la población de padres y madres que, debido a su carácter poco agradable o negativo en el desarrollo sexual de esta población, terminan siendo parte de los principales elementos por los cuales la intención para hablar con sus hijos e hijas sobre sexualidad se verá motivada, es decir, se acepta el supuesto de investigación donde las experiencias negativas en el inicio de las relaciones sexuales en padres y madres actúan como elementos benéficos en la intención para hablar de sexualidad con hijas e hijos.

Resultados de la fase cuantitativa

Elaboración de escala

De acuerdo con las áreas evaluadas en la escala total (roles de género, salud sexual y reproductiva y comportamiento sexual), las cuales incluían nueve dimensiones asociadas con la sexualidad (ver Tabla 4), se creó un ítem pool de 100 reactivos que, a través de un proceso de revisión y jueceo con cinco personas expertas profesionales del área de psicología, se eliminaron reactivos y se modificó la redacción de otros para que pudieran concretarse 86 reactivos finales. La escala final contempló datos sociodemográficos de sexo, edad, nivel educativo, estado civil, religión y lugar de residencia, dando un total de 92 reactivos.

Validación estadística

Primero, se realizó un análisis de fiabilidad de los 86 reactivos, donde los resultados mostraron un alfa de Cronbach (α) = .932, y a partir del alfa que suponía suprimir determinados reactivos, así como del gráfico de sedimentación del total de los reactivos, se tomaron las decisiones de cuáles debía permanecer o eliminarse. Posteriormente, con el

objetivo de conocer si la estructura teórica de la escala coincide con la estructura factorial final, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con el método de máxima verosimilitud y rotación ortogonal, debido a que el tamaño de la muestra permite realizar un análisis con una distribución normal. Se descartaron aquellos reactivos cuya carga fuera $<.4$ en los factores y aquellos que compartieran carga menor a $.4$ en más de un factor. Después, se calculó el alfa de Cronbach para conocer la consistencia interna de la escala final, y para conocer la relación entre las variables, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, se procedió a nombrar los factores finales de la escala.

Al realizar el análisis factorial, se obtuvo un $KMO = .859$, lo cual indica que el tamaño de la muestra ($N = 171$) fue adecuado para realizar el análisis. Además, respecto a la prueba de Esfericidad de Bartlett se obtuvo una Chi-cuadrada = 2662.74, $gl = 351$ y una $p = .000$, lo que indica que la matriz analizada es factorizable. Los 27 reactivos resultantes del análisis factorial reportan un $\alpha = .870$ y una $M = 2.10$. La escala de creencias parentales muestra una estructura de cinco factores que explican una varianza total de 63.780%, con un total de 27 reactivos. En la Tabla 11 puede observarse la estructura factorial resultante del análisis y el porcentaje de varianza que cada factor aporta.

Tabla 11.

Estructura factorial de la escala.

	Comportamiento sexual	Responsabilidad	VIH/SIDA	IVE	Roles masculinos
Media	1.6	2.65	3.31	1.37	2.26
DE	7.04	2.70	3.41	2.08	3.78

% de Varianza	30.266%	15.083%	6.955%	6.263 %	5.21%
Alfa de Cronbach	0.90	0.62	0.78	0.85	0.73
1. Los hombres no deben masturbarse si ya están tienen pareja.	.793				
2. Las mujeres no deben masturbarse si están casadas.	.744				
3. Las mujeres no tienen necesidad de masturbarse.	.669				
4. Deben llegar vírgenes al matrimonio.	.664				
5. No es necesario masturbarse si se tiene una pareja sexual.	.658				
6. Sólo se puede llegar al orgasmo durante el sexo.	.633				

7. La mujer **.623**
debe esperar a
que el hombre
tome la
iniciativa en las
relaciones
sexuales.
8. Es normal **.610**
que las mujeres
se masturben.
9. Para poder **.584**
tener un
orgasmo en la
relación sexual,
es necesario
amar a tu
pareja.
10. La **.551**
virginidad le da
más valor a un
hombre.
11. Sólo las **.538**
personas
solteras usan
condón en sus
relaciones
sexuales.
12. Sólo las **.449**
mujeres
casadas

deberían embarazarse.		
13. Al padre le toca hablar del uso del condón con sus hijos.	.927	
14. Es responsabilidad de las madres hablar de anticonceptivos con sus hijas.	.926	
15. A los padres hombres les toca hablar de sexualidad con sus hijos.	.825	
16. A las madres les toca hablar de sexualidad con sus hijas.	.815	
17. A la escuela les corresponde enseñar a niños y niñas sobre anticonceptivos .	-.598	
18. Sólo las personas homosexuales		.785

deben hacerse
la prueba de
VIH/SIDA.

19. El **.705**
VIH/SIDA es
un castigo por
tener muchas
parejas
sexuales.

20. El **.644**
VIH/SIDA es
una enfermedad
que ocurre por
tener sexo con
personas de tu
mismo sexo.

21. Sólo las **.515**
personas con
muchas parejas
sexuales
pueden tener
VPH (Virus del
Papiloma
Humano).

22. Si una **.902**
mujer no quiere
ser madre, es su
derecho
considerar
abortar.

23. El aborto permite a las mujeres decidir sobre su cuerpo.	.734	
24. La mujer que decide abortar no tiene valores.	.626	
25. Prefieren tener como pareja a una mujer que es obediente.		.992
26. Prefieren tener como pareja a una mujer que sabe hacer tareas del hogar (lavar, cocinar, barrer, etc.).		.587
27. Son poco cariñosos con sus hijos(as).		.421

Nota: Método de extracción: Máxima verosimilitud. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Los resultados del análisis factorial mostraron que la escala de creencias parentales originalmente planteada con 86 reactivos no cumple con los criterios de validez y

confiabilidad para medir las creencias de sexualidad en la población guanajuatense. De los 86 reactivos originales, sólo 27 de ellos explican las creencias de la sexualidad, particularmente en cinco factores: el primero hace referencia a las creencias sobre comportamientos sexuales de hombres y mujeres, tales como conductas masturbatorias y las relaciones sexuales. El segundo factor tiene relación con las creencias de responsabilidad que tienen padres y madres para hablar de sexualidad con sus hijas e hijos en determinados temas. El tercer factor refiere aquellas creencias sobre la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, particularmente las asociadas con el VIH/SIDA. El cuarto factor hace referencia a las creencias sobre aquellas situaciones en que las mujeres pueden decidir sobre la interrupción de un embarazo. Y finalmente, el quinto factor tiene relación con las creencias sobre los roles de género, en particular el rol masculino en la pareja.

Prueba de hipótesis

Para la fase cuantitativa, se planteó como objetivo describir el tipo de relación que establecen algunos factores sociodemográficos (factores de fondo) en la formación de creencias sobre sexualidad en padres y madres de familia, tales como la edad, la escolaridad, el lugar de residencia y la religión. Para ello, se hizo uso del análisis de regresión lineal múltiple a través del modelo conocido como *stepwise* o *pasos sucesivos* (Rodríguez-Jaume, 2001).

Con el propósito de describir las variables evaluadas en el presente estudio, se realizaron una serie de análisis estadísticos para conocer medias y desviaciones estándar de las variables de comportamiento sexual, responsabilidad para hablar de sexualidad, transmisión de VIH/SIDA, interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y roles de género masculino, resaltando las respuestas de la población evaluada (ver Tabla 12).

Tabla 12.*Medias y desviaciones estándar de variables evaluadas*

Variablen	<i>M</i>	DE
Comportamiento sexual	1.66	7.04
Responsabilidad para hablar de sexualidad	2.65	2.70
Transmisión de VIH/SIDA	3.31	3.41
Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	1.37	2.08
Roles de género masculino	2.26	3.78

Nota: *M* = Media; DE = Desviación Estándar

Como se observa en la Tabla 12, en el instrumento, la media de respuesta se encuentra por debajo del 3 (*ni de acuerdo ni en desacuerdo*), a excepción de la dimensión *responsabilidad para hablar de sexualidad*, lo que sugiere que las respuestas predominantes se encuentran entre el 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 2 (*en desacuerdo*) frente a los reactivos de creencias sobre sexualidad.

Para el caso de la variable *creencias de comportamiento sexual*, se buscó conocer si estas creencias están predichas por la edad, escolaridad, lugar de residencia y religión, se llevó a cabo una regresión por pasos sucesivos. Los resultados de la Tabla 13, muestran que todos los índices de significancia, potencia estadística y tamaño de efecto son adecuados y que en conjunto las variables predicen el 36.9% de las creencias de comportamiento sexual.

Tabla 13.

Modelo predictivo de creencias de comportamiento sexual a través de los factores sociodemográficos.

Modelos	F _{gl}	R ²	ΔR ²	B	Error estándar	β	p	1-β	f ²
Modelo 1	38.203	.184	.180				.001	.997	.225
Comportamiento sexual	(1,169)								
Edad				4.01	.650	.429			
Modelo 2	41.52	.331	.323				.001	1	.494
Comportamiento sexual	(2,168)								
Edad				3.86	.591	.413			
Escolaridad				-3.09	.510	-.383			
Modelo 3	30.82	.356	.345				.001	1	.552
Comportamiento sexual	(3,167)								
Edad				3.76	.582	.402	.001		
Escolaridad				-2.95	.505	-.366	.001		
Religión				1.49	.579	.161	.011		

Nota: ΔR² = R² ajustado; 1-β = potencia; f² = tamaño del efecto; p = significancia estadística

Los resultados obtenidos del análisis de regresión por *pasos sucesivos*, muestra que al irse incorporando variables al modelo este tiene un mayor poder de explicación de las

creencias sobre comportamiento sexual, así como un mayor nivel de potencia estadística y tamaño del efecto, los cuales se encuentran dentro de los índices grandes (.80 y .35, Cárdenas & Arancibia, 2014). La única variable que no posee valores significativos para entrar en estos modelos es la de lugar de residencia (la pertenencia a una zona rural o urbana), por lo que fue excluida.

Así mismo, los indicadores de multicolinealidad VIF (Variance inflation factor) inferiores a 10 y los valores de tolerancia mayores a .20 indican que no existen correlaciones elevadas entre los factores del modelo y, por último, el indicador de Drubin Watson se ubicó dentro de las dos unidades, lo que permite una generalización de los datos (ver Tabla 14).

El Modelo 3 es entonces el que mejor logra predecir la relación entre las variables, donde se entiende que a mayor edad, menor nivel de escolaridad y al identificarse con alguna religión, mayores serán las creencias negativas sobre comportamiento sexual, dado que la media de respuesta de esta variable fue de 1.6 (ver Tabla 12).

Tabla 14.

Indicadores de multicolinealidad

Modelos	Tolerancia	VIF	Durbin-Watson
Modelo 1			
Comportamiento sexual			
Edad	1.00	1.00	1.95
Modelo 2			

Comportamiento

sexual

Edad .998 1.00

Escolaridad .998 1.00

Modelo 3

Comportamiento

sexual

Edad .994 1.00

Escolaridad .987 1.01

Religión .984 1.01

Nota: VIF = <10; Durbin-Watson ≤ 2

Para conocer si las *creencias de responsabilidad de padres y madres para hablar de sexualidad* están predichas por los factores sociodemográficos (o de fondo) como la edad, escolaridad, lugar de residencia y la religión, se llevó a cabo una regresión con el método *enter* debido a que con el método por pasos no se obtuvo ningún resultado. Tal como puede apreciarse en la Tabla 15, los resultados muestran que las variables de factores sociodemográficos no logran predecir significativamente las creencias de responsabilidad para hablar de sexualidad.

Tabla 15.

Modelo predictivo de las creencias de responsabilidad para hablar de sexualidad con hijos e hijas a través de los factores sociodemográficos

Modelos	F gl	R ²	ΔR^2	B	Error estándar	β	<i>p</i>
----------------	---------	----------------	--------------	---	----------------	---------	----------

Modelo 1	.830	.025	-.005		
Responsabilidad	(5,165)				
Edad			-.062	.350	-.014 .860
Religión			.216	.316	.048 .546
Lugar de residencia			.619	.685	.071 .368
Escolaridad			-.352	.306	-.090 .251

Nota: $\Delta R^2 = R^2$ ajustado; $p =$ significancia estadística

De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis de regresión con método *enter*, puede inferirse que ninguno de los factores sociodemográficos tales como edad, religión, lugar de residencia y escolaridad, logra predecir significativamente la formación de creencias sobre responsabilidad para hablar de sexualidad con hijos e hijas.

Posteriormente, con el objetivo de conocer si las *creencias de enfermedades de transmisión sexual* están predichas por los factores sociodemográficos de edad, religión, lugar de residencia y escolaridad, se llevó a cabo una regresión por pasos. Los resultados de la Tabla 16 muestran que todos los índices de significancia, potencia estadística y tamaño de efecto son adecuados y que en conjunto las variables predicen el 16.5% de las creencias sobre las formas en que se contraen enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 16.

Modelo predictivo de las creencias sobre transmisión de VIH/SIDA a través de los factores sociodemográficos

Modelos	F gl	R ²	ΔR^2	B	Error estándar	β	p	1- β	f^2
----------------	---------	----------------	--------------	---	-------------------	---------	-----	------------	-------

Modelo 1	17.75	0.95	0.90			.900	.104
VIH/SIDA	(1,169)						
Escolaridad				-.737	.715	-.308	.001
Modelo 2	16.64	.165	.155			.001	.991
VIH/SIDA	(2,168)						
Escolaridad				-.710	.169	-.297	.001
Edad				.734	.195	.265	.001

Nota: $\Delta R^2 = R^2$ ajustado; $1 - \beta = potencia$; $f^2 = tamaño del efecto$; $p = significancia estadística$

Los resultados obtenidos del análisis de regresión por *pasos sucesivos*, muestra que al irse incorporando variables al modelo este tiene un mayor poder de explicación de las creencias sobre las formas en que se pueden contraer VIH/SIDA y un mayor nivel de potencia estadística, aunque el tamaño del efecto no se encuentra dentro de los índices que Cárdenas y Arancibia (2014) considera grandes (.80 y .35). Las variables que no poseen valores significativos para entrar en estos modelos son la religión y el lugar de residencia, por lo que fueron excluidas.

Así mismo, los indicadores de multicolinealidad VIF (Variance inflation factor) inferiores a 10 y los valores de tolerancia mayores a .20 indican que no existen correlaciones elevadas entre los factores del modelo y, por último, el indicador de Drubin-Watson se ubicó dentro de las dos unidades, lo que permite una generalización de los datos (ver Tabla 17).

El Modelo 2 es entonces el que mejor logra predecir la relación entre las variables, donde se entiende que a menor escolaridad y mayor edad, mayores serán las creencias sobre

transmisión de VIH/SIDA, dado que la media de respuesta reportada es de 3.31 (ver Tabla 12).

Tabla 17.

Indicadores de multicolinealidad

Modelos	Tolerancia	VIF	Durbin-Watson
Modelo 1			
VIH/SIDA			
Escolaridad	1.00	1.00	
Modelo 2			
VIH/SIDA			
Escolaridad	.998	1.00	
Edad	.998	1.00	1.83

Nota: VIF = <10; Durbin-Watson ≤ 2

Por otro lado, para conocer si las *creencias sobre la interrupción voluntaria del embarazo* están predichas por factor sociodemográficos como la edad, la escolaridad, el lugar de residencia y la religión, se llevó a cabo una regresión por *pasos sucesivos*. La Tabla 18 muestra los resultados del análisis, donde todos los índices de significancia, potencia estadística y tamaño de efecto son adecuados y que en conjunto las variables predicen 3.16% de las creencias sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

Tabla 18.

Modelo predictivo de las creencias sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a partir de los factores sociodemográficos

Modelos	F gl	R ²	ΔR^2	B	Error estándar	β	<i>p</i>	1- β	<i>f</i> ²
Modelo 1	43.25	.204	.199					.999	.256
IVE	(1,169)			1.97	.301	.451	.001		
Edad									
Modelo 2	33.99	.288	.280					.999	.404
IVE	(2,168)								
Edad				1.68	.293	.383	.001		
Religión				-1.13	.253	-.298	.001		
Modelo 3	25.77	.316	.304					.999	.461
IVE	(3,167)								
Edad				1.67	.288	.383	.001	.001	
Religión				1.02	.252	.270	.001	.001	
Escolaridad				-.647	.246	-.171	.009	.009	

Nota: $\Delta R^2 = R^2$ ajustado; 1- $\beta = potencia$; $f^2 =$ tamaño del efecto; $p =$ significancia estadística

Los resultados obtenidos del análisis de regresión pasos sucesivos, muestra que al irse incorporando variables al modelo este tiene un mayor poder de explicación de las creencias sobre la interrupción voluntaria del embarazo, así como mayor nivel de potencia estadística y tamaño del efecto, estos se encuentran dentro de los índices grandes (.80 y .35, Cárdenas & Arancibia, 2014). La variable que no posee valores significativos para entrar en estos modelos es el lugar de residencia, por lo que fue excluida. Así mismo, los indicadores de multicolinealidad VIF (Variance inflation factor) inferiores a 10 y los valores de tolerancia mayores a .20 indican que no existen correlaciones elevadas entre los factores del modelo y,

por último, el indicador de Drubin-Watson se ubicó dentro de las dos unidades, lo que permite una generalización de los datos (ver Tabla 19).

Como puede observarse, el Modelo 3 el que mejor logra predecir la relación entre las variables, donde se entiende que a mayor edad, al identificarse con una religión y a menor escolaridad, mayores creencias negativas respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, dado que la media de respuesta de esta variable es de 1.37 (ver Tabla 12).

Tabla 19.

Indicadores de multicolinealidad

Modelos	Tolerancia	VIF	Durbin-Watson
Modelo 1			
IVE			
Edad	1.00	1.00	
Modelo 2			
IVE			
Edad	.948	1.055	
Religión	.948	1.055	
Modelo 3			
IVE			
Edad	.948	1.055	
Religión	.923	1.084	
Escolaridad	.972	1.029	1.95

Nota: VIF < 10; Durbin-Watson ≤ 2

Para conocer si la variable *creencias sobre roles de género masculino* está predichas por factores sociodemográficos como la edad, escolaridad, lugar de residencia y religión, se llevó a cabo una regresión con método *pasos sucesivos*. En la Tabla 20 puede observarse que, de las variables de factores sociodemográficos, sólo la escolaridad logra predecir significativamente las creencias sobre roles de género masculino al reportar valores de $p < .05$ en esta variable. Respecto a los indicadores de multicolinealidad VIF (Variance inflation factor), se observa que son inferiores a 10 y los valores de tolerancia mayores a .20, lo que indica que no existen correlaciones elevadas entre los factores del modelo, sin embargo, el indicador de Drubin-Watson supera las dos unidades, lo que no permite una generalización de los datos (ver Tabla 21).

Tabla 20.

Modelo de predicción de las creencias sobre roles de género masculino a partir de los factores sociodemográficos

Modelos	F _{gl}	R ²	ΔR ²	B	Error estándar	β	p	1-β	f ²
Modelo 1	7.38	.042	.036					.438	.043
Roles de género masculino	(1,169)								
Escolaridad				-.634	.233	-.205	.007		

Nota: ΔR² = R² ajustado; 1-β = potencia; f² = tamaño del efecto; p = significancia estadística

Tabla 21.

Indicadores de multicolinealidad

Modelos	Tolerancia	VIF	Durbin-Watson
Modelo 1			
Roles de género			
masculinos	1.00	1.00	
Escolaridad			
			2.15

De acuerdo con los resultados del Modelo 1, se entiende que, a menor nivel de escolaridad, mayores serán las creencias negativas respecto a los roles de género masculino, ya que se reportó una media de respuesta de 2.26 (ver Tabla 12).

Discusión

De entre los estudios que previamente se han hecho en América latina asociados con la comunicación familiar en torno a la sexualidad, Agreda en el año 2008 ya mencionaba que, en Venezuela, los padres y madres desconocían a la sexualidad como una integralidad pues, quienes consideraban tener conocimientos sobre este tema, enfocaban su discurso hacia las relaciones sexuales y el placer asociado a esta práctica, así como la capacidad de hombres y mujeres para reproducirse. Esta investigación precisamente coincide con Agreda (2008) en que, al menos en la muestra abordada en el Estado de Guanajuato, también suele asociarse a la sexualidad casi exclusivamente con las relaciones sexuales y la reproducción, lo cual evidencia la carencia de educación sexual integral en esta población (así como en las y los adolescentes), necesidad que, de ser cubierta, pudiera favorecer las estrategias de

comunicación y diálogo en el hogar, al identificar otros elementos que permitan visualizar a la sexualidad como un elemento normal, sano e inherente al ser humano y, por tanto, de vivencia constante en cada etapa del desarrollo.

Por ejemplo, sabiendo que dentro de los temas que incluye el concepto de la sexualidad se encuentran la identidad, orientación y preferencia sexual, Lorenzo en 2014 encontró que la percepción que tienen los familiares de personas homosexuales es mayormente de rechazo e intolerancia debido a creencias y estereotipos negativos que hacen ver a esta orientación sexual como un pecado o una enfermedad. Este estudio coincide con lo mencionado por Lorenzo (2014) respecto a que estas creencias pueden tener origen en aspectos del entorno social pero también debido a la carencia de educación sexual integral en la población de padres y madres, a la cultura tradicional, los valores de la comunidad investigada y las creencias religiosas que posean. Pero además de las percepciones negativas que la familia tenga sobre la homosexualidad en este caso, también termina influyendo negativamente en la autopercepción y en el proceso de aceptación de la persona homosexual al no saberse validados y aceptados en su primer grupo de apoyo que debería ser la familia.

En relación con los elementos que dificultan o limitan la comunicación entre padres, madres, hijos e hijas, esta investigación concuerda con González et al. (2016) respecto a que la carencia de información en las y los cuidadores sobre las etapas del desarrollo y los cambios que se presentan en la adolescencia, son condiciones que no permitirán la comunicación efectiva entre ellos y sus hijos(as), así como las creencias elaboradas acerca de las conductas que son *normales* o no durante la niñez y la adolescencia, y lo que se considera *adecuado* informar o no de acuerdo a cada etapa, como lo mencionaba una participante cuyo hijo tenía tres años de edad: “*le enseñamos a que sepa llamar sus partes*

por su nombre, por ejemplo que él tiene pene y su hermana tiene una vagina...pero así de sexualidad, no”.

Ahora, en sintonía con lo planteado por Fdragas et al. (2015), la responsabilidad de educar a hijos e hijas en sexualidad recae fundamentalmente en las madres, aunque visto desde la óptica del género, este estudio permite identificar que son precisamente los roles y estereotipos de género los que delimitan esta responsabilidad a la figura femenina dentro de los hogares de la muestra guanajuatense y, por tanto, son ellas quienes logran hacer consciente esta necesidad de diálogo. Sin embargo, aun cuando esta responsabilidad sea concientizada por las madres, esto no significa que las y los adolescentes reciban una educación sexual integral, como Paredes y Tunante (2018) lo referían, sino que, tal como se mencionó anteriormente, existe una educación informal que, a pesar de ser valiosa y útil en materia de prevención, viene impregnada de creencias negativas y/o erróneas sobre la sexualidad.

Por otro lado, en concordancia con Pineda et al. (2018), los resultados de los grupos focales mostraron que, lo que ésta muestra de población conoce sobre sexualidad, lo han aprendido directamente de sus primeras experiencias, y es esta información la que intentan compartir con sus hijos e hijas. Sin embargo, los resultados también muestran que, a pesar de tener la experiencia, madres y padres no cuentan con las palabras *adecuadas* para expresarse, y aunado a esto, existe un miedo latente a dar información equivocada a sus hijas e hijos, lo cual también es una limitante en la comunicación.

Si bien la falta de información sobre sexualidad, de acuerdo con los resultados de la fase cualitativa, termina siendo un elemento que limita la comunicación entre madres, padres, hijas e hijos, también es cierto que, de acuerdo con lo mencionado por Velazco y Hernández

(2017), la percepción de temor y autoridad que exista en el espacio familiar, así como los valores asociados a la obediencia afiliativa (Díaz-Guerrero, 2007), serán factores que dificulten la creación de vínculos afectivos seguros (Bowlby, 1986), donde la confianza favorezca la comunicación de eventos, dudas o comentarios sobre cualquier tema, pero particularmente sobre sexualidad. Entonces, se considera importante que, además de proporcionar información teórica - práctica a padres y madres sobre sexualidad, también es indispensable incluir temas de crianza y establecimiento de vínculos sanos con sus hijos e hijas que permitan cuestionar los valores que hasta hora se asocian con la paternidad y maternidad, donde generalmente padres y madres tienen el control y la razón en todo lo concerniente a sus hijos e hijas, sin permitirles a estos expresar su perspectiva, necesidades y dudas.

Ahora, en concordancia con Bárcena et al (2013), otra de las razones que dan soporte a la necesidad de educación integral en sexualidad para padres y madres, es que se ha encontrado una relación positiva entre la comunicación que establecen estos con sus hijos e hijas y el uso de métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales, donde la información que tengan los padres y madres (tanto formal como informal) facilitará el diálogo en torno a la sexualidad, libre de creencias negativas que implanten culpa, miedo o vergüenza ya que, aun cuando otros elementos contextuales puedan influir en las conductas sexuales de adolescentes o jóvenes, al menos tendrán la validación y el apoyo de su círculo familiar.

Conclusiones

De acuerdo con el Modelo de la Teoría del Comportamiento Planificado con factores de fondo (Ajzen, 1985 - 1987), las creencias que las personas poseen sobre determinado comportamiento tienen origen en una variedad de fuentes, tales como experiencias personales, el tipo de educación formal o informal a la cual estén expuestas, así como las diferencias individuales entre estas personas, las cuales mantienen relación con características sociodemográficas y de personalidad; son estos elementos individuales los que “pueden influir no sólo en las experiencias que las personas tienen y las fuentes de información a las que están expuestas, sino también en la forma en que interpretan y recuerdan esta información” (Ajzen, 1985, p.21).

Así pues, esta investigación, a través de la aplicación de una metodología mixta que contempló la obtención y aplicación de instrumentos de evaluación en una fase cualitativa y cuantitativa (Hamui-Sutton, 2013), pretendió explorar y complementar los resultados de ambas metodologías partiendo de que, en la fase cualitativa, se podrían conocer las vivencias personales de padres y madres relacionadas con la sexualidad que pudieran favorecer o limitar su intención para hablar con sus hijos e hijas sobre este tema, y en la fase cuantitativa, lograr identificar los elementos sociodemográficos que mantuvieran una relación de predicción con las creencias sobre diferentes dimensiones de la sexualidad, tales como comportamientos sexuales, transmisión de VIH/SIDA, interrupción voluntaria del embarazo, roles de género masculinos y, de acuerdo con los fines y objetivos del estudio, la percepción de responsabilidad de madres y padres para hablar de sexualidad con sus hijos e hijas.

Los resultados muestran que, en concordancia con los supuestos de investigación propuestos en la fase cualitativa, las vivencias asociadas con la sexualidad contienen elementos que van a beneficiar y limitar la intención de padres y madres para hablar de este

tema con sus hijos e hijas. Entre los elementos motivantes a conductas de la comunicación, se pudo identificar la concientización de sus propias experiencias negativas o desagradables en su juventud, pues éstas representan para ellas y ellos una situación que no *debería* repetirse en la vivencia de la sexualidad de sus hijos e hijas, y entre estas vivencias destacan el vivir su primera relación sexual de una forma dolorosa, carente de placer, con una persona desconocida, sin tener conocimiento de la anatomía de la pareja y las respuestas corporales, sin conocer algún método anticonceptivo y, particularmente, bajo la creencia y educación de que el acto sexual es algo sucio y pecaminoso. Por otro lado, de entre los elementos limitantes, se encuentra principalmente la carencia de información formal sobre sexualidad y de un *modelo de educación sexual*, es decir, la mayoría de las y los participantes reportan que en su infancia y juventud no fueron educados en este tema pues se percibía como algo prohibido de hablarse, por lo tanto, no tienen un *ejemplo* sobre el cual guiarse para ser ellas y ellos quienes hablen de sexualidad con sus hijos e hijas en casa.

Sin embargo, y aun a pesar de que madres y padres no consideran haber hablado de sexualidad con sus hijos e hijas, o al menos no en lo que para esta población *significa* hablar de sexualidad (generalmente se asocia exclusivamente con relaciones sexuales y/o métodos anticonceptivos), los testimonios obtenidos en las entrevistas muestran que, a través de la comunicación verbal y no verbal que se transmite en el entorno familiar (educación informal), sí se ha mantenido un diálogo que hace referencia a la sexualidad, por ejemplo; las madres que tienen hijos e hijas infantes, les han enseñado cómo nombrar a las partes de su cuerpo y a que nadie puede tocarles sin que ellos(as) lo permitan (consentimiento); quienes tiene hijos e hijas en etapa adolescente, han hablado sobre menstruación y los cambios normales en el cuerpo que caracterizan a esa etapa; las madres y padres con hijos e hijas en

la etapa de la juventud-adulthood, han mencionado las formas en que deben de relacionarse con personas (amistades o parejas) a fin de que se evite un embarazo no deseado y la interrupción de su plan de vida académica. Cabe resaltar que la educación que se ha intentado otorgar en el entorno familiar, muchas veces está impregnada de estereotipos de género (tal cómo padres y madres fueron criados) que privilegian mantener la *dignidad* y el honor familiar, es decir, la educación orientada a la abstinencia como método anticonceptivo, la preservación de la virginidad y la abnegación.

Respecto a las hipótesis de la fase cuantitativa, los resultados muestran que sólo los factores sociodemográficos de edad, escolaridad y religiosidad logran predecir las creencias negativas respecto a algunas de las dimensiones de la sexualidad, y el lugar de residencia (correspondiente a zona rural o urbana) no es un elemento que predice significativamente las creencias sobre sexualidad, hallazgo contrario a lo que se había hipotetizado inicialmente. Se cree que el hecho de que el lugar de residencia no lograra predecir las creencias negativas tiene relación con que la educación sexual integral no ha logrado materializarse ni en las zonas rurales ni en las zonas urbanas del Estado de Guanajuato, de forma que puede no haber diferencias entre los estereotipos y creencias que tengan las personas de uno u otro contexto.

Por otro lado, es importante resaltar que, dadas las condiciones de pandemia por coronavirus SARS-CoV-2, sólo aquellas personas que contaban con acceso a internet, así como a un dispositivo electrónico (computadora o laptop) y con la habilidad de lecto-escritura, pudieron participar en el presente estudio, excluyendo involuntariamente a todas aquellas personas que no contaban con estos recursos. Aunado a esto, otro elemento interesante es que, dentro de las características de la muestra, la mayoría de las personas contaba con estudios de universidad (76), seguido de preparatoria (53) y posgrado (28), lo

cual sugiere que no sólo las experiencias negativas pueden favorecer la intención para hablar de sexualidad con hijas e hijos, sino también el nivel académico con el que cuenten padres y madres.

Dicho lo anterior, puede confirmarse que, según lo propuesto por Ajzen (1985), la intención hacia una conducta ha de verse influenciada por los elementos individuales (experiencias/vivencias) y sociales (edad, escolaridad y religiosidad) a los que una persona está expuesta. Pero además de los elementos individuales, este estudio permite identificar específicamente que, de entre los elementos sociales y culturales, son los roles de género un factor determinante de las formas en que esta muestra de madres y padres Guanajuatenses reconocen su sexualidad, particularmente durante la adolescencia y juventud, ya que es a partir de estos roles que las normas sociales precisan los valores y las formas aceptadas en que hombres y mujeres deben comportarse (Alarcón, 2005) y, en el caso de esta población, cómo han de ejecutar su papel de padres y madres, particularmente en lo que se asocia con la sexualidad; a quién le corresponde ser quien eduque, *vigile*, y en cierto punto, *controle* el comportamiento sexual de las hijas e hijos. Los resultados confirman que sigue siendo la madre quien, desde su rol como mujer, concientiza y asume su responsabilidad para educar a sus hijos e hijas en sexualidad, lo cual no ocurre en el caso de los padres.

Por otro lado, hablando de asumir y concientizar la responsabilidad para hablar sexualidad con hijos e hijas, un elemento que fue contrastante en este proyecto fue la participación mayoritariamente de la población de mujeres madres en comparación con los hombres padres, y esto puede tener relación también con la frecuencia en que estas poblaciones inician y terminan de estudiar algún nivel escolar. Por ejemplo, de acuerdo con el Diagnóstico Anual de Violencia Escolar de Guanajuato, ciclo 2019 – 2020, en nivel

secundaria y preparatoria, el grado máximo de escolaridad de los padres es principalmente de secundaria, con más de un 2% de quienes no cuentan con algún grado escolar, a diferencia de las madres, donde menos del 1% no cuentan con algún grado escolar. Es decir, es más común que los padres hombres carezcan de un grado escolar que las madres, pudiendo influir en su intención por participar en este tipo de investigaciones que requieren de comprensión lectora y acceso a medios de comunicación donde la lectura y escritura son indispensables. Por esta razón, se sugiere que en siguientes investigaciones, se busquen estrategias de abordaje con padres donde se considere que esta población puede ser no escolarizada y por tanto, utilizar instrumentos de medición/exploración que no precisen de la lectura o escritura; además, dado que el rol tradicional de los padres está principalmente enfocado al trabajo y a satisfacer las necesidades económicas, también se sugiere que se busque localizar a los participantes en espacios laborales (fábricas, organizaciones o instituciones).

Además de lo ya mencionado, es indispensable considerar que, en esta investigación, particularmente para la creación de instrumentos de medición, no se contempló al concepto de sexualidad como la integralidad de elementos que teóricamente van incluidos en este. La razón de esta decisión se relaciona con el supuesto de que la población abordada y su carencia de educación sexual integral desde el área académica y familiar, dirigirían el grupo focal hacia las situaciones con las que asocian la sexualidad, siendo el tema de la reproducción (relaciones sexuales, anticonceptivos y embarazo) lo más común para identificar en sus vivencias.

De entre los alcances que esta investigación pudo obtener en su desarrollo, se encuentra la participación en la Red para la promoción de la salud, educación y bienestar psicosocial en comunidades rurales y migrantes (RED CORYMI), financiada por el Consejo

Nacional de la Ciencia y la Tecnología (CONACYT) donde, a partir de los resultados de este estudio, se logró estructurar y llevar a cabo un taller de educación sexual integral para padres y madres en la comunidad de San Cristóbal (El Cerrito), perteneciente al municipio de San Francisco del Rincón, León Gto. Dicho taller tuvo una duración de tres horas, y en el transcurso de estas, se desarrollaron los siguientes subtemas:

- ¿Qué es la sexualidad?
- Relaciones sexuales
- Relaciones de noviazgo
- Placer sexual
- Roles de género, identidad y preferencia sexual.
- Tipos de violencia
- Derechos sexuales y reproductivos
- Permisos, obediencia y vínculos que favorezcan la comunicación familiar.

Para abordar cada uno de los subtemas, se siguió una dinámica de pregunta- respuesta o lluvia de ideas entre la moderadora del taller y el grupo, de forma que no se proporcionara sólo una definición teórica de los subtemas a padres y madres, sino que se construyera una definición a partir de la lluvia de ideas, experiencias y relatos que las y los participantes expusieran al respecto, siempre con la orientación de la moderadora. Por ejemplo, al comenzar a hablar del significado de la palabra sexualidad, el grupo fue dirigiendo la atención hacia el tema del conocimiento del cuerpo, las relaciones sexuales y la importancia de expresar el acuerdo y desacuerdo (consentimiento) cuando alguien quiera tocar nuestro cuerpo. En este último punto, una de las participantes mencionó que, para ella, es indispensable hablar de sexualidad con hijos e hijas de que nadie debe tocar su cuerpo si ellos

no lo desean, y se permitió expresar una experiencia en la que, cuando ella era pequeña, fue violentada sexualmente por una persona de su familia; alguien la tocó sin su consentimiento, y ella se sintió “como sucia y culpable” porque creía que, si le comentaba a su madre lo sucedido, ésta no le iba a creer.

Con experiencias como la anteriormente mencionada, pudo confirmarse la necesidad de crear y brindar a padres y madres un programa de educación sexual integral que les permita obtener información libre de prejuicios y estereotipos de género, donde se fomente la reflexión sobre las creencias que, por sus características individuales y sociales, son parte de los valores y las normas sociales que rigen su comportamiento y el de sus hijos e hijas. Por otro lado, también asociado a la intención de padres y madres para hablar de sexualidad con sus hijas e hijos, el desarrollo de este taller y los subtemas abordados, permiten confirmar que, derivado de las experiencias negativas asociadas con el desconocimiento de la sexualidad, esta población perteneciente a la comunidad de San Cristóbal, también expresó querer conocer sobre sexualidad, así como estrategias de comunicación con sus hijas e hijos a fin de que pudieran procurar su buen desarrollo, conocer cómo orientarles y resolver las dudas que éstos (as) puedan expresarles.

Referencias

- Águila Y., Reyes H., Enrique V., Castro H. & Higinio V. (2016). *Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes*. Rev Médica Electrónica. 2016;38(5):697-710. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242016000500005&script=sci_arttext&tlng=pt
- Agreda, E. A. C. (2008). *Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes*. Educere, 12(40),79-87.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1975). *Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. 578.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hull, Inc.
- Ajzen, I. (1985). *De las intenciones a las acciones: una teoría del comportamiento planificado*. Action Control, 11–39. doi: 10.1007 / 978-3-642-69746-3_2
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2010). *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach* (Illustrated ed.). Psychology Press.
- Alarcón, R. (2005). *Premisas Histórico-Socioculturales de la Juventud Peruana: Obediencia Filial y Virgindad*. Revista Latinoamericana de Psicología, 37(1), 81–94.
- Amssac. (2000). *Definiciones Básicas – Amssac | Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C.* Amssac Asociación. <https://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>
- American Psychological Association. (2020). *Orientación sexual e identidad de género*. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual#:~:text=La%20orientaci%C3%B3n%20sexual%20es%20una,o%20afectiva%20duradera%20hacia%20otros.&text=La%20orientaci%C3%B3n%20sexual%20es%20diferente,orientaci%C3%B3n%20sexual%20en%20sus%20conductas>.
- Álvarez, A. d. (2015). *La revolución sexual de los sesenta: una reflexión*. Investigaciones feministas, 20 - 38.
- Álvarez, F., Balsa. M. E. (2019). *Soluciones en sexualidad infantil y adolescente*. Editorial Pax México.
- Ariza, M., & De Oliveira, O. (2005). *Género, clase y concepciones de la sexualidad en México*. Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal, 15-33.
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). *Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología*. Anales de Psicología / Annals of Psychology, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Arroyo, G. (2020). *Masculinidades y paternidad: una mirada intersectorial sobre la experiencia de ser padres jóvenes clase media en Barraquilla (Colombia)*. Investigación & Desarrollo, Vol. 28, 1.

- Azzi, C., & Ehrenberg, R. G. (1975). *Household Allocation of Time and Religiosity: Replication and Extension*. Cornell University ILR School DigitalCommons@ILR.
- Baños, I. V. (2019). *Pertinencia e importancia de la educación de la sexualidad para la prevención de violencias sexuales*.
<http://www.lasallep.edu.mx/revistas/index.php/huella/article/view/463>
- Bard Wigdor, G. (2016). *Aferrarse o soltar privilegios de género: sobre masculinidades hegemónicas y disidentes*. SciELO Analytics, 101-122.
- Bárcena Gaona, S., Robles Montijo, S., & Díaz-Loving, R. (2013). *El Papel de los Padres en la Salud Sexual de sus Hijos*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471913709451>
- Barros-Rodríguez, F. (2020). *Los cánones de belleza de la mujer occidental desde una perspectiva de género*.
- Bautista, J. D. J. S., Aguayo, M. B., Miranda, H. R. C., Cortes, J. L. V., Berriozábal, C. J. M., Arellano, O. A. R., Atempa, C. J. R. (2015). *Origen de la vida y naturaleza humana en las creencias de los académicos universitarios*. Integración Académica en Psicología., 3(9).
- Benítez Quintero, F., Cantón Cortés, D., & Delgadillo Guzmán, L. G. (2014). *Caracterización de la violencia sexual durante la infancia y la adolescencia*. Psicología Iberoamericana, 22(1), 25-33. <https://doi.org/10.48102/pi.v22i1.140>
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos*. Madrid: Morata.
- Bordi, V. I. (2008). *Entre las desigualdades de género: un lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre*. SciELO Analytics.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952008000200007
- Castro, M. C., & Martini, H. A. (2014). *Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G* Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología*. Salud & sociedad, 5(2), 210-224.
- Carmona Valdés, S. E. (2009). *El bienestar personal en el envejecimiento*. Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, 48-65.
<https://www.redalyc.org/pdf/2110/211014858003.pdf>
- Cedillos, A. M. (2018). *La familia mexicana: descubrimiento y evolución de sus premisas*. Cuadernos fronterizos. 13, 28-31.
- Cobos, E. G. (2008). *Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección*. Revista intercontinental de psicología y educación, 10(2), pp. 105-122.
- Contreras, J. M., Both, S., Guedes, A., & Dartnall, E. (2016). *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios*. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.
- Consejo Nacional de Población. (2016). *Salud sexual y reproductiva*.
<https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/salud-sexual-y-reproductiva>

- Consejo Nacional de Población. (2020). *Informe de actividades realizadas en el año 2019 por el Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Guanajuato*. Informes Estatales 2019.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/560725/Informe_2019_GEPEA_Guanajuato.pdf
- Corona, F. H., & Funes, D. F. (2015). *Abordaje de la sexualidad en la adolescencia*. Revista Médica Clínica Las Condes. ELSEVIER. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-abordaje-sexualidad-adolescencia-S0716864015000127>
- Cuadrado, T. y Aparici, R. (2008). *La Enseñanza que no se ve : educación informal en el siglo XXI*. Madrid : Narcea.
- Cuenca, L. C., Atienzo, E. E., López, L. S., & Prado, B. H. (2013). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas*. Gaceta Médica de México, 149.
<http://repositorio.insp.mx:8080/jspui/bitstream/20.500.12096/6878/1/httpwwwanmmorgmxgmm2013n3gmm-149-2013-3-299-307.pdf>
- Dávila, Y. (2015). *La influencia de la familia en el desarrollo del apego*. Revista Anales, 57.
- Díaz-Guerrero, R. (2007). *La psicología del mexicano 2: bajo las garras de la cultura* (2.a ed.). Trillas.
- Díaz-Loving, R., Aragón, S. R., Orozco, G. B. T. V., & Martínez, L. M. C. (2011). *Las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana: su exploración desde las creencias y las normas*. Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 128-142.
- Díaz-Loving, R., Armenta-Hurtarte, C., Reyes, N., Moreno, M., Hernández, J. E., Cruz, C., Saldívar, A., López, F., Domínguez, M., & Correa, F. E. (2015). *Creencias y Normas en México: Una Actualización del Estudio de las Premisas Psico-Socio-Culturales*. Redalyc.
<https://www.redalyc.org/pdf/967/96742675004.pdf>
- Domínguez Domínguez, I. (2011). *Influencia de la familia en la sexualidad adolescente*. Revista cubana de obstetricia y ginecología. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n3/gin11311.pdf>
- Dunker, J. (2002). *Los vínculos familiares*. Una psicopatología de las Relaciones Familiares, Editorial el Cid editor, México, DF.
- EcuRed. (2019). *Religión* - EcuRed. Edu-Red. <https://www.ecured.cu/Religi%C3%B3n>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in Psychotherapy*. New York: Springer.
- Espinoza, R. E. (2015). *Entre el discurso religioso y las prácticas de sexualidad femenina en una iglesia pentecostal en Tijuana, México*. Culturales. 3(2)., pp.17-45. ISSN 2448-539X.
- Faccioli de Camargo, A. M., & Ribeiro, C. (2003). *La sexualidad en lo cotidiano de la escuela*. Educar, 67-85.
- Fernández, A. M., McFarlane Negrón, M., González, R., Díaz, L., Betancourt-Díaz, E., Cintrón-Bou, F., Villarruel, A. (2017). *Actitudes hacia la comunicación sexual entre padres / madres y adolescentes en Puerto Rico*. Rev Puertorriqueña Psicol, 80-95.
<https://www.redalyc.org/pdf/2332/233255999006.pdf>

- Fernández, M. (2022). *La teoría del Apego de Bowlby. Etapas y Características*. Psicólogos en el Prat ©Psicología Infantil, adolescentes y pareja. Awen.
<https://www.awenpsicologia.com/teoria-del-apego/>
- Ferre, Z., Gerstenblüth, M., & Rossi, M. (2009). *Religión y religiosidad en Uruguay*.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/5689179/2609.pdf?response-content-disposition=inline%3B+filename%3DReligion_y_religiosidad_en_Uruguay.pdf&Expires=1602270596&Signature=UpBYeatuKc4jUOdFc84ZCHsDE0~oaHa30hknArXlfz2hLSYxGI0uXxRO7X6H0bb6LncltgdVMLu5OedFqx0Y0kftjeZWAl-SBcawHhJuo-cJvIYiBH~U1rPDM~tuPfajF1T57XLVwPL0uEHUSAYq~dYslybR711alJwEN7APaamS UfcG2Ijk3XWWwbTOWC7C-uOeazaYbB-LQ0NfK~05IbP9pQO79IuO-6aYgm3q4mzffz-X6F7d4-m88q-VT10Lzpxufqb4QmL3QTbkXMBYKhXO-kGDZ4It-1P65BYOsx~3zIFL0vtlX64qA2yM6MAfa-F6cg3YwHWIDW00kgQ5g__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Flores, J. (2001). *Las bases biológicas de la diferenciación sexual humana en el siglo XXI*. SciELO Analytics.
- Flores, J. (2012). *La homofobia y las bases biológicas de la diferenciación sexual*. En J. Muñoz Rubio, Homofobia, laberinto de la ignorancia (págs. 65-90). México: Colección debate y reflexión.
- Flores-Valencia, M. E., Nava-Chapa, G., & Arenas-Monreal, L. (2017). *Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública*.
<https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/374-378/es/>
- Font, P. (2009). *Pedagogía de la sexualidad*. España: GRAÓ.
- García-Campos, T. (2008). *Cultura tradicional y masculinidad feminidad*. Interamerican Journal of Psychology. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org>
- Garriz, A. (2014). *Creencias de los profesores, su importancia y cómo obtenerlas*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187893X14705294#bib0070>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*.
- Gobierno de México. *¿Qué es la identidad La información confusa y contradictoria sobre la sexualidad de género?*: <https://www.gob.mx/segob/articulos/que-es-la-identidad-de-genero>
- González, V., Orcasita, L. T., Carrillo, J. P., & Palma-García, D. M. (2016). *Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes*. Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud, 15(1). <https://www.redalyc.org>
- González Escobar, S., González-Arratia López-Fuentes, N. I., & Valdez Medina, J. L. (2016). *Significado psicológico de sexo, sexualidad, hombre y mujer en estudiantes universitarios*. Enseñanza e Investigación en Psicología, 274-281.
- Goribar, C. M. M. (2010). *Discursos sociales sobre la sexualidad: narrativas sobre la diversidad sexual y prácticas de resistencia*.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2011000200006

- Greene, K., & Faulkner, S. (2005). *Gender, Belief in the Sexual Double Standard, and Sexual Talk in Heterosexual Dating Relationships*. Springer Link, 239-251.
- Guirado, A. D. (2019). *Estudio sobre la motivación laboral: una aplicación de la Teoría de la expectativa de Vroom*.
- Guzmán, K. V., Bastidas, B., & Mendoza, M. (2019). *Estudio del rol de los padres de familia en la vida emocional de los hijos*. Dialnet, 9(2). <https://dialnet.unirioja.es>
- Guzmán Saldaña, R., & Escamilla Gutiérrez, M. (2017). *Educación Sexual en México ¿Misión de la Casa o de la Escuela?* Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 5-10.
- Hamui-Sutton, A. (2013). *Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica*. SciELO, 2(8). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000400006&script=sci_abstract
- Hegg, M. O., Centeno Orozo, R., & Castillo Venerio, M. (2005). *Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres: estudio en cuatro países de Centroamérica*. https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/masculidad_factores_socioculturales.pdf
- Hernández Montaña, H. A., & González Tovar, J. (2020). *Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la Teoría Fundamentada*. SSOAR. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/57062>
- Hidalgo Maldonado, E. (2018). *Influencia de los estereotipos de género en las prácticas sexuales de estudiantes universitarios de Quito*. Repositorio Digital Universidad De Las Américas. <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/8702/1/UDLA-EC-TPC-2018-12.pdf>
- Humanos, C. N. (2018). *CNDH México. Derechos de las niñas, niños y Adolescentes*. <http://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/derechos-de-las-ninas-ninos-y-adolescentes>
- Indicadores para evaluar la salud reproductiva y los programas pertinentes*. (1998). Rev Panam Salud Pública, 63-67. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1998.v3n1/62-68>
- Infobae. (2019). *México, el país de la OCDE con mayor número de adolescentes embarazadas*. <https://www.infobae.com/america/mexico/2019/04/15/mexico-el-pais-de-la-ocde-con-mayor-numero-de-adolescentes-embarazadas/>
- Instituto Estatal de las Mujeres de Nuevo León. (2005). *Perfil del hombre adolescente que embaraza y paternidad responsable*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/NL/NL_MA1_investigacion_hombre_adolescente_2012.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2017). *Cartilla de Derechos sexuales y reproductivos* [Ilustración]. <https://ilsb.org.mx/cartilla-de-derechos-sexuales-de-adolescentes-y-jovenes/>. https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Filsb.org.mx%2Fcartilla-de-derechos-sexuales-de-adolescentes-y-jovenes%2F&psig=AOvVaw2gSRaZOrP_WIGkqTkIjP8D&ust=1603218270760000&source=images&cd=vfe&ved=0CA0QjhxqFwoTCPic6s6jwewCFQAAAAAdAAAAABAO

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2014). *Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados*. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios_opiniones/InformeFinal_INSP.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2015). *Embarazo adolescente*. México. Primera Edición.
- Ipas México. (2018). *Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública*.
- Lehr, S. T., Demi, A. S., Dilorio, C., & Facticeau, J. (2010). *Predictors of Father-Son Communication About Sexuality*. *The Journal of Sex Research*, 119-129.
- Leung, K., Harris Bond, M., Reimel de Carrasquel, S., Muñoz, C., Hernández, M., Murakami, F., . . . Singelis, T. M. (2002). *Social Axioms The Search for Universal Dimensions of General Beliefs About How the World Functions*. *Journal of cross-cultural psychology*, 286-302.
- Leung, K., & Bond, M. H. (2004). *Social Axioms: a model for social beliefs in multicultural perspective*. *Advances in experimental social psychology*, 36, 119-197. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(04\)36003-X](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(04)36003-X)
- Leyva Delgadillo A. I. (2019). *La influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos alimenticios en niños y niñas de 8 a 12 años en una escuela primaria de Calpulapan, Tlaxcala*. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://chat.iztacala.unam.mx/r1/sites/default/files/2021-01/3d5298d63d4402d6d800f34725c1a782.pdf>
- Lombardía Prieto, J., & Fernández Pérez, M. (2008). *Ginecología y Obstetricia Manual de consulta rápida*. España: Editorial Médica Panamericana.
- López Beltrán, M. (2016). *Actitudes y creencias de padres y madres hacia la educación sexual*. España: Universidad Jaume I. <https://core.ac.uk/download/pdf/61496103.pdf>
- López Romo, H. (2016). *Los once tipos de familias en México*. Instituto de Investigaciones Sociales. Revista AMAI. http://www.amai.org/revista_amai/octubre-2016/6.pdf
- López Villaverde, P. (2004). *Influencia de los mitos y falacias en las practicas sexuales de la población adolescente madrileña: proyecto de encuesta*. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual*, 87-93. <https://www.periodistadigital.com/documentos/2010/07/13/mitossexuales.pdf>
- Lorenzo, M. A. P. (2014). *Percepción de la aceptación en el ámbito familiar y social de personas homosexuales*. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Perez-Marco.pdf>
- Luft, J. A., Roehrig, G. H., Brooks, T., & Austin, B. A. (2003). *Exploring the beliefs of secondary science teachers through interview maps*. In annual meeting of the National Association for Research in Science Teaching, Philadelphia, PA.
- Martínez-Tolentino, J. (1986). *La familia como fuente de todo mal en " El obsceno pajarito de la noche", de José Donoso*. *Revista de Crítica Literaria Latinoamericana*, 73-79.

- Martínez González, C. (2008). *Desarrollo del Vínculo Afectivo*. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. https://www.aepap.org/sites/default/files/aepap2008_libro_299-310_vinculo.pdf
- Mastache, N. J. V., & Rodríguez, M. A. D. H. (2018). *Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato, México*. *Atención Familiar*, 25(2), 59-64.
- Materán, A. (2008). *Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa*. *Geoenseñanza*, 13(2), 243-248.
- Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Espert Castellanos, J. (2012). *El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente*. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 333-342.
- México Evalúa. (2021). *En 2020, el 98.6% de los casos de violencia sexual no se denunciaron*. <https://www.mexicoevalua.org/en-2020-el-98-6-de-los-casos-de-violencia-sexual-no-se-denunciaron/>
- Montaño Sinisterra, M. R., Palacios Cruz, J. L., & Gantiva Díaz, C. A. (2009). *Teorías de la personalidad, un análisis histórico del concepto y su medición*. *Red de Recistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 81-107.
- Montenegro A., H. (2000). *Educación sexual en niños y adolescentes*. *Revista Médica de Chile*.
- Montoya, M. S. R., & Ocando, J. L. (2020). *Revisión sistemática de métodos mixtos en el marco de la innovación educativa*. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación*, (65), 9-20.
- Mora, S. (2014). *Havelock Ellis (1859 - 1939): homenaje a un pionero de la psicología sexual de la Inglaterra victoriana en el 75 aniversario de su muerte*. *Revista de Historia de la Psicología*, 43-64.
- Moral-de la Rubia, J. (2010). *Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial*. *Revista Colombiana de Psicología*, 19. <https://www.redalyc.org>
- Moral, J., & Ortega, M. E. (2009). *Social representation of sexuality and attitudes in Mexican university students*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021347409786922998>
- Moron, P. (1987). *El Suicidio* (Vol. 11). Publicaciones Cruz O., SA.
- Nazari, M. (1998). *Una urgente necesidad de ocultar*. *Los rostros del honor: sexo, vergüenza y violencia en la América Latina colonial*, 103-126.
- Núñez, G. J. D. J., & Monroy, A. (1999). *Dinámica de grupos* (1.ª ed.). Ciudad de México, México: Editorial Pax México Librería Carlos Cesarman, S.A.
- Organización Mundial de Salud. (2018). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Género*. <https://www.who.int/topics/gender/es/#:~:text=El%20g%C3%A9nero%20se%20refiere%20a,los%20hombres%20y%20las%20mujeres.>

- Organización Mundial de la Salud & Human Reproduction Programme. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1#:~:text=El%20sexo%20son%20las%20caracter%C3%ADsticas,hay%20individuos%20que%20poseen%20ambos>.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2018). *Indicadores de salud, aspectos conceptuales y operativos*. Washington, D.C.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf?sequence=5
- Orozco-Parra, C. L., & Domínguez-Espinosa, A. C. (2014). *Diseño y validación de la Escala de Actitud Religiosa*. *Revista de Psicología, Universidad de Chile*, 23(1), 3-11.
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2014.32868>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). *Técnicas de muestreo sobre una población a estudio*. *Int. J. Morphol*, 35(1). <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pacheco, C. I., Latorre, C., & Enríquez, C. (2007). *El carnaval de los desencuentros: la construcción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en adolescentes*.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Kg1CUcnaq7wC&oi=fnd&pg=PA57&dq=vivencias+de+la+sexualidad&ots=n3DO-pNvBA&sig=9_LLDFZfmha--nzTDLknUkr5UAK#v=onepage&q=vivencias%20de%20la%20sexualidad&f=false
- Paredes Reyes, J. A., & Tunante Quispe, A. K. (2018). *Influencia de factores socioculturales en nivel de conocimiento y actitud de padres respecto a educación sexual de adolescentes*. I. E MODELO. 2017. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/4030>
- Pedrido Nanzur, V. (2017). *El derecho a la educación sexual integral (ESI)*.
[http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/el-derecho-la-educacion-sexual-integral-esi#:~:text=La%20Educaci%C3%B3n%20Sexual%20Integral%20\(ESI\)%20es%20un%20espacio%20sistem%C3%A1tico%20de,cuerpo%2C%20las%20relaciones%20interpersonales%2C%20la](http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/el-derecho-la-educacion-sexual-integral-esi#:~:text=La%20Educaci%C3%B3n%20Sexual%20Integral%20(ESI)%20es%20un%20espacio%20sistem%C3%A1tico%20de,cuerpo%2C%20las%20relaciones%20interpersonales%2C%20la)
- Pineda, L. T. O., Cuenca, J., Céspedes, J. L. M., Rios, D. G., & Haderlein, A. (2018). *Diálogos y saberes sobre sexualidad de padres con hijos e hijas adolescentes escolarizados*. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(1), 41-53. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n1.62148>
- Pinos Abad, G. M., Pinos Velez, V. P., Palacios Cordero, M. . d. . P., López Alvarado, S. L., Castillo Nuñez, J. E., Ortiz Ochoa, W. E., Enzlin, P. (2016). *Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos*.
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v17n2/1409-4703-aie-17-02-00192.pdf>
- Placeres, J. F., Olver, D. H., Rosero, G. M., Urgilés, R. J., & Abdala-Jalil, S. (2017). *La familia homoparental en la realidad y la diversidad familiar actual*.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242017000200022&script=sci_arttext&tlng=pt
- Planned Parenthood. (2020). *¿Qué es Intersexo? | Definición de Intersexual*.
<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/orientacion-sexual-y-genero/genero-e-identidad-de-genero/que-es-la-intersexualidad>

- Planned Parenthood. (s. f.). *¿Qué es la educación sexual?*
<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/para-educadores/que-es-la-educacion-sexual>
- Proyecto SUMA SEG. (2018). Embarazo adolescente.
<http://genero.seg.guanajuato.gob.mx/2018/04/26/embarazo-adolescente/#:~:text=En%20Guanajuato%2C%20seg%C3%BAn%20datos%20proporcionados,de%2019%20a%20los%20durante%202016>
- Quintana, A., Grajeda, A., Malaver, C., Medina, N., Montgomery, W., Ruiz, G., & Ojeda, G. (2020). *Estereotipos de género y violencia encubierta de pareja en hombres y mujeres de 18 a 24 años*. Revista de Investigación en Psicología.
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/17420>
- Ramos Lira, L., Diaz-Loving, R., Saldívar, G., & Martínez Y, Y. (2013). *Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 12-20.
- Rangel, L. (2019). *Educación sexual en las escuelas mexicanas: entre el discurso científico laico y la moral religiosa*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7461196>
- Razo Godínez, M. L. (2008). *Infancia, adolescencia y política en México, de Fernández Poncela*. SciELO Analytics, 325.
- Reproducción humana - ¿Qué es la reproducción humana?* (2016). clinicasabortos.mx.
<https://www.clinicasabortos.mx/reproduccion-humana#:~:text=La%20reproducci%C3%B3n%20humana%20es%20un,del%20%C3%B3vulo%20y%20el%20espermatozoide>.
- Reyes Rodríguez, L. (2007). *La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes*. Universidad Pedagógica de Durango: Investigación educativa .
- Reyes, D. D., & González Almontes, E. (2014). *Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente*. SciELO Analytics.
- Rodríguez-Jaume, M. J., & Mora Catalá, R. (2001). *Análisis de regresión múltiple. Técnicas de investigación social II*.
- Rodríguez, K. F. A. (2012). *Análisis de los valores que construyen la identidad del mexicano*.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-11912012000200001&script=sci_arttext
- Rockearch, M. (1968). *A Theory of Organization and Change Within Value-Attitude Systems*. Journal of Social Issues, XXIV(1), 13-33. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1968.tb01466.x>
- Rojas Betancur, M., Álvarez Nieto, C., & Méndez Villamizar, R. (2016). *El papel de la familia en la normalización del embarazo adolescente a temprana edad*. Revista Encuentros, Universidad Autónoma del Caribe, 139-150.
- Rosas, O. (2011). *La estructura disposicional de los sentimientos*. Ideas y Valores, 60(145), 5-31.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/idval/article/view/36686>
- Rosales Mendoza, A. L., & Flores Soriano, A. (2009). *Género y sexualidad en las universidades públicas mexicanas*. Íconos. Revista de Ciencias Sociales, 67-75.

- Rostagnol, S. (2016). *Entre la reproducción y el erotismo, recorridos de la sexualidad desde el feminismo*. En E. Calisto, V. Gómez, V. Grabino, N. Magnone, L. Recalde, & M. Viera (Eds.), *Transhumancias Búsquedas teóricas feministas sobre cuerpo y sexualidad* (pp. 75–91). Bibliotecaplural.
https://www.csic.edu.uy/sites/csic/files/rostagnol_trashumancias_fhce.pdf#page=74
- Rouvier, M., Campero, L., Walker, D., & Caballero, M. (2011). *Factors that influence communication about sexuality between parents and adolescents in the cultural context of Mexican families*. *Sex Education*, 175-191. <https://doi.org/10.1080/14681811.2011.558425>
- Rubin, G. (1989). *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad*. C. Vance (eds.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (pp. 113- 190). Madrid: Ed Revolución.
- Rubio E. (1994). *Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana*. Consejo Nacional de Población, “Antología de la Sexualidad Humana”. Tomo I. Consejo Nacional de Población- Miguel Ángel Porrúa. México.
- Ruiz, C. (1996). *La familia en el pensamiento conservador*. *Revista de filosofía*.
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/139260/La-familia-en-el-pensamiento-conservador.pdf;sequence=1>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). *The structure of psychological well-being revisited*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Schmidt, V., Maglio, A., Messoulam, N., Molina, M. F., & Gonzalez, A. (2010). *La comunicación del adolescente con sus padres: construcción y validación de una escala desde un enfoque mixto*. *Revista Interamericana de psicología*, 44. <https://www.redalyc.org>
- Schneider, J. (1971). *De la vigilancia y las vírgenes: Honor, vergüenza y acceso a los recursos en las sociedades mediterráneas*. *Etnología*, 10 (1), 1-24.
- Schonfeld, M., McRee, A.-L., & Eisenberg, M. E. (2013). *Teens Talking with Their Partners about Sex: The Role of Parent Communication*.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15546128.2013.790219>
- Secretaría de Gobernación. (2016). *¿Qué es la identidad de género?*
<https://www.gob.mx/segob/articulos/que-es-la-identidad-de-genero>
- Stern, C. (2004). *Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México*. SciELO Analytics.
- Szasz, I. (2013). *Género y valores sexuales. Un estudio de caso entre un grupo de mujeres mexicanas*. El Colegio de México. <http://www.jstor.org>
- Tapia, M. E. (2017). *Educación sexual para todas y todos: la asignatura urgente para el logro de la igualdad en México*. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación.
<http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/2265.pdf>
- Trejo, F., & Díaz-Loving, R. (2017). *Elaboración de una definición integral del placer sexual*. *Psicología Iberoamericana*, 25(2). <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133957572002.pdf>

- Tresgallo, S. E. (2020). *La vivencia de la sexualidad en la adolescencia*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5567812>
- Turner, G. W. (2020). *The circles of sexuality: Promoting a strengths-based model within social work that provides a holistic framework for client sexual well-being*. University of Kansas Libraries
- UNESCO. (2014). *Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias*.
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232800>
- UNESCO. (2019). *Por qué es importante la educación integral en sexualidad*.
<https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad>
- UNFPA. (2019). *Educación sexual integral*. UNFPA Mexico.
<https://mexico.unfpa.org/es/topics/educaci%C3%B3n-sexual-integral>
- Uribe, A. F., Castellanos, J., & Cabán, M. (2016). *Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios*. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. Revista de psicología, Universidad de Antioquia, 8(2). Recuperado de
<https://revistas.udea.edu.co>
- Vaggione, J. M. (2009). *Sexualidad, religión y política en América Latina*.
<http://www.sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/2009/10/sexualidad-religion-y-politica-en-america-latina-juan-vaggione.pdf>
- Vandello, JA y Cohen, D. (2003). *Honor masculino y fidelidad femenina: guiones culturales implícitos que perpetúan la violencia doméstica*. Revista de personalidad y psicología social, 84 (5), 997.
- Vargas Fallas , M. A., Aguilar Artavia, C., & Jiménez, G. A. (2012). *Educación sexual: orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional*. Revista Electrónica Educare, 53-71. <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194124704004.pdf>
- Vargas, N., Castellanos, C., & Villamil, A. (2005). *Resistencia a la presión de grupo*. Boletín electrónico de salud escolar, 1(1), 1-6.
- Vargas-Trujillo, E., Barrera, F., Burgos, M. C., & Daza, B. C. (2005). *La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: el papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones*. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750106.pdf>
- Vasallo Mantilla, C. (2007). *Sexualidad. Salud Sexual. Prevención del VIH-SIDA*. SciELO Analytics. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v6s5/rhcm14507.pdf>
- Vázquez, C., Hervás , G., Rahona, J. J., & Gómez , D. (2009). *Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva*. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 15-28. http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf
- Vera Gamboa, L. (1998). *Historia de la sexualidad*. Centro de Investigaciones "Dr. Hideyo Noguchi" Universidad Autónoma de Yucatán, 181-189.
- Villafaña, J. N. R., & Cárdenas, S. J. (2022). *Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión*. Psicología y Salud, 32(1), 39-48.

- World Health Organization. (2018). *Género y salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/gender#:~:text=Los%20roles%20de%20g%C3%A9nero%20son,sociocultural%20para%20todas%20las%20personas>.
- Zagalaz Sánchez, M. L., & Rodríguez Marín, I. (2004). *Distorsión de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Programa de prevención desde la educación física escolar*. *Revista Fuentes*, 6, 146-156.

Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista

Formato para padres

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
2. ¿Con quién fue su primera relación sexual?
3. ¿Cómo describiría que fue su primera relación sexual?
4. ¿Qué cosas influyeron para que comenzara a tener relaciones sexuales?
5. ¿Cómo se sintió después de que sucedió su primera relación sexual?
6. ¿Cuáles cree que fueron las razones por las cuales inició a tener relaciones sexuales?
7. ¿Alguien le había hablado de métodos anticonceptivos antes de tener relaciones sexuales? ¿Quién?

Si nadie le habló de ello, preguntar:

- ¿Qué le hubiera gustado saber sobre métodos anticonceptivos?

Si alguien sí le habló de ello, preguntar

- ¿Qué le dijeron sobre usar métodos anticonceptivos?
8. En su primera relación sexual, ¿utilizó algún método anticonceptivo? ¿Cuál?
 - *Si no lo usó, ¿por qué?*
 - *Si lo usó, ¿por qué?*

9. ¿Ha tenido alguna enfermedad sexual? ¿Cuál?

Si no ha tenido alguna, preguntar:

- ¿Alguna vez ha acudido a buscar atención médica para descartar /tratar alguna enfermedad de transmisión sexual? ¿por qué?

10. ¿A qué edad tuvo su primer hijo/a?

11. ¿Usted deseaba ser padre en ese momento?

12. ¿Considera usted que el primer embarazo fue planeado? ¿Por qué?

13. ¿Qué planes tenía en ese momento en su vida?

14. ¿Considera que tener a su primer hijo/a llegó a limitar sus planes? ¿por qué?

15. Cuando nació su primer hijo/a, ¿cómo era su situación económica?

16. ¿Considera que en ese momento usted podía costear los gastos que un hijo/a implica? ¿Por qué?

17. ¿Cómo solventó los gastos de mantener y criar a su primer hijo/a?

18. ¿Qué cambió en su vida al ser padre por primera vez?

19. ¿Cómo se sintió ser padre por primera vez?

20. ¿Se sentía usted capaz de brindar el cariño necesario a su hijo/a? ¿Por qué?

21. ¿Cuál era su expectativa o plan de vida para su primer hijo/a cuando éste era pequeño/a?

22. Actualmente, ¿cómo describiría que se siente ser padre?

23. ¿Considera que usted ha hablado de sexualidad con sus hijos/as? ¿Por qué?

24. ¿Qué hace para que sus hijos/as conozcan y vivan su sexualidad?

Formato para madres

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

2. ¿Con quién fue su primera relación sexual?

3. ¿Cómo describiría que fue su primera relación sexual?

4. ¿Qué cosas influyeron para que comenzara a tener relaciones sexuales?

5. ¿Cómo se sintió después de que sucedió su primera relación sexual?

6. ¿Cuáles cree que fueron las razones por las cuales inició a tener relaciones sexuales?

7. ¿Alguien le había hablado de métodos anticonceptivos antes de tener relaciones sexuales? ¿Quién?

Si nadie le habló de ello, preguntar:

¿Qué le hubiera gustado saber sobre métodos anticonceptivos?

Si alguien sí le habló de ello, preguntar:

¿Qué le dijeron sobre usar métodos anticonceptivos?

8. En su primera relación sexual, ¿utilizó algún método anticonceptivo? ¿Cuál?

Si no lo usó, ¿por qué?

Si lo usó, ¿por qué?

9. ¿Ha tenido alguna enfermedad sexual? ¿Cuál?

Si no ha tenido alguna, preguntar:

¿Alguna vez ha acudido a buscar atención médica para descartar /tratar alguna enfermedad de transmisión sexual? ¿por qué?

10. ¿A qué edad tuvo su primer hijo/a?

11. ¿Usted deseaba ser madre en ese momento?

12. ¿Considera usted que el primer embarazo fue planeado? ¿Por qué?

13. ¿Qué planes tenía en ese momento en su vida?

14. ¿Considera que tener a su primer hijo/a llegó a limitar sus planes? ¿por qué?

15. Cuando nació su primer hijo/a, ¿cómo era su situación económica?

16. ¿Considera que en ese momento usted podía costear los gastos que un hijo/a implica? ¿Por qué?

17. ¿Cómo solventó los gastos de mantener y criar a su primer hijo/a?

18. ¿Qué cambió en su vida al ser madre por primera vez?

19. ¿Cómo se sintió ser madre por primera vez?

20. ¿Se sentía usted capaz de brindar el cariño necesario a su hijo/a? ¿Por qué?

21. ¿Cuál era su expectativa o plan de vida para su primer hijo/a cuando éste era pequeño/a?

22. Actualmente, ¿cómo describiría que se siente ser madre?

23. ¿Considera que usted ha hablado de sexualidad con sus hijos/as? ¿Por qué?

24. ¿Qué hace para que sus hijos/as conozcan y vivan su sexualidad?

Anexo 2. Consentimiento informado

León, Guanajuato, a ____ de Marzo del 2021.

Declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio “Vivencias parentales asociadas con la sexualidad”, consistirá en responder una entrevista en un grupo focal a través de una plataforma virtual, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución a este tema de investigación.

Acepto que mi participación en la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis, a los cuales sólo tendrá acceso la responsable de la investigación Ana Karen Jazmín Martínez Melchor, estudiante de la Maestría en Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Guanajuato. Declaro también que se me ha informado que mi información personal estará protegida por el anonimato y la confidencialidad de acuerdo con las secciones 4 y 8 del Código de Ética de la APA (2010)

Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado (a) de que los resultados de este grupo focal serán parte de un informe para ser presentado en el proyecto de investigación de la responsable Ana Karen Jazmín Martínez Melchor.

Anexo 3. 100 preguntas sobre sexualidad adolescente



Anexo 4. Cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes

CARTILLA
de DERECHOS
SEXUALES
de ADOLESCENTES
y JÓVENES

Anexo 5. Escala de creencias parentales

Creencias parentales de sexualidad

Datos sociodemográficos.

Mi nombre es Ana Karen Jazmín Martínez Melchor y te agradezco por participar en esta investigación. Para contestar la presente encuesta, puedes elegir sólo una respuesta para cada afirmación. **No hay respuestas correctas o incorrectas**, por lo que te pido que contestes **como Tú realmente eres y no como te gustaría ser**. Todas tus respuestas serán confidenciales, anónimas y sólo se les dará uso para fines de investigación.

Por último, **no dejes preguntas sin respuesta**. ¡Gracias!

Acepto

No acepto

Principio del formulario

* 1. **¿Cuál es tu sexo?**

Masculino

Femenino

* 2. **¿Cuántos años tiene?**

18 - 29

30 - 44

45 - 59

60 o más

* 3. **¿Cuál es el nivel de educación más alto que obtuviste?**

Escuela primaria

Escuela secundaria

Preparatoria

Diploma universitario

Posgrado (maestría, doctorado, etc.)

Ninguno

* 4. **¿Cuál es tu estado civil actual?**

Casado/a

Viudo/a

Divorciado/a

Separado/a

Soltero/a

* 5. **¿Se identifica usted con alguna de las siguientes religiones? (Por favor, seleccione todas las que apliquen).**

Protestantismo

Catolicismo

- [Control] Cristianismo
 [Control] Judaísmo
 [Control] Islamismo
 [Control] Budismo
 [Control] Hinduísmo
 [Control] Ninguna
 [Control] Otra (por favor, especifique)
 [Control]

*** 6. ¿En qué ciudad vive usted?**

Responde por favor los siguientes reactivos de acuerdo con lo que TÚ crees que hacen o deberían hacer los hombres. Selecciona el número que se relacione mejor con tu nivel de desacuerdo o acuerdo.

Los HOMBRES...

*** 7. Deben mantener económicamente a su familia. 0**

- [Control] Totalmente en desacuerdo
 [Control] En desacuerdo
 [Control] Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 [Control] De acuerdo
 [Control] Totalmente de acuerdo

*** 8. Son mejores que las mujeres para tomar decisiones. 0**

*** 9. Deben apoyar a sus esposas. 0**

*** 10. Prefieren tener como pareja a una mujer que es obediente. 0**

*** 11. Son poco cariñosos con sus hijos(as). 0**

*** 12. Deben casarse hasta tener estabilidad económica. 0**

*** 13. Deben ser estrictos para ser buenos padres. 0**

*** 14. Prefieren tener como pareja a una mujer que sabe hacer tareas del hogar (lavar, cocinar, barrer, etc.). 0**

*** 15. Prefieren tener como pareja a una mujer que tenga una carrera universitaria. 0**

*** 16. Son quienes mandan en el hogar. 0**

*** 17. No saben cuidar de sus hijos(as). 0**

*** 18. Deben cuidar su figura para gustarle a su pareja. 0**

Responde por favor los siguientes reactivos de acuerdo con lo que TÚ crees que hacen o deberían hacer las mujeres. Selecciona el número que se relacione mejor con tu nivel de desacuerdo o acuerdo.

Las MUJERES...

*** 19. Son mejores que los hombres para cuidar de los hijos(as). 0**

*** 20. Deben cuidar su cuerpo para ser atractivas para su pareja. 0**

*** 21. Deben darse a respetar. 0**

*** 22. Son incapaces de mantener económicamente a su familia. 0**

- * 23. *Buscan a un hombre que las proteja. 0*
- * 24. *Deben pedir permiso a sus parejas para usar anticonceptivos. 0*
- * 25. *Deben saber cocinar antes de casarse. 0*
- * 26. *Deben llegar vírgenes al matrimonio. 0*
- * 27. *Deben casarse hasta tener estabilidad económica. 0*

[Control]

- * 28. *Deben ser madres antes de los 30 años. 0*
- * 29. *Prefieren como pareja a un hombre que tiene una carrera universitaria. 0*
- * 30. *Administran mejor el dinero que los hombres. 0*

Responsabilidad de educar en la sexualidad

Responde por favor los siguientes reactivos de acuerdo con lo que TÚ crees y no como te gustaría creer. Selecciona el número que se relacione mejor con tu nivel de acuerdo o desacuerdo.

- * 31. *A los padres hombres les toca hablar de sexualidad con sus hijas. 0*
- * 32. *Los hombres aprenden solos cómo son las relaciones sexuales. 0*
- * 33. *Es responsabilidad del padre hablar de menstruación con sus hijas. 0*
- * 34. *A las madres les toca hablar de sexualidad con sus hijas. 0*
- * 35. *A los padres hombres les toca hablar de sexualidad con sus hijos. 0*
- * 36. *Es responsabilidad de las madres hablar de anticonceptivos con sus hijas. 0*
- * 37. *Al padre le toca hablar del uso del condón con sus hijos. 0*
- * 38. *Es responsabilidad de papá y mamá llevar a sus hijas al ginecólogo por primera vez. 0*
- * 39. *A la escuela les corresponde enseñar a niños y niñas sobre anticonceptivos. 0*
- * 40. *Las mujeres aprenden solas cómo son las relaciones sexuales. 0*
- * 41. *Padres y madres deben hablar de consentimiento en las relaciones sexuales con sus hijos e hijas. 0*
- * 42. *Los niños y niñas deben aprender sobre relaciones sexuales en la escuela. 0*

Enfermedades transmisión sexual (ETS) o Enfermedades sexuales.

Las enfermedades sexuales son aquellas como el VIH/SIDA, Herpes, Virus del Papiloma Humano (VPH), entre otras. Responde por favor los siguientes reactivos de acuerdo con lo que TÚ crees y no lo que te gustaría creer.

- * 43. *Sólo las personas con muchas parejas pueden contraer enfermedades sexuales. 0*
- * 44. *El VIH/SIDA es un castigo por tener muchas parejas sexuales. 0*
- * 45. *Para evitar enfermedades sexuales, hay que llegar virgen al matrimonio. 0*

- * 46. El VIH/SIDA es una enfermedad que ocurre por tener sexo con personas de tu mismo sexo. 0**
- * 47. Sólo las personas con muchas parejas sexuales pueden tener VPH (Virus del Papiloma Humano). 0**
- * 48. Sólo las personas homosexuales deben hacerse la prueba de VIH/SIDA. 0**
- * 49. Las enfermedades sexuales son consecuencia de poca higiene. 0**
- * 50. Tomar un baño después del sexo, evita contraer enfermedades sexuales. 0**

Embarazo.

Responde por favor los siguientes reactivos de acuerdo con lo que TÚ crees y no lo que te gustaría creer. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

- * 51. Es difícil que una mujer quede embarazada en su primera relación sexual. 0**
- * 52. Si una mujer no quiere ser madre, es su derecho considerar abortar. 0**
- * 53. Para evitar embarazos, la mejor opción es la abstinencia. 0**
- * 54. El embarazo es la mejor experiencia que puede vivir una mujer. 0**
- * 55. El aborto permite a las mujeres decidir sobre su cuerpo. 0**
- * 56. Sólo las mujeres casadas deberían embarazarse. 0**
- * 57. Si una mujer quisiera abortar, debería pedirle permiso a su pareja. 0**
- * 58. La mujer necesita consultar con su pareja el número de hijos que quiere tener. 0**
- * 59. Es imposible quedar embarazada si se tienen relaciones sexuales durante el periodo. 0**
- * 60. Si las mujeres tienen relaciones sexuales, es porque quieren tener hijos. 0**
- * 61. La mujer que decide abortar no tiene valores. 0**

Uso de condón y anticonceptivos.

Responde por favor los siguientes reactivos de acuerdo con lo que TÚ crees y no lo que te gustaría creer. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

- * 62. Sólo las personas con muchas parejas sexuales deben usar condón. 0**
- * 63. Las pastillas anticonceptivas sólo deben usarse cuando se tiene una pareja estable. 0**
- * 64. El hombre que usa condón está cuidando a su pareja. 0**
- * 65. Es responsabilidad de la mujer usar un método anticonceptivo. 0**
- * 66. Usar condón en la relación sexual disminuye la sensación de placer. 0**
- * 67. Las mujeres pueden usar cualquier método anticonceptivo. 0**
- * 68. El hombre que usa algún anticonceptivo está cuidando su salud. 0**
- * 69. Está mal visto que una mujer tenga condones en su bolsa. 0**
- * 70. Sólo las personas solteras usan condón en sus relaciones sexuales. 0**
- * 71. Las mujeres pueden usar cualquier método anticonceptivo. 0**

Comportamiento sexual

Finalmente, te pido respondas a los siguientes reactivos de acuerdo con lo que tú crees. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

- * 72. Los hombres deben tener más de una pareja antes de casarse. 0**
- * 73. Los hombres no deben masturbarse si ya están tienen pareja. 0**
- * 74. Los hombres pueden buscar placer sexual fuera de casa si no lo obtienen con su pareja. 0**
- * 75. La virginidad le da más valor a un hombre. 0**
- * 76. Las mujeres no tienen necesidad de masturbarse. 0**
- * 77. Sólo se puede llegar al orgasmo durante el sexo. 0**
- * 78. Los hombres tienen mayor deseo sexual que las mujeres. 0**
- * 79. Las mujeres que han tenido muchas parejas sexuales son promiscuas. 0**
- * 80. Los hombres que han tenido muchas parejas sexuales son expertos en el sexo. 0**
- * 81. Para poder tener un orgasmo en la relación sexual, es necesario amar a tu pareja. 0**
- * 82. Es normal que las mujeres se masturben. 0**
- * 83. No es necesario masturbarse si se tiene una pareja sexual. 0**
- * 84. Es necesario el consentimiento de la pareja para tener relaciones sexuales, incluso si ya están casados. 0**
- * 85. Sentir amor por la otra persona es indispensable para llegar al orgasmo. 0**
- * 86. Es normal que los hombres se masturben. 0**
- * 87. La persona que se masturba logra mejores orgasmos. 0**
- * 88. El amor incluye el deseo sexual. 0**
- * 89. La virginidad es un mito. 0**
- * 90. Las mujeres deben tener más de una pareja sexual antes de casarse. 0**
- * 91. La mujer debe esperar a que el hombre tome la iniciativa en las relaciones sexuales. 0**
- * 92. Las mujeres no deben masturbarse si están casadas. 0**



Universidad
de Guanajuato

Dr. Luis Felipe García y Barragán

Presente

Por acuerdo con el Dr. Tonatiuh García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Vocal** del examen para obtener el grado de la **Maestría en Ciencias del Comportamiento**, que sustentará la **C. Ana Karen Jazmín Martínez Melchor**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación de trabajo de Tesis que con el título de **“Creencias de madres y padres sobre sexualidad y su expresión en hijas e hijos”** ha completado y es satisfactorio de acuerdo con el Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise el trabajo de tesis de la alumna que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.



“LA VERDAD OS HARA LIBRES”

10 de marzo de 2022

Secretaría Académica

División Ciencias De La Salud

Cipriana Caudillo Cisneros

Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros

Para los sinodales:

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es: Aprobatorio

Firma: *[Firma]*

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Bld. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos, C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657



Universidad
de Guanajuato

Dr. Fredi Everardo Correa Romero

Presente

Por acuerdo con el Dr. Tonatiuh García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Secretario** del examen para obtener el grado de **la Maestría en Ciencias del Comportamiento**, que sustentará la **C. Ana Karen Jazmín Martínez Melchor**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación de trabajo de Tesis que con el título de **“Creencias de madres y padres sobre sexualidad y su expresión en hijas e hijos”** ha completado y es satisfactorio de acuerdo con el Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise el trabajo de tesis de la alumna que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

“LA VERDAD OS HARA LIBRES”

10 de marzo de 2022

Secretaria Académica

División Ciencias De La Salud



Cipriana Caudillo Cisneros

Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros

Para los sinodales:

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es: APROBADO

Firma:

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Blvd. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos, C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657