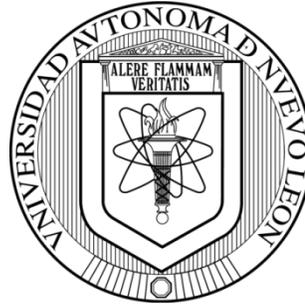


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MONITOREO PARENTAL Y CONDUCTA SEXUAL EN JÓVENES

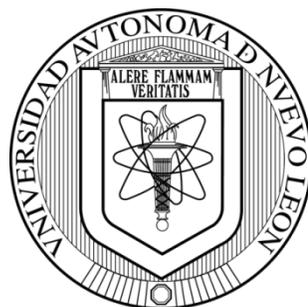
Por

LIC. MARÍA VERÓNICA NOVEROLA CALDERÓN

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MONITOREO PARENTAL Y CONDUCTA SEXUAL EN JÓVENES

Por

LIC. MARÍA VERÓNICA NOVEROLA CALDERÓN

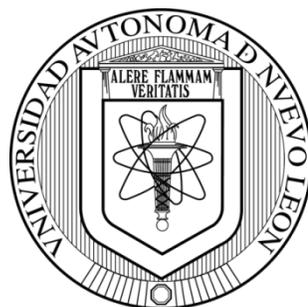
Director de Tesis

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MONITOREO PARENTAL Y CONDUCTA SEXUAL EN JOVENES

Por

LIC. MARÍA VERÓNICA NOVEROLA CALDERÓN

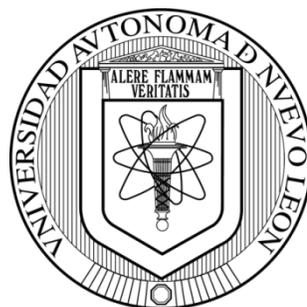
Co-Asesor de Tesis

DRA. MARÍA ARACELY MÁRQUEZ VEGA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MONITOREO PARENTAL Y CONDUCTA SEXUAL EN JÓVENES

Por

LIC. MARÍA VERONICA NOVEROLA CALDERÓN

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

MONITOREO PARENTAL Y CONDUCTA SEXUAL EN JÓVENES

Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Director de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega

Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al creador del mundo y lo que en él existe, al supremo sustentador del ser humano, quien me formó desde el vientre de mi madre y lo hizo cumpliendo un elevado y digno propósito para mi vida. Al todopoderoso en quien siempre encuentro, consuelo, inspiración, fuerza, amor y esperanza. Al que nunca patrocina fracasos y me ha enseñado que el éxito y satisfacción real, solo se encuentran en la trascendencia del servicio con dignidad, honesto, comprometido y desinteresado por mis semejantes. Al maestro de quien espero eternamente ser alumna. Al Dios de mi pasado, mi presente y mi futuro.

A la administración de la Universidad Linda Vista, quienes me apoyaron incondicionalmente para la realización de mi proyecto de estudios.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Directora ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez y a la Subdirectora de Posgrado e Investigación, Dra. María Magdalena Alonso Castillo, por las facilidades brindadas para la realización del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Al Instituto Superior de Estudios de Enfermería del Estado de Chiapas, por la oportunidad de participar en el programa semipresencial de la Maestría en Ciencias de Enfermería.

Al Instituto de Estudios Superiores del Estado de Chiapas, Universidad Salazar, por las facilidades otorgadas para la realización del presente trabajo de investigación.

A quien fue mi maestro, tutor, consejero y amigo durante estos dos años. Gracias Maestro Gudiel por su paciencia y cariño. Su entrega al servicio ha sido una inspiración.

A mis compañeros de trabajo, quienes llevaron parte de mi carga para que pudiera avanzar. Gracias Maestra Elsa por su confianza y apoyo.

A los docentes del programa de Maestría, por los conocimientos y experiencias impartidas.

De manera especial, a la Maestra María Eugenia Garza Elizondo, por recordarme que un maestro también puede ser un amigo.

A mi directora de tesis la Doctora Dora Julia Onofre Rodríguez, por desafiarme a crecer y desarrollarme por mí misma, por recordarme que el aprendizaje va más allá de la teoría y por no permitirme perder el ánimo.

A mis compañeras de travesía en este programa de estudios, especialmente a quienes en el camino, se convirtieron en amigas. Esperanza, Deycer y Hercilia, gracias por su solidaridad y cariño.

A la familia extendida que son los amigos. Me faltaría tinta y papel para agradecer por nombre a todos a aquellos quienes significan tanto en mi vida y que estuvieron en los momentos precisos como una respuesta segura de Dios en mi favor. A todos ellos: mi gratitud y cariño.

A quienes debido a este proyecto pude conocer y me inspiraron y ayudaron. Consuelito, gracias por hacer la diferencia.

Dedicatoria

A quien a pesar de no estar presente, me sigue inspirando y dando fuerza. En memoria de mi madre: Chilita, quien me enseñó el valor de la disciplina, el trabajo honesto y responsable. A quien espero abrazar en el cielo.

A quien sin llevarnos en su vientre, nos ha llevado en el corazón durante tantos años como la más amante y paciente de las madres. Gracias Vita. Su presencia ha sido una bendición en nuestras vidas.

Al hombre de mi vida: mi esposo, compañero, amigo, confidente, apoyo y fortaleza. Gracias amor, porque tu integridad y amor a Dios me inspiran. Por acompañarme, animarme y consolarme en los momentos cuando el desánimo me invadía. Este logro también es tuyo.

A mi hijo Dany, con profundo amor. Por quien intento ser mejor cada día. A quien espero enseñar más que por precepto, por ejemplo. Eres quien me inspira a levantarme cada día. Espero te sientas orgulloso de este equipo que es tu familia.

A mis hermanas, quienes han velado por mí de mil maneras. Quienes me han enseñado a no darme por vencida y a luchar por lo que quiero. A Martha, luchadora incansable, Rosy mi eterna poeta y soñadora, Carmen, amiga y confidente, Lucy, ternura e inocencia hecha persona, Carlos, hombre de ambición honesta y Víctor, de quien su abrazo de hermano mayor me sigue acompañando a pesar de no estar más conmigo.

Por su puesto a mis sobrinos, quienes se convirtieron en la porra oficial de la familia. Gracias por cada palabra de ánimo y cariño.

A quienes han sido mis mejores maestros en la labor maravillosa de la docencia. A mis estudiantes, por su cariño, por desafiarme a crecer, porque sus vidas me han enseñado lo que es entrega, trabajo, esfuerzo, fe y esperanza. Gracias chicos por ser la mejor “vitamina” para mi vida.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	5
Estudios relacionados	9
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Hipótesis	16
Definición de términos	16
Capítulo II	
Metodología	17
Diseño del estudio	17
Población, muestra y muestreo	17
Criterios de inclusión	17
Criterios de exclusión	18
Instrumentos de medición	18
Procedimiento de recolección de datos	19
Consideraciones éticas	21
Estrategia de análisis de datos	22
Capítulo III	
Resultados	23
Características de los participantes	23
Consistencia interna de los instrumentos	23
Prueba de normalidad	24
Estadística descriptiva	24

Tabla de contenido

Contenido	Página
Estadística inferencial	26
Prueba de hipótesis	28
Hallazgos adicionales	28
Capítulo IV	
Discusión	30
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias	35
Apéndices	44
A. Cédula de Datos Personales	45
B. Escala de Monitoreo Parental	46
C. Escala de Experiencia Sexual	47
D. Escala de Límite Sexual	49
E. Consentimiento Informado	50

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Estructura teórica – conceptual – empírica	8

Lista de Tablas

Tablas	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	24
2. Estadística descriptiva de Monitoreo Parental	25
3. Conducta Sexual	26
4. Diferencia de rangos de Monitoreo Parental y Conducta Sexual	27
5. Coeficiente de Correlación de Spearman	27
6. Diferencia en los rangos de Monitoreo Parental por género	28
7. Nivel de Monitoreo Parental y con quién vive el joven	29

Resumen

Lic. María Verónica Noverola Calderón
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Junio, 2014

Título del Estudio: MONITOREO PARENTAL Y CONDUCTA SEXUAL EN
JÓVENES

Número de páginas: 66

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS VIH/SIDA

Objetivo y Métodos de Estudio: El objetivo general fue establecer la asociación que existe entre el Monitoreo Parental y la Conducta Sexual en jóvenes. Los objetivos específicos fueron: 1) Describir el Monitoreo Parental percibido por los jóvenes, 2) Identificar la Conducta Sexual de los jóvenes, 3) Establecer si existen diferencias entre los niveles de Monitoreo Parental (bajo, medio y alto) y la Conducta Sexual del joven. La hipótesis planteada fue: Existe mayor Monitoreo Parental en las jóvenes que en los jóvenes. Se utilizaron conceptos del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender (2006). El diseño fue descriptivo correlacional y se utilizó el muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional al estrato. La muestra estuvo conformada por 250 jóvenes con edades de 18 a 24 años de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Contribuciones y Conclusiones: El 72.8% la población tuvo un nivel de Monitoreo Parental medio a bajo y un 26.4% un nivel alto. Se demostró que los jóvenes manifiestan un alto nivel de límite sexual ($\bar{X}=2.75$; $DE=1.2$) y también un alto nivel para la experiencia sexual ($\bar{X}=3.91$; $DE=1.93$). Respecto a la diferencia existente entre los niveles de Monitoreo Parental y la Conducta Sexual, se encontraron diferencias significativas entre los niveles Monitoreo Parental y Límite Sexual ($H=15.36$; $p < .001$), Monitoreo Parental y Experiencia Sexual ($H=20.49$; $p < 001$). La relación también fue significativa, para Monitoreo Parental y Experiencia Sexual ($r_s = -.275$; $p < .001$) y para Monitoreo Parental y Límite Sexual ($r_s-.288$; $p < .001$). El nivel de Monitoreo Parental percibido fue de medio a bajo. Se encontró que la mayoría de los jóvenes se encuentran involucrados en Conductas Sexuales de riesgo pero al mismo tiempo, manifiestan una mayor capacidad para establecer límites en cuanto a las prácticas sexuales en las que se ven involucrados. En cuanto a los niveles de Monitoreo Parental y la Conducta Sexual, estas manifestaron una diferencia significativa. Así mismo, se pudo observar que el Monitoreo Parental en las jóvenes es mayor que en los jóvenes. En cuanto a la aplicación del MPS de Pender, este ha demostrado su efectividad como influencia positiva en la conducta promotora de salud.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

La Conducta sexual (CS) se ha constituido un tema de estudio a nivel mundial tanto en las instituciones educativas como de salud pública debido a su relación con problemas como la deserción escolar, embarazos no planeados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/Sida. El concepto de CS ha sido definido por diversos investigadores, sin embargo, la mayoría coinciden en cuanto a tres elementos que se ven involucrados en una CS: los factores relacionados con actividad sexual sin método de barrera (generalmente condón); actividad sexual con múltiples parejas y actividad sexual realizada bajo los efectos del alcohol o estupefacientes (Pulido, 2011).

La CS, entendida como aquellas acciones que implican una exposición de la persona a una situación que pueda generar algún daño sobre su salud o sobre la de otra persona, especialmente por la posibilidad de transmitir enfermedades como el Sida, constituyen la principal vía de transmisión para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como las ITS y embarazos no planeados. Dentro de los grupos de población más expuestos a este fenómeno, se encuentran los adolescentes y jóvenes adultos (Antón & Espada, 2009; Espada, Quiles & Méndez, 2003; Chávez & Álvarez, 2012; Pulido, Carazo, Orta, Coronel, & Vera, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa de la vida de los individuos comprendida entre los 10 y 19 años de edad, mientras que la juventud se extiende de los 15 a 24 años. En estas etapas se inicia la búsqueda de la identidad propia y la independencia de los padres mediante la relación con los pares en un ambiente social de mayor libertad y exposición a situaciones de riesgo como la violencia y las sustancias adictivas, mientras se dan los cambios más importantes a nivel biológico y psicosocial que influyen en la CS (Acosta et al., 2010; Chávez, & Álvarez, 2012; Valle-Solís et al., 2011).

Los estudios demuestran que es en este periodo cuando se inicia la vida sexual activa y se llegan a tener un gran número de parejas sexuales, además de practicar el sexo penetrativo mayormente sin protección. Aunque la edad promedio en que los adolescentes y jóvenes inician su vida sexual varía de acuerdo a los países y entidades estudiadas, en México se ha reportado una media poblacional para los varones de 16 años y 17 para las mujeres, sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), reportó que las edades de inicio de las relaciones sexuales en este grupo de población sigue disminuyendo.

En relación con estos datos, la ENSANUT (2012), expuso que el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que han iniciado vida sexual alcanza el 23%. Esta cifra es superior a la reportada en la ENSANUT (2006), que reportó un 15%. Del total de adolescentes sexualmente activos, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, lo que representa una reducción notable en relación con 2006, cuando 30% de los hombres y 57% de las mujeres reportaron no haber utilizado ningún método en la primera relación.

Entre los métodos más utilizados por este grupo de edad se ubica el condón, con 80.6%, siendo los hombres el grupo de población que reportó mayor utilización del mismo en la primera relación sexual penetrativa. En la última relación sexual el uso de métodos anticonceptivos sigue una tendencia similar a la de la primera relación, aunque con algunas variaciones. Por ejemplo, el uso del condón disminuyó en el total de adolescentes por grupos de edad y en hombres; en mujeres la disminución en la utilización del condón masculino es más pronunciada y se observa un leve incremento en el uso de hormonales y de otros métodos anticonceptivos.

Si bien es cierto que las cifras de los jóvenes que iniciaron vida sexual sin protección disminuyó, en el caso de las mujeres de 79.1% en el año 2000 a 32.9% en el año 2012, y de 47.5% a 14.4% en el caso de los hombres, esto ocurrió casi de forma simultánea con el incremento en el porcentaje de adolescentes que reportó haber iniciado

vida sexual activa, de 16% en 2000 a 20.9% en 2012 en las mujeres y de 17.5% a 26.2%, en el mismo periodo en los hombres. De hecho, la tasa de fecundidad de mujeres de 12 a 19 años pasó de 30.0 en 2005 a 37.0 en 2011, confirmando el hecho de que este grupo de población se ve cada vez más expuesto a CS al iniciar su vida sexual activa a más temprana edad.

De acuerdo al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA; 2012), en 2011, 34 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo. De acuerdo a esta misma institución, para conseguir que el número de nuevas infecciones por el VIH sea cero, se necesita reducir sustancialmente cada año la transmisión sexual del virus ya que esta vía es responsable de la mayoría de las nuevas infecciones. Para Junio del 2013, el Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (CENSIDA), reportó que 164,422 mexicanos viven con Sida, con 2,114 nuevos casos con Sida y 1,995 con VIH. De los casos totales reportados de 1983 a 2013, los jóvenes de 15 a 24 años representó el 11.8% de la población total infectada.

En el año 2010, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), reportó que Chiapas representa uno de los ocho estados con mayor concentración de población joven con un porcentaje mayormente representado por edades de 15 a 19 años. De manera similar, el CENSIDA (2013), notificó que este mismo estado ocupa el quinto lugar a nivel nacional, con 7,567 casos reportados de Sida que representa el 4.6% de los casos reportados a nivel nacional, de los cuales la mayor parte está representada por población juvenil. Un dato importante es que la incidencia en este grupo de población tuvo un aumento de 3.4 a 3.8 en los años 2011 y 2012.

Se han realizado diversos estudios para establecer cuáles son las causas que contribuyen con el inicio temprano de la vida sexual en los jóvenes y adolescentes. Estos estudios han considerado básicamente los factores individuales, familiares y sociales como las principales razones asociadas a este fenómeno. Con respecto a las variables familiares, algunos estudios señalan que en la etapa de la adolescencia los padres

enfrentan nuevos retos en cuanto a cómo manejar la supervisión de las actividades que realizan sus hijos, con quienes se relacionan y de qué manera, sobre todo si se tiene en cuenta que es en esta etapa cuando ocurren con mayor frecuencia las relaciones de noviazgo y sexo sin protección (Longomore, Eng, Giordano, & Manning, 2010).

En México, se ha demostrado que algunas características positivas de los padres como es el Monitoreo Parental (MP), se asocian con la ausencia de CS que pone en riesgo la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Esta evidencia señala que hay una reducida actividad sexual en este grupo de población y un incremento en el uso de métodos de protección para realizar sexo. El MP, ha demostrado una importante influencia en el tipo de relaciones sociales, el rendimiento académico, el uso de sustancias y la depresión entre los adolescentes (Baumrind, 1991; Betancourt, Andrade, & Orozco, 2008).

El MP es reconocido como una práctica que ejercen los padres con sus hijos, no de una manera invasiva o intrusiva, sino como producto de una relación que se ha cultivado armoniosamente entre padres e hijos. El hijo siente que debe informar sobre las actividades que realiza a sus padres porque estos se interesan en él y los padres solicitan información con el mismo objetivo. Varios estudios han mostrado que el monitoreo influye en el comportamiento adolescente y puede prolongarse hasta la etapa de la juventud ya sea directamente al minimizar el involucrase en situaciones de riesgo, e indirectamente al mejorar sus habilidades sociales (Li, Feigelman, & Stanton, 2000).

En relación a lo anterior, Nola J. Pender (2006), en su Modelo de Promoción de la Salud (MPS), plantea que las influencias interpersonales son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actitudes de otros y que estas cogniciones pueden o no corresponder con la realidad. Las fuentes principales de influencia interpersonal en las conductas promotoras de la salud son la familia, los compañeros y los profesionales de la salud. Se ha demostrado que estas influencias interpersonales afectan la predisposición de los individuos para realizar las conductas promotoras de la

salud, por lo que el MP en jóvenes puede ser estudiado como relaciones interpersonales es decir, como la percepción del joven sobre el conocimiento que tienen sus padres acerca de dónde, cómo y con quién pasan el tiempo cuando está fuera de casa.

De acuerdo a lo planteado por Pender (2006), la conducta promotora de salud es el resultado de la acción dirigida al bienestar óptimo, que da como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida. Las familias son una fuente importante de influencia interpersonal que pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación del joven en la conducta promotora de la salud. En México, los estudios realizados en cuanto a la influencia que el MP ejerce específicamente sobre las CS en la población juvenil aún son muy escasos. Si bien es cierto que los factores familiares han sido casi siempre referidos en los resultados de las investigaciones sobre las CS como un elemento asociado a este fenómeno, resulta imperante establecer si la influencia del MP percibido por lo jóvenes constituye un factor protector para las CS. Los resultados obtenidos en el presente estudio permitirán establecer la asociación que existe entre el MP y la CS en jóvenes, a fin de plantear alternativas de solución para este problema de salud pública tomando como escenario primordial de acción el núcleo familiar (Di Clemente et al., 2002).

Marco Conceptual

A continuación se presenta el modelo conceptual utilizado para la realización del presente trabajo de investigación.

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender (2006), se propone como un marco para la integración de la enfermería y perspectivas de las ciencias conductuales y los factores que influyen en los comportamientos de salud. El modelo sirve como marco para la exploración de los complejos procesos biopsicosociales que motivan a las personas a involucrarse en comportamientos dirigidos a la mejora de la salud. La autora propone en el modelo una perspectiva

holística y psicosocial, tomando como base la integración de fuentes teóricas como la Teoría Cognitiva Social de Bandura (1986) y el Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana descrito por Feather (1982). El MPS está constituido por tres constructos principales: las características y experiencias individuales que hacen referencia a la conducta previa relacionada y los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales); las cogniciones y afectos específicos de la conducta que incluyen beneficios percibidos para la acción, barreras percibidas para la acción, autoeficacia percibida, afecto relacionado a la actividad, influencias interpersonales y situacionales, compromiso con un plan de acción, así como demandas inmediatas y preferencias; y la conducta promotora de salud como variable resultado. Para fines de este estudio, sólo se utilizaron los constructos de 1) Cogniciones y Afecto Específicos de la Conducta y 2) Resultado Conductual. Del primero, se consideró el concepto de influencias interpersonales y del segundo la conducta promotora de salud.

De acuerdo al MPS, Pender refiere que las influencias interpersonales son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actitudes de otros y que estas cogniciones pueden o no corresponder con la realidad. Las fuentes principales de influencia interpersonal en las conductas promotoras de la salud son la familia, los compañeros y los profesionales de la salud. Las influencias interpersonales incluyen: las normas (expectativas de las personas significativas), el apoyo social (estímulo instrumental o emocional) y el modelado (aprendizaje sustituto a través de la observación de otros realizando una conducta particular). Se ha demostrado que estos tres procesos interpersonales afectan la predisposición de los individuos para realizar las conductas promotoras de la salud. Las influencias interpersonales afectan la conducta promotora de la salud directamente, así como indirectamente a través de las presiones sociales o estímulo para comprometerse con un plan de acción. Para este estudio, las relaciones interpersonales, incluyen el MP en jóvenes, el cual se refiere a la percepción

del joven sobre el conocimiento que tienen sus padres acerca de dónde, cómo y con quién pasan el tiempo cuando está fuera de casa.

La conducta promotora de salud es el resultado de la acción dirigido al bienestar óptimo que da como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida. Las familias, los compañeros, y los profesionales de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud, en este caso, la conducta promotora, es la CS de los jóvenes, la cual incluye acciones pre-sexuales, primera relación sexual, tipo de sexo (vaginal, anal u oral), uso del condón y el número de parejas sexuales.

En la figura 1, se muestra la estructura teórica-concepto-empírico.

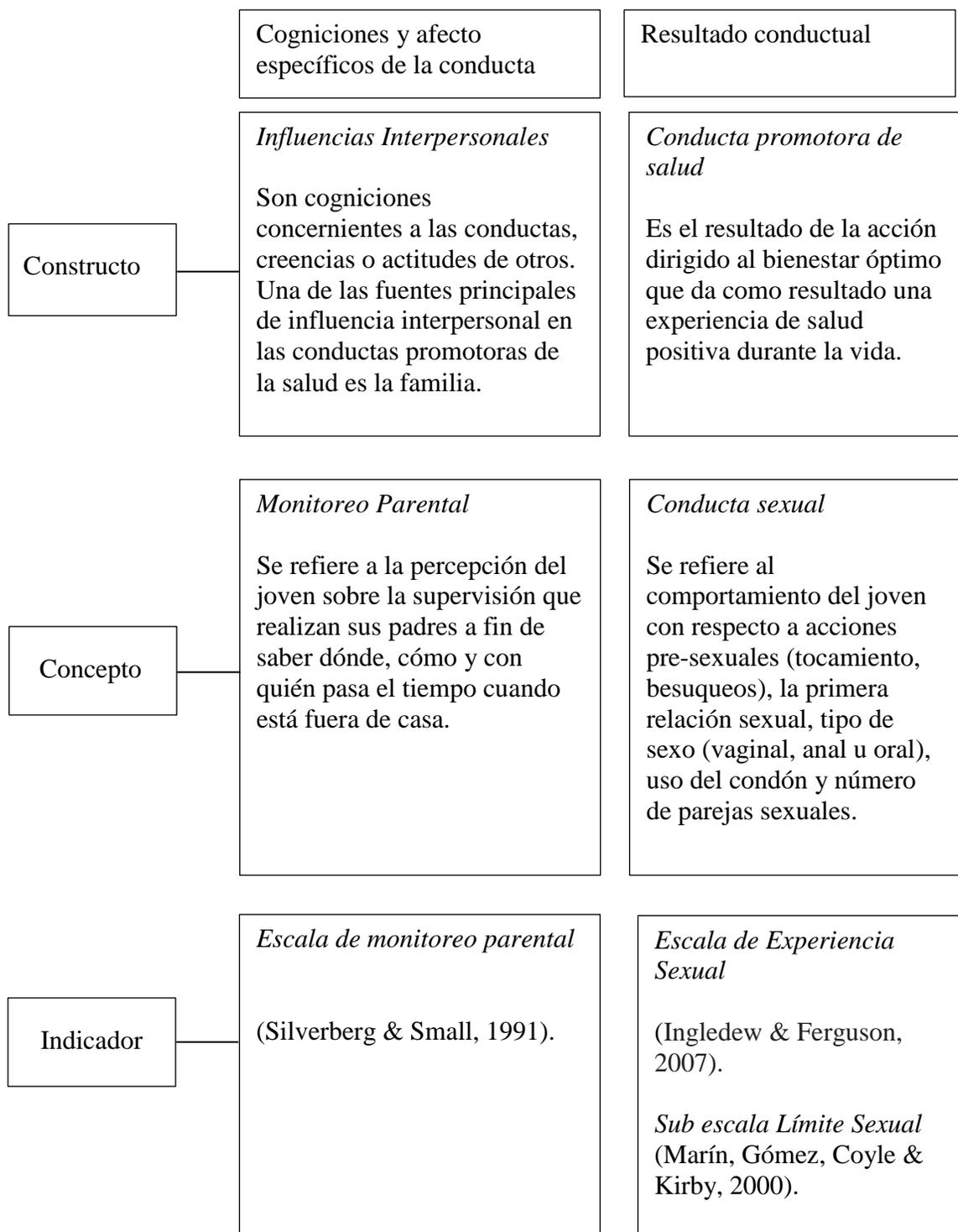


Figura 1. Estructura teórica-conceptual-empírica

Estudios Relacionados

A continuación se presentan los estudios relacionados de las variables de interés que son el MP y la CS en jóvenes.

Pulido et al. (2013), realizaron un estudio comparativo sobre la CS con 1,375 estudiantes de ambos sexos con una edad promedio de 21.9 años de tres universidades de la ciudad de México, encontrando que entre un 77.7% y 84.9% de los estudiantes encuestados habían tenido actividad sexual. De esta misma población, entre el 50.8% y 67.4% habían tenido relaciones sexuales sin utilizar condón, entre el 2.5% y 36.7% habían tenido sexo casual, de 40.0% y 50.4% había tenido actividad sexual bajo los efectos del alcohol o las drogas. Los autores concluyeron que una cifra cercana al 80% de los estudiantes tenía o había tenido actividad sexual y que esta se manifestó frecuentemente en condiciones de riesgo.

Pulido et al. (2011), investigaron la CS y su relación con el consumo de sustancias adictivas en 696 estudiantes de nivel universitario de la ciudad de México. La edad promedio de la población fue de 20.9 años, de los cuales 56.5% pertenecían al sexo femenino y el 88.0% reportó vivir con su familia. Los resultados revelaron que la mayor parte de los estudiantes ha iniciado su vida sexual (80.7%) y 38.31 ha tenido sexo casual. El 61.78% aceptó haber tenido relaciones sexuales sin utilizar el condón en alguna ocasión. La diferencia en la frecuencia de sexo casual entre hombres y mujeres fue significativa al aplicar la prueba de Ji cuadrada ($\chi^2 = 21.823, p < .001$). Un porcentaje de más del 54% de los entrevistados, también reportó haber estado alguna vez preocupado por la posibilidad de un embarazo no deseado.

Valle-Solís, Benavides-Torres, Álvarez-Aguirre y Peña-Esquivel (2011), estudiaron la CS de riesgo para VIH en 112 jóvenes universitarios con edades entre 18 y 24 años en la ciudad de Nuevo León. La edad promedio de la población fue de 19.7 años, en su mayoría del género masculino (73.2%). Los resultados demostraron que más de la mitad de los participantes habían tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida.

La edad y género fueron variables que se relacionaron significativamente con las variables de la CS, concluyendo que las CS que realizan los jóvenes y que se consideran de riesgo para VIH/Sida, son el inicio sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales, y relaciones sexuales sin protección.

Uribe, Zacarías y Cañas (2011), realizaron un estudio comparativo de la CS de riesgo entre 1,416 adolescentes de Chiapas y Colima, de los cuales 54% fueron mujeres con una edad media de 16.6 años. Los resultados mostraron diferencias significativas en los aspectos referidos a la CS al. Respecto a la edad de inicio de la actividad sexual las diferencias indican que los adolescentes chiapanecos tienen un inicio más temprano que los de Colima ($M_{\text{(Chiapas)}} = 15.06$, $M_{\text{(Colima)}} = 15.42$). Los resultados evidenciaron que la muestra de Chiapas tenía mayor cantidad de adolescentes sexualmente activos en relación con la del estado de Colima. Para el mismo caso de Chiapas, 77.8% de la población no utilizaron condón en su primera relación sexual. En conclusión, el estudio reportó que las prácticas sexuales de riesgo incluyen no usar el condón de manera consistente lo que indica que la actividad sexual de los adolescentes hombres y mujeres se realiza en situaciones de riesgo para la salud.

Teva, Bermúdez y Buena-Casal (2009), analizaron a través de un estudio descriptivo, las CS de riesgo para ITS/VIH de acuerdo a las variables sociodemográficas en 4,456 adolescentes entre 13 y 18 años en España. Del total de participantes, 1,279 adolescentes tenían experiencia sexual coital ($M_{\text{edad}} = 16.3$; $DT = 1.1$), y el 44.2% de la población era del sexo masculino. En cuanto al uso del preservativo en la última relación sexual, se observó que los adolescentes de entre 17 y 18 años eran los que informaron el mayor porcentaje que no utilizaron el preservativo ($\chi^2 = 6.90$; $p = .03$). En conclusión, se reportó que la edad media para el inicio de las relaciones sexuales es de 15 años y que el uso del preservativo no guarda relación con el tipo de centro educativo (privado o público) donde se desarrollan los adolescentes.

Piña y Rivera (2009), estudiaron los predictores del comportamiento sexual con múltiples parejas en 4,23 estudiantes de educación superior en Hermosillo, Sonora, con una edad promedio de 21.1 años de los cuales, el 53.7% eran hombres. La edad media para el inicio de la actividad sexual con penetración que mostraron los resultados fue de 17.7 años ($DE=2.0$). En función del género, los hombres la iniciaron a los 17.0 años ($DE=1.9$) mientras que las mujeres lo hicieron a los 18.5 años ($DE=1.8$). En cuanto al número de parejas sexuales en la vida sexual activa, 8.5% estudiantes reportaron haber tenido una pareja, 7.3% entre dos y cuatro parejas, 35.5% entre cinco y siete parejas.

Ahmadi, Khodadadi, Aminimanesh, Mollazamani y Khanzade (2013), realizaron un estudio transversal para determinar la prevalencia de CS de riesgo y para desarrollar y probar un modelo que permitiera establecer la relación entre la supervisión de los padres y la afiliación con compañeros como factores predictivos de CS de riesgo en 1,266 estudiantes de escuelas preparatorias de Teherán. La población estuvo conformada por 737 mujeres y 529 hombres con edades de entre 14 y 18 años. De acuerdo con los resultados, alrededor de una quinta parte (19.6%) de todos los sujetos manifestaron una CS de alto riesgo en términos de relaciones sexuales sin protección, donde el porcentaje de relación positiva entre los hombres fue casi dos veces más que la prevalencia entre las mujeres (28.9% vs 12.9%, $\chi^2 = 50.25$, $p < .001$).

Los resultados de muestras independientes de test-retest para las variables del estudio mostraron que los hombres y las mujeres fueron significativamente diferentes en las puntuaciones de CS de riesgo,

($M_{\text{Hombres}}=12.6 \pm 5.32$; $M_{\text{Mujeres}}=10.74 \pm 4.02$; $r=-5.13$, $p < .001$), Monitoreo Parental ($M_{\text{Hombres}}=21.29 \pm 3.90$, $M_{\text{Mujeres}}=23.74 \pm 3.08$; $r=12.49$, $p < .001$) y la afiliación con compañeros con conductas desviadas.

($M_{\text{Hombres}} 14.58 \pm 5.76$, $M_{\text{Mujeres}}=10.40 \pm 3.44$; $r=-14.90$, $p < .001$).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio, los autores concluyeron que la eficacia del MP en relación con la CS, está mediada por la relación

que tienen los adolescentes con sus compañeros con conductas desviadas

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio, los autores concluyeron que la eficacia del MP en relación con la CS, está mediada por la relación que tienen los adolescentes con sus compañeros con conductas desviadas.

Kincaid, Jones, Sterrett y McKee (2012), llevaron a cabo una revisión sistemática de 24 estudios transversales y longitudinales en jóvenes con un rango de 12 a 17 años. El objetivo de la revisión fue examinar el género como un moderador del MP y de los comportamientos de riesgo sexual. La mayoría de los estudios que incluyen estas variables se han realizado en Estados Unidos y Europa. En un estudio transversal de una muestra de adolescentes (51% europeos-americanos, 36% afro-americanos, y 21% hispanos), encontraron que los mayores niveles de MP, se asocian con prácticas sexuales más seguras (como el uso del condón) para los hombres pero no para las mujeres.

En otro estudio longitudinal que incluyó jóvenes afro-americanos y latinos de los vecindarios urbanos, se encontró que niveles más bajos de monitoreo, estaban asociados con la actividad sexual temprana para los hombres solamente. Además, en otro estudio, el bajo MP también estuvo asociado con mayores posibilidades de que los hombres adolescentes practicaran conductas pre-sexuales (tocamiento y besuqueos) y coitales (oral, anal y vaginal). Finalmente, la revisión sistemática concluyó que el MP es un factor predictor sobre una amplia gama de comportamientos sexuales, principalmente entre los adolescentes.

Jones, et al. (2012), realizaron un estudio longitudinal con el propósito de conocer el efecto del MP en relación con las conductas de riesgo en los adolescentes (inicio temprano de las relaciones sexuales y el riesgo de contagio por VIH). Se llevó a cabo en 15 escuelas primarias en New Providence, Bahamas. Se incluyeron 497 estudiantes, 269 (54.1%) pertenecían al sexo femenino y 228 (45.9%) al sexo masculino, con edades de entre 9 y 14 años y una edad media de 10.40 ($DE=0.64$). En el primer año, los resultados demostraron que el 3.6% de los estudiantes habían tenido relaciones

sexuales. Este mismo número se incrementó a 17.2% en el cuarto año.

Se encontró una diferencia entre la población masculina que reportó tener relaciones sexuales ($M=0.23$) y la población femenina ($M=0.04$), $t_{[328.87]} = 2.46$, $p < .05$. Los resultados sobre el MP y las conductas de riesgo, mostraron una tendencia creciente en el tiempo con los coeficientes del modelo estándar = 0.44, 0.63, en el año dos, tres y cuatro respectivamente, después de que el nivel de seguimiento en el primer año se fijara en cero. Los incrementos en la vigilancia de los padres durante el período de 4 años también predijeron significativamente los comportamientos de riesgo de problemas en el año 4 ($r = -0.72$, $p < 0.01$). Este coeficiente es exactamente dos veces el coeficiente de la evaluación del estado inicial de la vigilancia de los padres en la medida de los comportamientos de riesgo. El estudio concluyó después de poner a prueba un modelo de MP en relación con las conductas riesgo de los adolescentes, que un mayor MP estuvo asociado con menos conductas de riesgo durante el periodo de cuatro años.

Mlunde, et al. (2012), realizaron un estudio transversal en 2217 estudiantes de ambos sexos de entre 15 y 24 años de edad en 12 escuelas secundarias en Dar es Salaam, Tanzania. El objetivo del estudio fue asociar el MP y la CS de los jóvenes, especialmente en cuanto al uso del condón. De la muestra total, 1335 (60.2%) fueron hombres y 882 (39.8%) mujeres ($p < .001$), de los cuales 55.0% y 54.0% reportaron vivir con ambos padres biológicos respectivamente. Una mayor proporción de estudiantes hombres mayores de 20 años (53.1%) eran sexualmente activos en comparación con las estudiantes de sexo femenino (42.9%). El 61.8% de los estudiantes sexualmente activos tuvieron bajos niveles de MP y alrededor del 41% no usaron condón en la última relación sexual. En comparación con las estudiantes del sexo femenino, una mayor proporción de la población masculina informó múltiples parejas sexuales (76.2% vs. 51.4%).

En el análisis de regresión logística múltiple, un alto nivel de MP de los padres estuvo asociado con el uso del preservativo en la última relación sexual entre los varones

($OR = 1.56$, IC 95%: [1.05-2.32]; $p = .03$). Entre las estudiantes del sexo femenino, la asociación no fue estadísticamente significativa ($OR = 1.54$, IC 95%: [0.71 a 3.37]; $p = .28$). Finalmente, el estudio reportó un mayor porcentaje del uso del condón en la población masculina, la cual tuvo un alto nivel de MP. En el caso de la población femenina, no hubo diferencia significativa probablemente a factores culturales que no les permiten tener autonomía para ejercer su vida sexual y negociar el uso del condón. A pesar de ello, el MP, se consideró como un factor protector para las CS de riesgo.

Morales-Campos, Markham, Fleshler y Fernandez (2011), estudiaron la relación entre el MP y la iniciación sexual en 655 estudiantes de origen hispano en 15 escuelas del sureste de Texas. El 60% pertenecía al sexo femenino y el 40% al sexo masculino. La edad promedio de la población fue de 13 años. Del total de la población, 79% eran de origen mexicano y el 49% reportó vivir con ambos padres biológicos. Los hallazgos indicaron una asociación significativa entre el MP y el inicio de las relaciones sexuales ($OR = 0.52$, IC 95%, [0.38 - 0.73]), ya que las probabilidades de haber tenido relaciones sexuales disminuyó en un 48% por cada punto aumentado en la puntuación de monitoreo. Finalmente, el estudio demostró que los adolescentes que fueron monitorizados por sus padres retrasaron el inicio de las relaciones sexuales y que los padres hispanos mostraron un mayor monitoreo sobre las actividades que realizan sus hijos.

Biddlecom y Bankole (2009), analizaron el MP en relación con el inicio de las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos en la última relación sexual en población adolescente. El estudio se llevó a cabo en cuatro países africanos con una población total de 9,762 jóvenes entre de 12 y 19 años de edad. En tres de los países la proporción de hombres que habían tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses fue mayor que el de las mujeres (24.8%, 37.1% y 30.4% respectivamente), sólo en uno de ellos el porcentaje fue mayor para la población femenina (17.4% vs. 10%). La proporción de

adolescentes que vivían con ambos padres osciló entre 40% y 60%, mientras que del 22% al 32% reportó vivir con uno de los padres. En los cuatro países encuestados, los hombres informaron un nivel de MP moderado, mientras que las mujeres reportaron un nivel alto. Los hombres adolescentes que percibieron un bajo nivel de MP fueron más propensos a ser sexualmente activos que aquellos que tenían un monitoreo alto. En todos los países, los hombres que reportaron bajos niveles de MP, se vieron involucrados en relaciones sexuales en el último año, al igual que sus contrapartes femeninas en tres de los países estudiados. En general, la población femenina manifestó mayores niveles de MP debido en parte a que existen mayores sanciones sociales para las mujeres que quedan embarazadas o se ven involucradas en actividades sexuales premaritales.

De acuerdo a la evidencia reportada, la mayor parte de la población adolescente es sexualmente activa y su primera relación sexual penetrativa ocurrió entre los 15 y 17 años de edad. Más de la mitad de esta población reportó tener relaciones sexuales de riesgo (sexo sin protección, sexo bajo la influencia de drogas o alcohol y múltiples parejas sexuales). Este tipo de comportamientos resulta ser más frecuente en la población masculina y aumenta a medida que los jóvenes adquieren mayor edad. En relación al MP y la CS de riesgo, en países de África y Asia, algunos estudios han demostrado que las adolescentes manifiestan un mayor nivel de monitoreo que los adolescentes. Contrario a lo que sucede en países, en Europa y Norte América, en donde el MP es mayor en la población masculina que en la femenina.

El MP no solo ha demostrado tener un efecto protector en relación con la CS sino también, en las relaciones pre-sexuales. Cabe resaltar, que la mayoría de los estudios existentes han considerado prioritariamente a la población adolescente más que a la juvenil. Por otra parte, en México existe escasa evidencia de investigaciones sobre el MP y la CS, donde las características culturales difieren de las poblaciones hasta ahora estudiadas.

Objetivo General

Establecer la asociación que existe entre el MP y la CS en jóvenes.

Objetivos Específicos

1. Describir el MP percibido por los jóvenes.
2. Identificar la CS de los jóvenes.
3. Establecer si existen diferencias entre los niveles de MP (bajo, medio, alto) y la CS del joven.

Hipótesis

Existe mayor MP en las jóvenes que en los jóvenes.

Definición de Términos**Género**

Es la identificación biológica del joven, ya sea masculino o femenino.

Conducta Sexual

Se refiere al comportamiento del joven con respecto a acciones pre-sexuales (tocamiento, besuqueos), la primera relación sexual, tipo de sexo (vaginal, anal u oral), uso del condón y número de parejas sexuales.

Monitoreo Parental

Se refiere a la percepción del joven sobre la supervisión que realizan sus padres a fin de saber dónde, cómo y con quién pasa el tiempo cuando está fuera de casa.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el diseño de estudio, la población, muestra y muestreo, los criterios de inclusión y exclusión, así como la descripción de los instrumentos utilizados para la investigación. Se incluyen también, las consideraciones éticas y las estrategias para el análisis de los datos.

Diseño del Estudio

Para el presente trabajo de investigación se utilizó un estudio descriptivo correlacional, ya que el propósito fue describir los distintos niveles de MP percibido por los jóvenes y la relación que guarda con la CS. Así mismo, fue de tipo transversal debido a que los datos se obtuvieron en un momento específico (Burns & Grove, 2012).

Población Muestra y Muestreo

La población estuvo conformada por estudiantes pertenecientes a 15 escuelas de nivel universitario de la zona metropolitana de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. El tamaño de la muestra fue calculado mediante el programa estadístico nQuery Advisor versión 4.0, estimado para una tabla de contingencia de 3x2, con un nivel de significancia del .5%, una potencia de 90% y tamaño de efecto de 0.3 (Cohen, 1988), resultando un tamaño de muestra de 250. El muestreo fue aleatorio estratificado con asignación proporcional al estrato.

Criterios de Inclusión

1. Jóvenes de 18 a 24 años de edad.
2. Que vivan con uno o ambos padres o tutores.

Criterios de Exclusión

1. Que vivan en unión libre o sean casados.

Instrumentos de Medición

Para el presente estudio se utilizaron cuestionarios a lápiz y papel. Mediante una cédula de datos personales (Apéndice A) la cual incluye datos como: edad, sexo, escuela y tipo de vínculo familiar (vive con: ambos padres, el padre, la madre o un tutor).

Para valorar el nivel de MP, se utilizó la Escala de MP (Apéndice B) de Silverberg & Small (1991), el idioma original de este instrumento es el inglés, por lo que se sometió al proceso de back translation (Burns & Grove, 2012). Este instrumento consta de seis preguntas, un ejemplo de pregunta es: Mis padres saben dónde estoy después que salgo de la escuela. Las opciones de respuesta están dadas en una escala tipo Likert: (1) nunca, (2) rara vez, (3) algunas veces, (4) frecuentemente y (5) muy frecuentemente. La puntuación de la escala es de tipo Likert y se obtuvo utilizando dos puntos de corte obteniendo tres niveles: bajo (hasta 3.333), medio (3.333 a 4.5) y alto (arriba de 4.5), de tal manera que una mayor puntuación refleja un mayor nivel de MP. Este instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, Alfa de Cronbach de .82.

Para medir la CS, se utilizaron las Escala de Experiencia Sexual de Ingledeew & Ferguson (2007), (Apéndice C). Este instrumento consta de ocho reactivos. Un ejemplo de pregunta es: En su vida, ¿con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales? Las opciones de respuesta son dicotómicas (Si y No) y numéricas en donde de acuerdo a la respuesta, se asigna un punto según los criterios establecidos por los autores que van de 0 a 7. Puntuaciones mayores indican que el joven se ha involucrado en mayores conductas de riesgo sexual. Los autores del instrumento reportaron valores por reactivo para los puntos bi-seriales por arriba de .26 lo cual cataloga a los reactivos como buenos (Ingledeew & Ferguson, 2007).

Para esta misma variable se utilizaron cinco ítems de la sub-escala ESE (Marín, Gómez, Coyle & Kirby, 2000), (Apéndice D), el cual mide el Límite sexual. Un ejemplo de pregunta es: ¿Dejarías que tuviera sexo contigo? Las opciones de respuesta son de tipo Likert: (1) definitivamente no, (2) probablemente no, (3) ni probable ni definitivamente, (4) probablemente sí y (5) definitivamente sí. La puntuación correspondiente para esta escala va de 5 a 20, es decir, a mayor puntaje menor es límite sexual (Apéndice J). Este instrumento tuvo una Alfa de Cronbach de .88.

Procedimiento de Recolección de Datos

Para llevar a cabo la recolección de datos de este estudio, se obtuvieron de manera previa las autorizaciones de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de las autoridades académicas responsables de la institución educativa en la que se realizó el estudio (Apéndice E), se solicitó una entrevista con los directores de cada una de las escuelas participantes a fin de presentar los objetivos del estudio y la metodología que se aplicaría durante el mismo. Una semana previa a la recolección de los datos, se solicitaron al departamento de control escolar las listas de las escuelas y grupos seleccionados para el estudio (estratos) pertenecientes al turno matutino.

Después de obtener las matrículas de los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, se realizó la selección de los participantes de manera aleatoria sistemática hasta obtener el número proporcional correspondiente a cada estrato. En los casos de los sujetos seleccionados que decidieron no participar o que no cumplieron con los criterios de inclusión, se consideró la matrícula del estudiante más próximo en la lista que cubría los requisitos para el estudio. Para la aplicación de las encuestas, se visitaron los distintos grupos que fueron seleccionados para participar a fin de darles a conocer la finalidad e importancia del estudio así como los horarios acordados para la aplicación de las encuestas, de tal manera que estos no interfirieran

con sus actividades escolares.

A los sujetos que decidieron participar, les fueron aplicadas las encuestas en los espacios destinados cuidando que cumplieran con las características de privacidad y confort adecuado para que fueran contestadas de la manera más clara y honesta posible. Se les proporcionaron los formatos para su llenado en un sobre sellado y se dieron las indicaciones pertinentes para su llenado haciendo énfasis en responder de manera previa a los cuestionarios el consentimiento informado (Apéndice F), así como de la confidencialidad y anonimato con que sería manejada la información obtenida. El llenado todos los instrumentos se completaron en un tiempo aproximado de 25 minutos. Al término del llenado de los cuestionarios, se agradeció a cada uno de los participantes por su asistencia y cooperación.

La recolección de los datos estuvo a cargo del investigador y dos personas de la institución escolar que fueron asignadas para auxiliar en el proceso y a las que se les capacitó de manera previa a fin de asegurar la efectividad del llenado los cuestionarios y asegurar la seriedad y confidencialidad del proceso. Los cuestionarios fueron identificados con un código que se asignó a cada participante y se colocaron en sobres sellados a los que solo tuvo acceso el personal que participó en el estudio. Durante la última etapa de la recolección, algunos de los grupos seleccionados no pudieron asistir en su totalidad debido a actividades de último momento requeridas por parte de algunos docentes por lo que fueron asignados por conveniencia (los grupos donde los docentes y estudiantes estuvieron dispuestos a participar), por lo que se concluyó con una muestra total de 257. Después de la revisión exhaustiva de las encuestas respondidas, se eliminaron siete que no cumplieron con los criterios de inclusión y tenían datos perdidos. Un hallazgo importante fue la queja de algunos estudiantes debido a la “exclusión” de la que fueron objeto, pues manifestaron su interés en participar una vez que conocieron la naturaleza del estudio. Esto dio evidencia de la apertura por parte de los jóvenes para compartir su experiencia sobre su vida sexual. Por otra parte, la

participación de algunos sujetos se vio inhibida por la presencia de docentes que ingresaron al espacio donde se aplicaron las encuestas. Por último, las encuestas se resguardaron de acuerdo a los criterios de seguridad y ética. Las mismas permanecerán en resguardo por un periodo máximo de seis meses. Los resultados recabados, fueron capturados en la base de datos del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Consideraciones Éticas

El presente estudio se realizó en estricto apego a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987) que establece que la investigación para la salud, comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos (Artículo 3 Fracción I). Para la realización del estudio, se aplicaron los siguientes artículos: Artículo 14, Fracciones V, VII y VIII, el estudio se efectuó una vez que se obtuvo la autorización de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Solo formaron parte del estudio aquellos sujetos que otorgaron su consentimiento por escrito una vez que recibieron información clara y suficiente sobre el estudio y su participación en el mismo así como su derecho de aceptar o rechazar su intervención (Artículo 20, 21, Fracción I, II, III IV, VI, VII, VIII y Artículo 22, Fracción I, II, III y IV).

La privacidad de los datos obtenidos sobre los participantes, quedó protegida por medio de un código de identificación. Los datos fueron recabados por el investigador y el grupo de apoyo con que este contó, en los espacios que aseguraron la privacidad de los encuestados (Artículo 16, 21, Fracción I, VI, VII y VIII). El riesgo considerado para este estudio fue mínimo ya que se trató de un estudio donde se abordaron conceptos sobre la CS y su relación con los niveles de MP sin que estos afectaran la integridad física ni psicológica de los participantes (Artículo 17, Fracción II). De la misma manera,

se aseguró que bajo ninguna circunstancia su condición de grupo subordinado pusiera en riesgo su situación académica (Artículo 58, Fracción I y II).

Estrategia de Análisis de Datos

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Las variables demográficas fueron analizadas mediante la estadística descriptiva para obtener las frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. A través de la prueba de Kolmogorov- Smirnov y corrección de Lilliefors, se determinó la normalidad de las variables y la confiabilidad de los instrumentos se midió mediante el Alfa de Cronbach.

Para dar respuesta al objetivo general que indica establecer la asociación que existe entre el MP y la CS en jóvenes, se respondió mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman, ya que no hubo una distribución normal en las variables. Para cumplir con el objetivo uno y dos que plantean, describir el MP percibido e identificar la CS de los jóvenes, se utilizaron frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Mediante la prueba H de Kruskal-Wallis se dio respuesta al objetivo tres que consiste en establecer si existen diferencias entre los niveles de MP (bajo, medio, alto) y la CS del joven. Finalmente, para probar la hipótesis que propone que existe mayor MP en las jóvenes que en los jóvenes, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney a fin de establecer la diferencia en los rangos de los dos grupos.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados del MP percibido en los jóvenes y la relación que este guarda con la CS en una población juvenil de 18 a 24 años de edad. Primeramente se describen las características de los participantes, la consistencia interna de los instrumentos, las prueba de normalidad, la estadística descriptiva de las variables de estudio y la estadística inferencial.

Características de los Participantes

Estuvo conformada por 250 jóvenes de entre 18 y 24 años de edad. De estos, 119 fueron del sexo masculino (47.6%) y 131 (52.4%) del sexo femenino. El promedio de edad de los participantes fue de 20.57 ($DE= 1.59$). El grupo de edad de mayor y menor proporción respectivamente fueron jóvenes de 21 años (24.8%) y 24 años (1.2%). Con respecto a las 15 escuelas que participaron, el estrato mayormente representado fue el de Químicos Farmacéuticos Biólogos con 42 sujetos (16.8%) y una mínima de 3 sujetos (1.2%), por parte de la escuela de Diseño Gráfico. De la población total encuestada, el 62.4% reportó vivir con ambos padres, el 22.0% con la madre, el 9.2% con algún tutor y sólo el 6.4% reportó vivir con el padre.

Consistencia Interna de los Instrumentos

A continuación se presenta el análisis estadístico con el que se evaluó la consistencia interna de los instrumentos.

En la tabla 1, se muestran los coeficientes Alfa de Cronbach para la Escala de Monitoreo Parental y la Escala de Límite Sexual, las cuáles presentaron coeficientes de confiabilidad aceptables (Burns & Grove, 2012).

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumentos	No. Reactivos	Alfa de Cronbach
Escala de Monitoreo Parental	6	.82
Escala de Límite Sexual	4	.88

Nota: n=250

Prueba de Normalidad

Previo al análisis de los datos se exploró si las variables de estudio presentaban distribución normal por medio de la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors. Los resultados mostraron que las escalas no tuvieron una distribución normal. MP ($D^a = .098, p < .001$), Límite Sexual ($D^a = .114, p < .001$) y Experiencia Sexual ($D^a = .169, p < .001$).

Estadística Descriptiva

Para dar respuesta al objetivo uno, que consistió en describir el MP percibido por los jóvenes, la tabla 2 muestra que el 62% de los encuestados mencionaron que sus padres se interesan en preguntar sobre dónde van cuando salen de casa, así como conocer su paradero cuando salen de noche (39.2%). Es importante notar que los ítems que mayor porcentaje obtuvieron, fueron aquellos que tienen que ver con el informe que los jóvenes dan a sus padres acerca de su paradero, mientras que el más bajo, se refiere a lo que platican los jóvenes con sus padres acerca de los planes que tienen con sus amigos (22.8%).

Tabla 2

Estadística descriptiva de Monitoreo Parental

Ítems	N		RV		AV		F		MF	
	<i>f</i>	%								
1. Mis padres saben dónde estoy después que salgo de la escuela.	11	4.4	22	8.8	60	24.0	77	30.8	80	32.0
2. Si voy a llegar tarde a casa, se espera que llame a mis padres.	18	17.2	41	16.4	46	18.4	78	31.2	672	26.8
3. Antes de salir le digo a mi(s) padre(s) con quién voy a estar.	11	4.4	22	8.8	62	24.8	60	24.0	95	38.0
4. Cuando salgo en la noche, mi(s) padre(s) sabe(n) dónde estoy.	11	4.4	23	9.2	58	23.2	60	24.0	98	39.2
5. Platico con mi(s) padre(s) sobre los planes que tengo con mis amigos.	18	7.2	48	19.2	76	30.4	51	20.4	57	22.8
6. Cuando salgo, mi(s) padre(s) me pregunta(n) a dónde voy.	4	1.6	11	4.4	21	8.4	57	22.8	155	62.0

Nota: N= Nunca; RV= rara vez; AV= algunas veces; F= frecuentemente;

MF= muy frecuentemente.; *f*= frecuencias; %= porcentaje

Para el objetivo dos, que fue identificar la CS de los jóvenes, la tabla 3 muestra un puntaje menor para Límite Sexual con una media de 2.75 ($DE = 1.204$). En el caso de experiencia sexual, la media obtenida fue de 3.91 ($DE = 1.93$), lo que hace evidente que los participantes manifestaron un alto nivel de límite sexual y un alto involucramiento en conductas sexuales de riesgo.

Tabla 3

Conducta Sexual

<i>Variable</i>	\bar{X}	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	D^a	<i>p</i>
Conducta Sexual						
Promedio de Límite Sexual	2.75	1.204	1	5	.114	.001
Promedio Experiencia Sexual	3.91	1.938	0	7	.169	.001

Nota: \bar{X} = Media; *DE* = desviación estándar; *Min* = mínima; *Max* = máxima;

D^a = Kolmogorov-Smirnov; *p* = significancia

Estadística Inferencial

Para responder al objetivo tres que fue: Establecer si existen diferencias entre los niveles de MP (bajo, medio, alto) y la CS del joven, la tabla 4, muestra una diferencia significativa entre estas dos variables, donde los rangos obtenidos variaron principalmente entre el nivel alto y bajo tanto para límite como para experiencia sexual.

Tabla 4

Diferencia de rangos de Monitoreo Parental y Conducta Sexual

Variable	<i>n</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Límite Sexual				
Monitoreo Parental Bajo	91	143.01		
Monitoreo Parental Medio	93	128.17	15.36	.001
Monitoreo Parental Alto	66	97.61		
Experiencia Sexual				
Monitoreo Parental Bajo	91	146.60		
Monitoreo Parental Medio	93	126.71	20.49	.001
Monitoreo Parental Alto	66	94.70		

Nota: *n*= 250; *H*= Prueba H de Kruskal Wallis; *p*= significancia

La tabla 5 responde al objetivo general que fue establecer la asociación que existe entre el MP y la CS en jóvenes. Los resultados mostraron una relación significativa entre las variables, en donde a mayor Monitoreo Parental percibido, existe mayor límite sexual ejercido y menor CS de riesgo.

Tabla 5

Coefficiente de Correlación de Spearman

VARIABLES	1	2	3
Monitoreo Parental	1		
Conducta Sexual			
Límite Sexual	-.276 (**)	1	
Experiencia Sexual	-.288 (**)	.447 (**)	1

Nota: * *p* < .05. ** *p* < .01; *n*= 250

Prueba de Hipótesis

Respecto a la hipótesis que refiere que existe mayor MP en las jóvenes que en los jóvenes, la tabla 6 muestra que las jóvenes perciben mayor MP que los jóvenes ($U = 5809, p < .001$).

Tabla 6

Diferencia de los rangos de Monitoreo Parental por género

Variable	Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Monitoreo Parental	Mujer	131	3.93	4.16	140.66	5809	.001
	Hombre	119	3.61	3.66	108.82		

Nota: n= 250; \bar{X} = media; Mdn = mediana; U = U de Mann Whiney; p= significancia

Hallazgos Adicionales

En la tabla 7 se observa que no existen diferencias significativas en el nivel de MP y con quién vive el joven ($H = 5.763, p = .124$). Ambos padres presentaron el nivel más alto ($Mdn = 129.95$), seguidos de madre ($Mdn = 126.69$), el padre quien tuvo un nivel inferior ($Mdn = 127.07$) y con el nivel más bajo el tutor ($Mdn = 91.37$).

Tabla 7

Nivel de Monitoreo Parental y con quién vive el joven

Variable	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Monitoreo Parental					
Ambos padres	156	4.00	129.95		
Madre	55	3.83	126.69	5.763	.124
Padre	16	3.91	127.06		
Tutor	23	3.00	91.37		

Nota: n = 250; Mdn = mediana; H= Prueba H de Kruskal Wallis; p= significancia

Capítulo IV

Discusión

El propósito del presente estudio fue determinar la asociación que existe entre el MP y la CS en los jóvenes en una muestra de 250 estudiantes de nivel universitario entre 18 y 24 años de edad. Para este estudio, se utilizó como base el MPS de Nola J. Pender. A continuación se discuten los resultados obtenidos para el objetivo general, los objetivos específicos y hallazgos adicionales. Posteriormente se presentan las conclusiones y recomendaciones que se consideraron pertinentes.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que el mayor porcentaje de la población refirió un nivel de MP percibido de medio a bajo, mientras que el resto refirió un nivel alto. Estas proporciones estuvieron relacionadas con el interés que manifiestan los padres por saber: a dónde van sus hijos cuando salen de casa y dónde se encuentran cuando salen de noche. Estos datos coinciden con lo reportado por Biddlecom y Bankole (2009), quienes refieren que el nivel de MP percibido por los jóvenes puede cambiar de medio a bajo a medida que aumenta la edad y se adquiere independencia por parte de los jóvenes. Morales-Campos, Markaham, Fleshler y Fernández. (2011), hacen referencia sobre este mismo aspecto añadiendo el hecho de que el MP tiende a tener niveles más altos en la población hispana.

Esta situación quizá se deba a la diferencia existente tanto en la cultura como en la edad de los grupos de población en los que se ha estudiado esta variable. A pesar de ello, el MP sigue siendo una práctica que tiene efectos protectores variados en la conducta de los adolescentes y que se prolonga en el tiempo hasta la etapa juvenil. En la población mexicana, es posible que tenga que ver con las características de la estructura familiar donde esta constituye un elemento integrador y protector, especialmente para los hijos que comúnmente permanecen en el hogar hasta formar sus propias familias o aún después de ello. Un aspecto notable, es el hecho de que la minoría de los

participantes reportó platicar con sus padres acerca de los planes que tienen con sus amigos. Esto pudiera ser debido a que en la etapa de la juventud, los amigos sustituyen en un alto grado la función de consejeros y confidentes que los padres desempeñan en la niñez y en la adolescencia.

En cuanto a la CS manifestada por los jóvenes, esta fue evaluada por medio del límite que estos establecen en sus prácticas pre-sexuales y las características de su vida sexual activa. El puntaje obtenido para el límite sexual demostró que los jóvenes manifiestan un alto nivel de límite sexual así como un alto nivel para la experiencia sexual, datos que concuerdan con lo planteado por autores como Uribe, Zacarías y Cañas. (2011); Teva, Bermúdez y Buela- Casal (2009), quienes refieren C S como el inicio de vida sexual activa a temprana edad, sexo sin protección y múltiples parejas sexuales. Estos resultados pueden estar relacionados con el grado de independencia que los jóvenes adquieren con la edad y que les permite establecer límites en cuanto las prácticas sexuales que deciden establecer así como la relación e influencia que tienen por parte de sus pares con quienes pasan la mayor parte del tiempo e influyen en el inicio de las relaciones sexuales.

Respecto a la diferencia existente entre los niveles de MP y la CS, se encontraron diferencias significativas entre los niveles. Esto coincide con lo reportado por Kincaid, Jones, Sterret y McKee (2012), quienes encontraron que los mayores niveles de MP se asocian con prácticas sexuales más seguras. Por su parte, Mlunde et al. (2012), reportaron que los estudiantes que dijeron ser sexualmente activos, tuvieron bajos niveles de MP y casi alrededor de la mitad de ese mismo grupo, no usaron condón en la última relación sexual. A pesar de que los estudios referidos se llevaron a cabo en países donde la cultura y educación parental difiere de la población mexicana, es evidente que los niveles de MP determinan la CS del joven tanto en su capacidad de ejercer límites en sus prácticas sexuales, como en el tipo de experiencia sexual asumida.

Por otro lado, la asociación entre MP y CS también demostró ser significativa.

Haciendo referencia a estos datos reportados, Ahmadi et al. (2013), concluyeron que existe una relación positiva entre el MP y la CS. Un aspecto desatacadado por estos mismos autores, es el hecho de que la eficacia del MP en relación con la CS, está mediada por la relación que tienen los adolescentes con sus compañeros. De acuerdo al MPS, Pender refiere que las fuentes principales de influencias interpersonales en las conductas promotoras de la salud son la familia y los compañeros.

De acuerdo a lo anterior, las influencias interpersonales, en este caso el MP, pueden incluirse como parte de las normas y el apoyo social que modelan la CS de los jóvenes. Se ha demostrado que estos procesos interpersonales afectan la predisposición de los individuos para realizar las conductas promotoras de la salud. Esto puede ser de manera directa o indirecta a través de las presiones sociales o los estímulos recibidos para comprometerse con un plan de acción. La conducta promotora de salud, se refiere a la CS de los jóvenes, resultado de la acción dirigida al bienestar óptimo que da como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida y de la cual, la familia y los compañeros, son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.

Finalmente, en relación a la hipótesis que plantea que existe mayor MP en las jóvenes que en los jóvenes, se encontró una diferencia significativa entre los dos grupos. Con respecto a esto, estudios como los realizados por Biddlecom y Bankole (2009), reportaron que los hombres informaron un nivel de MP moderado, mientras que las mujeres reportaron un nivel alto. En general, la población femenina manifestó mayores niveles de MP debido en parte a que existen mayores sanciones sociales para las mujeres que quedan embarazadas o se ven involucradas en actividades sexuales. En el caso de la población estudiada, esto puede deberse precisamente a las características culturales existentes en la región sur del país donde la supervisión de las hijas se prolonga hasta la edad juvenil y las posibilidades de embarazo fuera del matrimonio siguen considerando

socialmente inaceptables.

Aunque el presente estudio no tenía como objetivo relacionar el nivel del MP y con quién viven los jóvenes, se indagó y se encontró que no existe diferencia significativa. El MP con mayor nivel se presentó en los jóvenes que viven con ambos padres, seguidos de aquellos que viven con la madre, el padre y por último el tutor. En este último, la mediana reportada no fue muy diferente de la reportada en el caso de aquellos que viven solo con la madre, esto puede estar relacionado con el hecho de que un número importante de los sujetos encuestados viven con tutores representados por familiares tales como abuelos, tíos o hermanos, debido a que deben desplazarse fuera de sus entidades de origen para realizar sus estudios universitarios.

Estos datos difieren con lo reportado en investigaciones como la de Mlunde et al. (2012), quienes encontraron que los adolescentes que vivían con ambos padres biológicos reportaban mayores niveles de MP sin embargo, deben tenerse en cuenta las características particulares de las poblaciones abordadas por estos autores como en la presente investigación. Por otra parte es relevante que los resultados obtenidos en relación con la CS evidenciaron un alto nivel de límite sexual pero también un alto nivel en experiencia sexual. Esto puede estar relacionado con la edad de los sujetos que fueron estudiados que, a diferencia de la población adolescente, tienen una mayor capacidad para establecer límites en el tipo de CS que practican pero que en la mayoría de los casos, ya han iniciado su vida sexual activa.

Conclusiones

El nivel de MP percibido por los jóvenes fue de medio a bajo. Se encontró que la mayoría de los sujetos estudiados se encuentran involucrados en CS de riesgo pero al mismo tiempo, manifiestan una mayor capacidad para establecer límites en cuanto a las prácticas sexuales en las que se ven involucrados. En cuanto a los niveles de MP y la

CS, estas manifestaron una diferencia significativa. Así mismo, se pudo observar que el MP en las jóvenes es mayor que en los jóvenes. En cuanto a la aplicación del MPS de Pender, este ha demostrado su efectividad como influencia positiva en la conducta promotora de salud tomando en cuenta que una de las fuentes principales de influencia interpersonal en las conductas promotoras de la salud es la familia que puede ser un estímulo positivo para comprometerse con un plan de acción que se traduzca en un estado de bienestar óptimo durante toda la vida.

Recomendaciones

Para futuras investigaciones, se sugiere considerar aquellos aspectos que pudiesen establecer de manera más clara y concreta la influencia del MP a largo plazo en los jóvenes, su relación con el género y el nivel académico de los padres, así como la comunicación que estos desarrollan con sus hijos, abordando estas variables desde una perspectiva cualitativa. Otro aspecto importante a considerar es la diferencia entre el monitoreo ejercido por los padres y algunos tipos de tutores. Como aportación a la disciplina, se recomienda el planteamiento de intervenciones a partir del MPS, tomando en cuenta la influencia de los compañeros o pares como una de las relaciones interpersonales más importantes para los jóvenes, además de la familia.

Referencias

- Acosta, S., Ibañez, E., Alfonso, A., Cifuentes, L., Gamboa, S., Mojica, C., Vargas, V., & Patiño, E. (2010). Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual reproductiva de una población universitaria. *Publicación Científica en Ciencias Biomédicas*, 8(13), 1-12.
- Ahmadi, K., Khodadadi, J., Aminimanesh, S., Mollazamani, A., & Khanzada, M. (2013). The Role of Parental Monitoring and Affiliation with Deviant Peers in Adolescent Sexual Risk Taking: Toward an Interactional Model. *High Risk Behaviors and Addiction*, 2(1), 22-7. doi: 10.5812/ijhrba.8554.
- Alarcón, A., Coello, J., Cabrera, J., & Monier, G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*, (25), 1-2.
- Andrade, P., Betancourt, D., & Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.
- Antón, F., & Espada, J. (2009). Consumo de Sustancias y Conductas Sexuales de Riesgo para la Transmisión del VIH en una Muestra de Estudiantes Universitarios. *Anales de Psicología*, 25(2), 344-350.
- Ávila, G., García, M., & Arguello, P. (2011). Factores de riesgo asociados al Embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela. *Revista Médica de Honduras*, 79(2), 68-72.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice -Hall.
- Biddlecom, A., Awusabo-Asare, K., & Bankole, A. (2009). Role of Parents in Adolescent Sexual Activity And Contraceptive Use in Four African Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 72-81.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). *Investigación en enfermería*. Madrid, España: Elsevier.

- Campo-Arias, A., Ceballo, G., & Herazo, E. (2010). Prevalencia de Patrón de Comportamiento en Estudiantes Adolescentes. *Revista Latino Americana. Enfermagen*, 18(2), 5.
- Campos, L., Ramírez, R., Beraún, E., & Calle, J. (2010). Comportamientos de Riesgo en Adolescentes y los Estilos Educativos de los Padres en el Departamento de Huánuco-2009. *Investigación Valdizana*, 4(1), 22-26.
- Cañón, S., Castaño, J., Díaz, S., Hernández, J., Hoyos, Y., López, F..., & Ortega, A. (2011). Prácticas y comportamientos sexuales de estudiantes de la Universidad de Manizales (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, (28), 77-106.
- Centro Nacional para el Control y Prevención del VIH y el Sida [CENSIDA] (2013). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/Sida en México Registro Nacional de Casos de Sida. Recuperado 30 Junio 2013 de:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2o_trim_2013.pdf
- Chávez, M., & Álvarez, J. (2012). Aspectos Psicosociales Asociados al Comportamiento Sexual en Jóvenes. *Psicología y Salud*, 22(1), 89-98.
- Commendador, K. (2010). The Relationship Between Maternal Parenting Style, Female Adolescent Decision Making, and Contraceptive Use. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, (23), 561-572.
- Consejo Nacional Contra el Sida [CONASIDA] (2009). *Epidemiología y monitoreo; casos de SIDA en México*. Recuperado Diciembre 2012 de:
[http://www. Censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html](http://www.Censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html).
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] Indicadores Demográficos Básicos 1990-2010. Recuperado 5 de Mayo de 2013, de:
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Mexico_en_cifras
- Coutts, W., & Morales, G. (2011). La Educación Sexual debe Comenzar en el Hogar y Continuar en la Escuela. *Revista Chilena de Pediatría*, 82(5), 454-460.

- Di Clemente, R., Wingood, G., Harrington, K., Lang, D., Davies, S., Hook III, E., & Robillard, A. (2004). Efficacy of an HIV Prevention Intervention for African American Adolescent Girls. *The Journal of the American Medical Association*, 292(2), 171-179.
- Espada-Sánchez, J.P., Quiles-Sebastián, M.J., & Méndez-Carrillo, J.M. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del Sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-15.
- Feather, N.T. (1982). Expectancy-value approaches: Present status and future directions. In Feather, N.T. (ed.), *Expectations and Actions: Expectancy-Value Models in Psychology*, Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Fletcher, A., Steinber, L., & Williams-Wheeler, K. (2004). Parental Influences on Adolescent Problem Behavior. Revisiting Stattin and Kerr. *Child Development*, 75(3), 781-796.
- Golgalves, S., Castella, J., & Carlotto, M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166.
- Gracia, E., Fuentes, M., & García, F. (2010). Barrios de Riesgo, Estilos de Socialización Parental y Problemas de Conducta en Adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 265-278.
- Herrera, A., & Zavala, M. (2012). “*Diseño de Estrategias Metodológicas en el área de Educación Sexual para la prevención de Embarazos no Deseados en los estudiantes del décimo año de educación básica del colegio fiscal “La libertad” del Cantón la Libertad provincia de Santa Elena, año lectivo 2011-2012*”. (Trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciado en educación básica). Universidad Estatal Península Santa Elena. La Libertad, Ecuador.
- Recuperado Marzo 2013 de:
- <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/25/1/tesis%20alexi%2015%20de%20marzo.pdf>

- Huebner, A., & Howell, L. (2003). Examining the relationship between adolescent sexual Risk-Taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *Journal of the Adolescent Health, 3*(2), 71-78.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2010). Panorama socio demográfico de México. Recuperado Octubre 2012 de:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/cpv2010_panorama.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2011-2012. Recuperado Febrero 2013 de:
http://www.oportunidades.gob.mx:8010/es/wersd53465sdg1/docs/2012/ensanut_2012_informe_resultados.pdf
- Jemmott, L.S., Jemmott, J.B., & Villarruel, A.M. (2002). Predicting intentions and condom use among Latino Collage Students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 13*(2), 59-69.
- Jones, G., Chen, X., Stanton, B., Dina-Koci, V., Deveaux, L., Lunn, S..., & Perry, M. (2012). Parental monitoring and risky behavior in bahamian youth. *International Journal of Child, Youth and Family Studies, 4*, 376-395.
- Kincaid, C., Jones, D., Sterrett, E., & McKee, L. (2012). A review of parenting and adolescent sexual behavior: The moderating role of gender. *Clin Psychol Rev., 32*(3), 177-188. doi:10.1016/j.cpr.2012.01.002.
- Li, X., Feigelman, S., & Stanton, B. (2000). Percived Parental Monitoring and Health Risk Behaviors Among Urban Low-Income African-American Children and Adolcents. *Journal of Adolescent Health, 27*, 43-48.
- Li, X., Stanton, B., & Feigelman, S. (2000). Impact of Perceived Parental Monitoring on Adolescent Risk Behavior Over 4 Years. *Journal of Adolescent Health, 27*, 49-56.

- Longmore, M., Manning, W., & Giordano, P. (2004). Preadolescent Parenting Strategies and Teens Dating and Sexual Initiation: A Longitudinal Analysis. *Journal of Marriage and Family, 36*(2), 322-335.
- Longmore, M., Eng, A., Giordano, P., & Manning, W.D. (2010). Parenting and Adolescents Sexual Initiation. *Journal Marriage Family, 71*(4), 969-982.
- Marín, B.V., Coyle, K., Gómez, C., Carvajal, S., Kirby, D. (2000). Older Boyfriends and Girlfriends Increase Risk of Sexual Initiation in Young Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 27*, 409-418.
- Mestre, M., Tur, A., Samper, P., & Nácher, M. (2007). Estilos de Crianza en la Adolescencia y su Relación con el Comportamiento Pro Social. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39*(2), 211-225.
- Mlunde, L., Poudel, K., Sunguya, B., Mbwambo, J., Yasuoka, J., Otsuka, K., Ubuguyu, O., & Jimba, M. (2012). A call for parental monitoring to improve condom use among secondary school students in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Public Health, 12*, 1061.
- Montañez, M. (2008). "Normas subjetivas para VHI/SIDA y conductas sexuales en adolescentes" (Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Maestro en Ciencias de Enfermería). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Morales-Campo, D., Markham, Ch., Fleschler, M., & Fernandez, M. (2012). Sexual Initiation, Parent Practices, and Acculturation in Hispanic Seventh Graders. *Journal of School Health, 82*(2), 75-81.
- Morales, J., Gutiérrez, C., Mitma, C., Siancas, T., & Palomino, H. (2008). Características del Embarazo en Adolescentes de la Sierra rural del Sur de Ayacucho, 2004-2008. *Revista Peruana de Epidemiología, 12*(3), 1-6.
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I., & López, F. (2007) Estilos Educativos Materno y Paterno: Evaluación y relación con el ajuste Adolescente. *Anales de Psicología, 23*(1), 49-56.

- Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, L., & Gutiérrez, M. (2012). Apoyo Social y Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología*, 30(2), 372-406.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). Directrices de la OMS para La Prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos en adolescentes de los países en desarrollo. Recuperado Marzo 2013 de:
<http://www.who.int/topics/pregnancy/es>
- Organización de las Naciones Unidas contra el Sida [ONUSIDA] (2013). *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida 2013*. Recuperado Mayo 2013 de:
http://unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm.
- Orpinas, P., Rico, A., & Martínez-Cox, L. (2012). Latino Families and Youth: A Compendium of Assessment Tools. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Recuperado Mayo 2013 de:
http://www.rehueong.com.ar/sites/default/files/Binder_orpinas%20measurement.pdf
- Osorno, J., Vallejo, A., Mazadiego, T., Segura, B., & Hoppe, S. (2007). Evaluación Psicométrica de la Escala de Steinberg y Silverberg en una muestra de Adolescentes Mexicanos. *Psicología y Salud*, 17(01), 141-147.
- Palacios, J. & Andrade, P. (2008). Influencia de las Prácticas Parentales en las Conductas Problema en Adolescente. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, 7(7), 7-19.
- Pan American Health Organization [PAHO] (2009). *Country Health Indicator Profile- Infant and Maternal Mortality. Basics indicators country profile México*, Health Indicators database, 2009.
Recuperado Diciembre 2012 de:
http://ais.paho.org/hip/viz/cip_maternalandinfantmortality.asp.

- Pathak, S. (2012). Parental monitoring and Self-disclosure of Adolescents. *Journal of Humanities And Social Science (JHSS)*, 5(2), 1-5.
- Paz, B. M., Castro, A., Madrid, J., & Buena-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 89-103.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th. ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.
- Pérez, C., & Pick, S. (2006). Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), 333-340.
- Piña, J. A. (2004). Eventos Disposicionales que Probabilizan la práctica de Conductas de Riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de la Psicología*, 20(1), 23-32.
- Piña, J., & Rivera, B. (2009). Predictores del comportamiento sexual con múltiples parejas en estudiantes de educación superior: un análisis por género, *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 53-65.
- Polit, D. F., & Hungler, B.P. (2000) *Investigación en Ciencias de la Salud*. 6a. Edición. México: MacGraw-Hill.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] Informe sobre la epidemia mundial de sida / 2013. Recuperado Marzo 2013 de:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf.
- Pulido, A., Ávalos, C., Fernández, J., García, L., Hernández, L., & Ruíz, A. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. *Revista Psicología y Salud*, 23(1), 25-32.
- Pulido, A., Carazo, A., Orta, G., Coronel, M., & Vera, F. (2011). Conducta sexual de riesgo en los estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(1), 11-27.

- Rai, A., Stanton, B., Wu, Y., Li, X., Galbraith, J., Cottrell, L..., & Burns, J. (2003).
Journal of Adolescent Health, 33, 108-118.
- Romero, J., Armenta, M., Osorio, N., & Betanzos, D. (2006). Validación del
Cuestionario de Prácticas Parentales en una Población Mexicana. *Enseñanza e
Investigación en Psicología, 11*(1), 115-128.
- Salamanca, A., & Giraldo, C. (2011). Modelos Cognitivos y Sociales en la Prevención y
Promoción de la Salud. *Revista Vanguardia Psicológica, 1*(1), 14-32.
- Salazar-Granara, A., Santa María-Álvarez, A., Solano-Romero, I., Lázaro-Vivas, K.,
Arrollo-Solís, S., Araujo-Tosca, V..., & Echazu-Irala, C. (2007). Conocimientos
de Sexualidad, Inicio de Relaciones Sexuales y Comunicación Familiar, en
Adolescentes de Instituciones Educativas Nacionales del Distrito del Agustino,
Lima-Perú. *Revista Horizonte Médico, 7*(2), 79-85.
- Sanabria, A., & Giraldo, C. (2011). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la
Prevención y promoción de la salud.
Revista Vanguardia Psicológica, 2(1), 185-202.
- Secretaría de Salud [SS] (2008). Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud
Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Recuperado Febrero 2013 de:
<http://wwwwho.int/topics/pregnancy/es/>.
- Silverberg, S.B., & Small, S.A. (1991). Parenting Monitoring Family Structure and
Adolescent Substance Use. *Paper presented at the meeting of the Society of
Research in Child Development, Seattle, WA.*
- Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child
Development, 71*, 1072-1085.
- Steinber, L., Fletcher, A., & Darling, N. (1994). Parental Monitoring and Peer Influences
on Adolescent Substance use. *Pediatrics, 93*(6), 1060-4.
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad Social y Embarazo Adolescente en México. *Papeles de
Población, 1*(39), 1-158.

- Teva, I., Bermúdez, M., & Buena-Casal, G. (2009). Variables Sociodemográficas y Conductas de Riesgo en la Infección por el VIH y las Enfermedades de Transmisión Sexual en Adolescentes. España, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 309-320.
- Torres, D., & Moncada, L. (2013). “*Estilos Educativos Parentales predominantes en las familias con hijos adolescentes de 11 a 16 años en el eje cafetero*” (Trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciado en Psicología). Universidad Nacional Abierta y a Distancia. UNAD.
- Upchurch, D.M., Aneshensel, C.S., Sucoff, C.A., & Levy-Storms, L. (1999). Neighborhood and Family Contexts of Adolescent Sexual Activity. *Journal of Marriage and Family*, 61, 920-933.
- Uribe, J., Zacarías, X., & Cañas, J. (2011). La conducta sexual de adolescentes: estudio comparativo de dos ciudades de la República Mexicana. *LACANDONIA*, 5(2), 135-1440.
- Valle-Solís, M., Benavides-Torres, R., Álvarez-Aguirre, A., & Peña-Esquivel, J. (2011). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19(3), 133-136.
- Venero, S. (2007). *Sistematización y revisión de datos de la investigación “Perfil familiar de los adolescentes entre 15 y 17 años de edad y su relación con el inicio de la actividad sexual penetrativa. Estudio realizado en nueve colegios de Bogotá”*. (Tesis de especialización en desarrollo personal y familiar). Universidad de la Sabana. Colombia. Recuperado Mayo 2013 de:
<http://hdl.handle.net/10818/2148>.
- Westling, E., Andrews, J., Hampson, S., & Peterson, M. (2008). Pubertal Timing and Substance Use: The Effects of Gender, Parental Monitoring and Deviant Peers. *Journal of Adolescent Health*, 42, 555-563.

Apéndices

Apéndice A
Cédula de Datos Personales

Por favor lea cuidadosamente, llene los espacios con los datos requeridos colocando una x según corresponda.

Fecha:	Código
--------	--------

Sexo: Hombre Mujer

Edad: _____

Nombre de la Escuela: _____

Semestre:

1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8°

Vive con:

Ambos padres Padre Madre

Tutor

Apéndice B
Escala de Monitoreo Parental
(Silverberg & Small, 1991)

Código: _____

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada uno de los enunciados de la columna izquierda y coloque una **x** en el cuadro correspondiente de la derecha. Es importante que solo utilice un cuadro para dar respuesta a cada uno de los enunciados y que los conteste todos a fin de que sus respuestas no queden invalidadas.

Criterio	Escala				
	1	2	3	4	5
1. Mis padres saben dónde estoy después que salgo de la escuela.					
2. Si voy a llegar tarde a casa, se espera que llame a mis padres.					
3. Antes de salir le digo a mi(s) padre(s) con quién voy a estar.					
4. Cuando salgo en la noche, mi(s) padre(s) sabe(n) dónde estoy.					
5. Platico con mi(s) padre(s) sobre los planes que tengo con mis amigos.					
6. Cuando salgo, mi(s) padre(s) me pregunta(n) a dónde voy.					

1: Nunca, **2:** Rara vez, **3:** Algunas veces, **4:** Frecuentemente, **5:** Muy frecuentemente

Apéndice C
Escala de Experiencia Sexual
(Ingledeu & Ferguson, 2007)

Código: _____

Instrucciones:

La experiencia sexual se refiere a la actividad sexual que culmina con la penetración del pene a vagina o ano. Las caricias, besos y abrazos no son considerados actividad sexual. Por favor marque con una **x** (en el caso de las opciones de si o no) y conteste según corresponda cada una de las preguntas que se presentan a continuación. Es importante que lea de manera cuidadosa antes de hacerlo y que sus respuestas sean honestas.

1. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida?

Si:

No:

2. ¿A qué edad fue su primera relación sexual?

Edad en años: _____

3. En su vida, ¿con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales?

Número de parejas: _____

4. De las parejas sexuales que ha tenido, ¿con cuántas tuvo relaciones sexuales al conocerse?

Número de parejas: _____

5. De las parejas sexuales que ha tenido, ¿con cuántas tuvo relaciones sexuales sin protección (uso de condón)?

Número de parejas: _____

6. ¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección porque estaba intoxicado (a) por alcohol o drogas?

Si:

No:

7. Si es mujer, conteste lo siguiente: ¿Ha necesitado realizarse la prueba de embarazo?

Si es hombre conteste lo siguiente, ¿Ha tenido una novia quien siendo su pareja haya necesitado realizarse una prueba de embarazo?

Si:

No:

8. ¿Ha necesitado realizarse una prueba por una enfermedad de transmisión sexual?

Si:

No:

Apéndice D
Escala de Límite Sexual
(Gómez, Coyle & Kyrby, 2000)

Código: _____

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y marque con una **x** el número que indique la respuesta correcta. Por favor solo marque solo una.

Imagínate que estás solo(a) con alguien que te gusta mucho:

1. ¿Dejarías que te bese en los labios?

1	2	3	4	5
Definitivame No	Probablemente No	Ni probable Ni definitivamente	Probablemente Si	Definitivamente Si

2. ¿Dejarías que te dé un beso de lengua?

1	2	3	4	5
Definitivamente No	Probablemente No	Ni probable Ni definitivamente	Probablemente Si	Definitivamente Si

3. ¿Dejarías que tocara tus partes privadas debajo de la cintura?

1	2	3	4	5
Definitivamente No	Probablemente No	Ni probable Ni definitivamente	Probablemente Si	Definitivamente Si

4. ¿Dejarías que tuviera sexo contigo?

1	2	3	4	5
Definitivamente No	Probablemente No	Ni probable Ni definitivamente	Probablemente Si	Definitivamente Si

Apéndice E

Consentimiento Informado

Código: _____

Tema de investigación

Monitoreo Parental y Conducta Sexual en Jóvenes

Responsable del estudio

LEO María Verónica Noverola Calderón

Prólogo

Apreciado participante, nos interesa conocer la percepción que se tiene acerca del Monitoreo Parental entendiendo este, como el reporte que hacen los jóvenes sobre la forma en cómo sus padres tratan de obtener información sobre los sitios que frecuentan, las actividades que realizan con sus amigos más cercanos y la relación que estas guardan con las conductas sexuales en jóvenes. Antes de decidir si participará o no, es necesario que conozca el propósito del estudio y lo que usted hará después de dar su consentimiento.

Propósito

Establecer la asociación que existe entre el monitoreo parental y la conducta sexual de jóvenes a fin de desarrollar estrategias para la prevención de conductas sexuales de riesgo en la población juvenil mexicana.

Procedimiento

Si usted decide participar en el presente estudio, se le solicitará que responda cuatro cuestionarios en un tiempo estimado de 25 minutos en los espacios asignados para dicha actividad dentro del campus universitario. Los datos que proporcione, sólo serán conocidos por usted, el encargado del proyecto y sus colaboradores. A fin de asegurar la confidencialidad y anonimato, sus datos serán identificados mediante un

número de folio. Cualquier duda que el encuestado pueda tener durante el proceso de participación, será responsabilidad del director del proyecto responderlas y/o esclarecerlas. En el caso de ser necesario algún tipo de apoyo relacionado con los temas contenidos en las encuestas, la responsable del proyecto podrá brindar la información necesaria para su orientación y/o atención.

Beneficios

La participación en este estudio es totalmente voluntaria por lo que no obtendrá ningún beneficio personal, sino la satisfacción de participar en la generación de evidencia científica que permita la implementación de estrategias para la prevención de conductas sexuales de riesgo en los jóvenes.

Riesgos

Esta investigación puede tener riesgos emocionales mínimos. Si el proceso de resolución de los cuestionarios proporcionados durante el estudio fuese causa de incomodidad, este podrá interrumpirse de manera momentánea o definitiva según lo considere de manera libre el participante.

Derechos del participante en relación con la investigación propuesta

Confidencialidad

La información obtenida en las encuestas será confidencial y anónima. Dicha información será resguardada en una base de datos a la que solo las encargadas del estudio tendrán acceso y que será eliminada después de un año de haber concluido el estudio. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en artículos de enfermería o presentados en congresos profesionales, su identidad no será revelada y sólo se darán a conocer de manera general.

Costos

Se ha informado que la participación en este estudio no generará ningún tipo de costo para el participante ya que todos los gastos están a cargo del responsable de la investigación.

Derecho a retractar

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y la decisión de participar o no participar de ninguna manera afectará su situación académica. Usted tiene la libertad de retractarse en cualquier momento aun cuando haya firmado su consentimiento sin que esto signifique que sus derechos como estudiante se verán afectados.

Autorización

Acepto participar de manera voluntaria en el presente estudio. Admito que he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio así como su finalidad y decido otorgar mi consentimiento para la recolección de datos. Conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee con la única obligación de informar mi decisión al responsable del estudio de manera anticipada.

Firma de la participante

Firma del testigo (1)

Fecha

Firma del investigador principal

Firma del testigo (2)

Resumen Autobiográfico

Lic. María Verónica Noverola Calderón

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: MONITOREO PARENTAL Y CONDUCTA SEXUAL EN JÓVENES

LGAC: Salud responsable y prevención de ITS-VIH/Sida

Biografía: Nacida en el estado de Veracruz, México, el 26 de Febrero de 1967; hija de la Sra. Lucila Calderón Duran y Carlos Noverola de la Fuente.

Educación:

Egresada de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Veracruzana en 1985 y de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México en el 2007.

Experiencia profesional:

Experiencia laboral en el área hospitalaria de 1987 a 1998 en instituciones hospitalarias como: IMSS, PEMEX y sistema privado.

Docencia:

Docente de tiempo completo de 2004 a 2014 en la Escuela de Enfermería de la Universidad Linda Vista en el estado de Chiapas.

Supervisora de prácticas clínicas: Para las materias de Fundamentos de Enfermería, Salud Materno Infantil, Salud Pública, Enfermería Pediátrica y Técnicas Quirúrgicas.