

# Correlatos psicosociales y familiares de la conducta sexual en adolescentes indígenas y urbanos de Chiapas (México)

*Psychosocial and family correlates of sexual behavior in indigenous and urban adolescents from Chiapas (México)*

JESÚS OCAÑA ZÚÑIGA

<https://orcid.org/0000-0003-0300-0797>

GERMÁN ALEJANDRO GARCÍA LARA

<https://orcid.org/0000-0002-4075-4988>

SOLEDAD HERNÁNDEZ SOLÍS

<https://orcid.org/0000-0001-5621-986X>

OSCAR CRUZ PÉREZ

<https://orcid.org/0000-0003-2452-2834>

CARLOS EDUARDO PÉREZ JIMÉNEZ

<https://orcid.org/0000-0001-7051-9017>

Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas (México).

**Correspondencia:** [jesus.ocana@unicach.mx](mailto:jesus.ocana@unicach.mx)



---

## Resumen

La adolescencia es una etapa de cambios a nivel fisiológico y emocional. Este tránsito hacia la adultez implica la exposición a riesgos que pueden tener consecuencias personales, familiares y escolares. Algunos de estos se asocian con el inicio de la vida sexual activa, por ejemplo, embarazos no deseados o el contagio de enfermedades de transmisión sexual. Este trabajo analiza la relación entre las conductas sexuales respecto a variables psicosociales y familiares en adolescentes de zonas rurales y urbanas de Chiapas (México). El estudio, de corte cuantitativo, se realizó con una muestra de 4952 adolescentes estudiantes de nivel secundaria y bachillerato de Chiapas. Se aplicó un cuestionario para valorar conductas sexuales y seis escalas para medir ideación suicida, sintomatología depresiva, impulsividad, autoestima y relación con los padres. Los resultados indican diferencias significativas entre los puntajes promedios de las escalas aplicadas y la edad de iniciación sexual, el uso del preservativo, la frecuencia de los encuentros sexuales y el número de distintas parejas sexuales. Resultados relevantes en el contexto de estudio, debido a que Chiapas es una demarcación multicultural y diversa étnicamente, en donde las investigaciones en torno a conductas sexuales con adolescentes de zonas rurales y urbanas son escasas.

**Palabras claves:** conducta sexual, problemáticas psicosociales, adolescentes, indígenas.

---

## Abstract

Adolescence is a stage of physiological and emotional changes. This transition to adulthood involves exposure to risks that can have personal, familiar and scholar consequences. Some of these are associated with the beginning of an active sexual life, for example, unwanted pregnancies or the spread of sexually transmitted diseases. This paper analyzes the relationship between sexual behaviors regarding psychosocial and familiar variables in adolescents from rural and urban areas of Chiapas, Mexico. The study, of quantitative type, was made with a sample of 4,952 adolescents students from secondary and high school level from Chiapas, México. The data collection instruments consisted on a questionnaire about sexual behaviors and six scales to measure suicidal ideation, depressive symptomatology, impulsivity, self-esteem and relationship with parents. The results indicate significant differences between the average scores of the scales applied and the age of sexual initiation, the use of condoms

**Citación/referenciación:** Ocaña Zúñiga, J., García Lara, G., Hernández Solís, S., Cruz Pérez, O. & Pérez Jiménez, C. (2021). Correlatos psicosociales y familiares de la conducta sexual en adolescentes indígenas y urbanos de Chiapas (México). *Psicología desde el Caribe*, 38(1), 68-93.

in the first and subsequent sexual intercourse, the frequency of sexual encounters and the number of different sexual partners. The results are relevant in the context of the study because Chiapas is a multicultural area and ethnically diversified, where research on sexual behavior with adolescents in rural and urban areas is scarce.

**Keywords:** sexual behavior, psychosocial problems, adolescents, indigenous.

---

## Introducción

Los jóvenes integran el 24.5 % de la población de América Latina (Maddaleno, 2019), situación que demanda la atención y cuidado de su bienestar, en particular en lo que respecta al conocimiento y cuidado de su salud sexual y reproductiva, pues este es uno de los ámbitos con mayores implicaciones psicosociales y económicas tanto a nivel individual como colectivo. El ejercicio de la sexualidad por parte de los jóvenes es un fenómeno complejo y multidimensional que incluye valores, conductas, actitudes, conocimientos y relaciones estrechamente relacionadas con la cultura (Vasilenko, Kugler, Butera & Lanza, 2015; Kim, 2016).

En la sociedad contemporánea, los encuentros sexuales entre adolescentes son cada vez más frecuentes, lo que impacta sus propios derechos sexuales y reproductivos (Sánchez, Grogan-Kaylor, Castillo, Caballero & Delva, 2010). El inicio de vida sexual a temprana edad es considerado un factor de exposición al embarazo no planificado (CONAPO, 2016; Palacios, 2019); se asocia, además, con un mayor número de parejas y un menor uso de métodos de protección, lo que incide en la ocurrencia de enfermedades de transmisión sexual (Espada, Morales y Orgilés, 2014; Grossman, Lynch, Richer, DeSouza & Ceder, 2019, Palacios, 2019) y puede derivar en el decremento del desempeño académico, la interrupción de los estudios y hasta el abandono de la escuela (Pearson, Kholodkov, Henson & Impett, 2012; Kim, 2016).

En Estados Unidos se reporta que el 41.2 % de los adolescentes han tenido algún encuentro sexual (Rabbitte y Enriquez, 2018). En contraste, culturas como la coreana, en donde tener relaciones sexuales a temprana edad se considera escandaloso (Kim, 2016), su ocurrencia es del 9.4 %. En México, el 28.7 % de mujeres de 15 a 19 años ha iniciado vida sexual (CONAPO, 2016). En Chiapas, estado del

sureste mexicano, en un estudio realizado en 2015 con una muestra de 2546 jóvenes de 15 a 24 años de edad se reportó que el 42.3 % de ellos ya habían tenido relaciones sexuales (Ballinas, Evangelista, Nazar y Salvatierra, 2015).

La actividad sexual sin protección es una práctica común en la población adolescente (Calatrava, López-del Burgo y de Irala, 2012). En Centroamérica, entre el 48 y 53 % de los adolescentes sexualmente activos no usaron anticonceptivos (Maddaleno, 2019); en México, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, reportó que solamente el 54.5 % de las mujeres de 15 a 19 años indicó haber utilizado, ella o su pareja, algún método de protección en su primera relación sexual (INEGI, 2015). En Chiapas, en el estudio de Ballinas y otros (2015), este porcentaje fue del 48 %, aún más bajo respecto a la referencia nacional.

En diversos trabajos se ha explorado la relación entre la conducta sexual y otras variables psicosociales como la ingesta de drogas y bebidas alcohólicas (Vasilenko et al. , 2015; Kim, 2016; Dubé, Lavoie, Blais & Hébert, 2017; Yakubu & Salisu, 2018), la influencia de los amigos (Wang, Stanton, Deveaux, Li & Lunn, 2015; Yakubu & Salisu, 2018), familiares (Borges, Costa & Quintas, 2015; Van de Bongardt, Reitz & Dekovic´ , 2016; Yakubu & Salisu, 2018; Grossman et al. , 2019) y asociados a los propios adolescentes como la sintomatología depresiva (Kim, 2016, Vasilenko et al. , 2015), la ideación suicida (Stone, Luo, Lippy & McIntosh, 2014; Kim, 2016; Dubé et al. , 2017), la autoestima (Kim, 2016; Van de Bongardt et al. , 2016; Dubé et al. , 2017; Yakubu & Salisu, 2018), entre otras.

La comunicación con los padres se ha señalado como un factor estrechamente asociado a la postergación del inicio de la vida sexual o el uso de preservativos (Murry, McNair, Myers, Chen & Brody, 2014; Grossman et al. , 2019), lo mismo que la relación estrecha con los padres y la supervisión (Borges et al. , 2015; Wang et al. , 2015; Van de Bongardt et al. , 2016), así como el apoyo o soporte social familiar para la resolución de problemas (Ferreira et al. , 2013; Grossman, Tracy, Charmaraman, Ceder & Erkut, 2014; Stone et al. , 2014). Wang y otros (2015) realizaron un estudio con adolescentes de 13 a 17 años de las Bahamas, en el que exploraron la actividad sexual de riesgo respecto de la supervisión paterna y conductas de riesgo en pares. Los autores encuentran que una mayor supervisión predice la disminución de conductas de riesgo, como el tener relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos seis meses, o bien, no utilizar condón en el último encuentro sexual.

En el trabajo realizado por Borges y otros (2015), con escolares adolescentes de Portugal, se señala que las relaciones interpersonales (comunicación, estilo parental y supervisión) predicen significativamente las actitudes y los comportamientos sexuales de estos. En México, Andrade, Betancourt y Palacios (2006) reportaron que la adecuada comunicación entre mujeres adolescentes y sus padres se asocia con baja actividad sexual, mientras que en varones ocurre lo contrario, ya que ello se asocia a una vida sexual activa; asimismo, una mayor permisividad de los padres hacia estos conlleva también una mayor actividad sexual.

En el mismo orden de ideas, la comunicación, la relación cálida y cercana, la supervisión y el apoyo familiar contribuyen a una mayor autoestima del adolescente, lo que promueve de forma indirecta la toma de decisiones mucho más responsables en torno al ejercicio de su sexualidad (Van de Bongardt et al. , 2016), retrasando el inicio de relaciones sexuales y participando en relaciones de pareja y sexuales con prácticas mucho más seguras (Kerpelman, McElwain, Pittman & Adler-Baeder, 2016).

La autoestima se considera como la evaluación global del individuo, de los sentimientos de valía personal y respeto de sí mismo. En relación con la conducta sexual, los hallazgos son diversos. En Estados Unidos, un alta autoestima se asocia con el retraso del inicio del debut sexual (Price y Hyde, 2009). En este mismo sentido, en otro estudio realizado con jóvenes neozelandeses, Paul, Fitzjohn, Herbison & Dickson (2000) identificaron que una alta autoestima se relaciona con el inicio de relaciones sexuales a los 16 años de edad. Por su parte, Brendgen, Warner & Vitaro (2007), en un estudio con adolescentes de Canadá, hallaron que una baja autoestima se asocia con un mayor riesgo de encuentros sexuales a edades tempranas; mientras que Yakubu & Salisu (2018) explican que en adolescentes de la región subsahariana de África, una baja autoestima se relaciona con el debut sexual y embarazo adolescente.

Otros estudios no refieren algún tipo de asociación entre las conductas sexuales y la autoestima (Slicker, Patton & Fuller, 2004; Boyce, Gallupe & Fergus, 2008; Dubé, Lavoie, Blais & Hébert, 2017; Manning, Longmore, Copp & Giordano, 2014; Kim, 2016), sin embargo, los resultados son poco concluyentes. Esto sugiere que la relación entre el comportamiento e inicio sexual y la autoestima son complejos; al parecer debido a que el desarrollo de la autoestima es propenso al contexto sociocultural, por la fluctuación social de los estándares establecidos y las interacciones entre pares.

La impulsividad también es considerada una variable que favorece la presencia de conductas sexuales de riesgo, y se asocia con conductas que ponen en peligro el bienestar tanto del sujeto como el de otros, ya que implica la realización de acciones sin tomar en cuenta las consecuencias; esta condición es consistente en los pocos estudios llevados a cabo con poblaciones de diferentes culturas, como el de Muchimba y otros (2013), realizado con adolescentes de Malawi, África, o el de Khurana y otros (2015), con adolescentes estadounidenses.

En el estudio de Sánchez y otros (2010), realizado con adolescentes chilenos, reportan que tener relaciones sexuales está inversamente relacionado con sintomatología depresiva en remisión y positivamente asociado con la conducta disruptiva; en contraste, Hallfors y otros (2004) indican, a partir de una muestra de jóvenes estadounidenses, que quienes son sexualmente activos refieren más sintomatología depresiva e ideación suicida que aquellos que no lo son; lo mismo refieren Averett y Wang (2012), para quienes la sintomatología depresiva está estrechamente asociada con la recurrencia de sexo vaginal.

La sintomatología depresiva puede decrementar la función cognitiva de control de impulsos e incrementar la reactividad emocional en la relación con los pares, lo que a su vez puede inhibir la percepción de riesgo y prevención de conductas sexuales de riesgo. En suma, se puede asumir que la depresión se asocia positivamente con conductas sexuales de riesgo (Vasilenko et al., 2015), así como el hecho de que los adolescentes con mayor sintomatología depresiva inician su vida sexual activa a una edad más temprana respecto a aquellos que presentan menor sintomatología depresiva (Pearson et al., 2012; Kim, 2016).

El debut sexual en la adolescencia se ha relacionado además con severas alteraciones psíquicas como la ideación suicida. En el estudio de Mota, Cox, Katz y Sareen (2010), llevado a cabo con una muestra nacional canadiense, se observó que los adolescentes que tienen su primer encuentro sexual a más temprana edad aumentan el riesgo de ideación suicida; por su parte, Sandberg y Kamp (2014) utilizaron información del Estudio Longitudinal de Salud Mental en adolescentes de Estados Unidos y concluyeron que la ideación suicida, conjuntamente con la depresión, se asocian con el inicio de la actividad sexual casual, similar a lo reportado por Dubé y otros (2017) con estudiantes de Québec (Canadá), quienes apuntan que la ideación suicida se relaciona con experiencias sexuales casuales en mujeres adolescentes.

En el estudio longitudinal de Kim (2016), realizado con adolescentes coreanos, la prevalencia de ideación suicida disminuye con la edad y la recurrencia de encuentros sexuales. En dicho estudio, el autor señala que la ideación suicida no es un factor de riesgo para el inicio de relaciones sexuales a temprana edad. Se plantea, además, que el apoyo familiar es un factor protector respecto de la aparición de ideación suicida en adolescentes que mantienen relaciones sexuales, aunque ello difiere según la orientación sexual, siendo mayor en grupos sexuales minoritarios (Stone et al. , 2014).

En este marco de referencia, el objetivo de este trabajo es describir las conductas sexuales de jóvenes de contexto indígena y urbano de Chiapas e identificar la posible asociación de estas conductas con variables psicosociales (Sintomatología depresiva, Autoestima, Ideación suicida e Impulsividad) y familiares (Relación con Mamá y Relación con Papá). Es así que, desde una perspectiva cuantitativa, en el trabajo se realiza una comparación de las mediciones de dichas variables entre las opciones de respuesta de un cuestionario en torno al ejercicio de su sexualidad. Algunos trabajos han estudiado la relación de algunas de estas variables con las conductas sexuales de manera particular, sin embargo, en el contexto latinoamericano existen pocas investigaciones que reporten más de una de ellas.

Figuroa y Figuroa (2017) ponen énfasis en la importancia de la comunicación entre padres e hijos en torno al tema de la sexualidad, lo que coincide con lo reportado por Pérez-Villegas y otros (2012), quienes señalan que el inicio de la vida sexual se ve condicionado por el funcionamiento familiar. En cuanto a la depresión, Rivera-Rivera y otros (2016) reportan que el inicio temprano de la vida sexual está asociado a niveles altos de depresión. Por su parte, Rodríguez y Caño (2012) apuntan que niveles altos de autoestima hacen menos susceptibles a los adolescentes ante la presión de los iguales, lo que en el ámbito sexual puede considerarse un factor protector ante prácticas riesgosas como la no utilización de preservativo.

En lo que refiere a la ideación suicida, si bien no se reportan evidencias contundentes de su asociación con conductas sexuales de riesgo, de acuerdo con Pérez-Amezcuca y otros (2010), el haber tenido relaciones sexuales está significativamente asociado a la ideación suicida, primordialmente en mujeres. Por otra parte, García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta (2010) sostienen que la impulsividad puede ser considerada como una variable importante en la realización de conductas sexuales de riesgo por parte de los jóvenes.

A partir de estos antecedentes se plantean como hipótesis que existe mayor vulnerabilidad psicosocial (mayor depresión, presencia de ideación suicida, altos niveles de impulsividad, baja autoestima y relaciones débiles con mamá y papá) en aquellos jóvenes que han iniciado su vida sexual a edades tempranas, quienes no utilizaron preservativo durante su primera relación sexual, quienes tienen un mayor número de encuentros sexuales, quienes refieren tener una mayor cantidad de parejas distintas y en quienes no utilizan el preservativo de manera frecuente durante sus encuentros sexuales.

## Método

El estudio es cuantitativo, de carácter descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental, transeccional *ex post facto*. Se utilizó un cuestionario y seis escalas en formato de autorreporte con un muestreo no probabilístico.

## Participantes

El estado de Chiapas, ubicado en el sureste de México, cuenta con una población de 5 217 908 habitantes, de los cuales el 49 % vive en zonas urbanas y el 51 % en zonas rurales. El 28 % de su población habla una lengua indígena (INEGI, 2016).

En este estudio se trabajó con una muestra no probabilística de 4952 estudiantes de secundaria y bachillerato de la región socioeconómica V Altos Tsotsil-Tseltal y la ciudad capital Tuxtla Gutiérrez (Chiapas). Del total de la muestra se tuvo una distribución por sexo de 37.2 % hombres ( $n=1,844$ ) y 62.8 % mujeres ( $n=3,108$ ). El promedio de edad fue de  $M=17.25$  años, con una  $D.E.=1.86$  años. En cuanto a la procedencia, del 27.3 % ( $n=1,357$ ) del total que tiene un origen indígena la gran mayoría de ellos son tsotsiles (93.5 %), mientras que el resto se distribuyen entre tseltales, choles, tojolabales, zoques y mames. Este grupo poblacional presenta un alto grado de marginación y rezago social.

Los pobladores de las comunidades en las que se encuentran los centros escolares mayoritariamente se dedican a las actividades agrícolas y a la cría de ovinos y animales domésticos, así como al comercio de hortalizas, flores y utensilios de barro. Las escuelas en las que se aplicaron los instrumentos están ubicadas en los municipios de San Andrés Larráinzar, Chenalhó y Chalchihuitán, cuyos alumnos provienen de estas mismas comunidades, así como de otras localidades y parajes cercanos. El resto de estudiantes participantes en el estudio, el 72.7 % ( $n=3,598$ ), radica en Tuxtla Gutiérrez, que es la capital del estado, ciudad que



acoge las sedes del Gobierno estatal, Congreso y servicios comerciales; así como en otras ciudades de la entidad.

## Instrumentos

En este trabajo se aplicó un conjunto de siete instrumentos, los cuales se describen a continuación.

*Cuestionario sobre sexualidad.* Este cuestionario de autoría propia, diseñado *ex profeso* para este estudio, recupera la iniciación de la vida sexual y conductas en torno a ella que pueden significar un riesgo para la salud de los jóvenes. Está conformado por un total de 6 reactivos que exploran la ocurrencia o no de relaciones sexuales; edad de la primera relación sexual con cuatro opciones de respuesta: 11 años o menos, 12 a 13 años, 14 a 15 años y 16 o más años; el uso de condón en la primera relación sexual; el número de relaciones sexuales tenidas en los últimos 6 meses, con cuatro opciones de respuesta: 1 o 2, 3 o 4, 5 o 6 y 7 o más; y si en las relaciones sexuales usa condón, en que también se presentan cuatro opciones de respuesta: Nunca, A veces, Casi siempre y Siempre. También se pregunta el número de parejas sexuales en los últimos seis meses, con cinco opciones de respuesta: ninguna, 1 o 2, 3 o 4, 5 o 6, y 7 o más.

Este cuestionario toma como referencia el trabajo realizado por Valle-Solís y otros (2011), con 112 jóvenes mexicanos entre 18 y 24 años de edad, en el que exploran la relación de conductas sexuales de riesgo para VIH/sida. Los autores emplearon una versión traducida del cuestionario de 8 ítems de conductas de riesgo propuesto por Ingledey y Ferguson (2007), aplicado a 285 universitarios británicos y reportaron un coeficiente Kuder-Richardson-20 de .69. Valle-Solís y otros no reportaron métricas de consistencia interna en su aplicación.

*Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos:* CES-D (por sus siglas en inglés) (Radloff, 1977). La CES-D consta de 20 reactivos que evalúan la sintomatología depresiva durante la semana previa a su aplicación, con opciones de respuesta: 0= 0 días, 1= 1-2 días, 2= 3-4 días y 3= 5-7 días, por lo que el rango teórico fluctúa de 0 a 60. La consistencia interna ( $>0.83$ ) y diversos tipos de validez han resultado consistentemente satisfactorios en estudios con población escolar adolescente mexicana rural (Aguilera, Carreño y Juárez, 2004) y urbana (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003; González-Forteza, Solís, Jiménez, Hernández, González y Juárez, 2011). En esta aplicación la consistencia interna fue de .840.

*Escala de Ideación Suicida de Roberts (EIS)* (Roberts & Chen, 1995). Consta de cuatro reactivos (tres de la escala de Roberts y uno de la CES-D: “No podía seguir adelante”) referentes a pensamientos sobre la propia muerte y quitarse la vida, ocurridos durante los últimos 7 días, en el mismo formato de respuestas que la CES-D: 1= 0 días, 2= 1-2 días, 3= 3-4 días y 4= 5-7 días, así que el rango teórico fluctúa de 4 a 16. Ha sido evaluada satisfactoriamente en su consistencia interna con índices alpha de Cronbach  $\geq .80$  y validez estructural de un factor (González-Forteza et al. , 2003; González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001). En este trabajo el coeficiente de Cronbach fue de .707.

*Escala de Impulsividad (EI)* (González-Forteza et al. , 2003). Consta de cinco reactivos y cuatro opciones de respuestas tipo Likert: 1= Casi nunca, 2= a veces, 3= Con frecuencia y 4= Con mucha frecuencia, para evaluar la frecuencia con que las personas refieren haber realizado acciones que se relacionan con el reflejo impulsivo y la escasa reflexión acerca de las consecuencias que puede implicar el llevarlas a cabo. Ha sido validada para población mexicana por González-Forteza, Andrade y Jiménez (1997). El alpha de Cronbach en este estudio fue de .615.

*Escalas de Relación con el padre y con la madre (RELPA, RELMA)* (Climent, Aragón y Plutchick, 1989). Cada una consta de 15 reactivos que indagan las manifestaciones de afecto, comunicación y conductas de cada figura parental hacia su hijo(a). Las opciones de respuesta tipo Likert son: 1= Casi nunca, 2= A veces, 3= Con frecuencia y 4= Con mucha frecuencia, por lo que el rango teórico de cada escala es de 15 a 60; donde a más puntaje, mejor calidad de la relación paterna / materna percibida por el hijo(a). Estas escalas han mostrado ser consistentemente confiables con coeficientes alpha de Cronbach  $\geq .80$  y tres factores en cada una: afecto, comunicación y supervisión (González-Forteza y Andrade, 1995). En la muestra de estudio los coeficientes de Cronbach fueron de .929 y .937 para RELMA y RELPA, respectivamente.

*Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)* (Rosenberg, 1965). Consta de 10 reactivos: 5 enunciados positivos y 5 enunciados negativos con opciones de respuesta: 1= Totalmente de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= En desacuerdo y 4= Totalmente en desacuerdo. Al recodificar los reactivos negativos, el rango teórico fluctúa de 10 a 40, de modo que a mayor puntaje, **más alta autoestima. En adolescentes mexicanos esta escala ha obtenido índices de consistencia interna aceptables**  $\geq .740$ , con validez estructural de dos factores (Jiménez, Mondragón y González-Forteza, 2007). En este estudio, el coeficiente de Cronbach fue de .762.

Previo a la aplicación definitiva de los instrumentos se llevó a cabo un estudio piloto para revisar su pertinencia y comprensión. Todas las escalas se examinaron mediante análisis de jueces con la finalidad de comprobar que su contenido fuera comprensible por los estudiantes a quienes se dirigió el estudio, considerando el uso de lenguaje adecuado al contexto indígena.

Un equipo de psicólogos previamente capacitado aplicó los instrumentos en las escuelas de secundaria y bachillerato cuyas autoridades escolares y docentes aceptaron voluntariamente participar en el estudio; además de la aceptación de las sociedades de padres de familia y del consentimiento informado de los propios participantes. Los instrumentos en formato autoaplicable fueron administrados mediante un procedimiento estandarizado de instrucciones en cada uno de los grupos de clase.

### **Análisis de los datos**

Una vez aplicados los instrumentos, se capturaron los datos en un fichero del SPSS v.21 para su análisis. Se obtuvieron tablas de distribución de frecuencias y estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas. Para cada pregunta del cuestionario de Conductas Sexuales se identificaron las respuestas mayoritarias, distinguiendo entre jóvenes de contexto indígena y los de otros contextos. Para cada escala se procedió a invertir los ítems indicados por los autores de las mismas. Los puntajes para cada escala se obtuvieron mediante la suma simple de todos los ítems que la conforman.

Para verificar la normalidad de la distribución de los puntajes de cada escala se utilizaron diagramas Q-Q para los valores observados, teniendo en la mayoría de los casos un buen ajuste a la recta de normalidad, excepto para la escala ideación suicida, la cual tuvo un sesgo hacia los valores inferiores de la distribución; no obstante, todas cumplieron el principio de homocedasticidad de varianza, la cual se verificó mediante pruebas de Levene.

La comparación de los puntajes promedio de cada escala entre las seis preguntas del cuestionario de conductas sexuales se realizó mediante pruebas *T-Student* en aquellas con 2 opciones de respuesta (preguntas 1 y 3) y ANOVA de un factor para aquellas que tienen 3 o más opciones de respuesta (preguntas 2, 4, 5 y 6). Para identificar grupos diferenciados, y al tratarse de un trabajo exploratorio, se realizaron pruebas *post-hoc* mediante DMS (Diferencia Menos Significativa). Para valorar la fuerza de la asociación entre las escalas y los grupos definidos por las

opciones de respuesta se calculó el coeficiente  $g$  de Hedges en el caso de la comparación de 2 grupos y el índice  $\varepsilon^2$  en el caso de 3 o más grupos. Los resultados se resguardaron en tablas de resumen en donde se presentan medias, desviaciones estándar, estadísticos de prueba y significancia bilateral.

Estos procedimientos fueron revisados y aprobados por la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. El tratamiento de los datos atendió los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki.

## Resultados

Del total de participantes, el 26 % ( $n= 1288$ ) mencionó que ya ha tenido relaciones sexuales, siendo la mayoría de ellos (87.2 %) adolescentes de contexto urbano. De aquellos que ya iniciaron su vida sexual, la mayoría, el 67.9 % ( $n= 875$ ), mencionó haberlo hecho a los 16 años o más; sin embargo, entre los que mencionaron haberla iniciado a los 11 años o menos, la proporción mayor correspondió a estudiantes de contexto indígena. En cuanto al uso del preservativo durante la primera experiencia sexual, el 81.4 % ( $n= 1049$ ) mencionó haberlo utilizado; no obstante, es notable que entre los escolares indígenas la proporción de quienes mencionaron no haber usado condón es prácticamente el doble respecto a quienes no lo hicieron en el grupo procedentes de otros contextos.

En relación con la ocurrencia de relaciones sexuales en los últimos seis meses, la mayoría mencionó que ha tenido entre 1 o 2 encuentros sexuales en ese periodo de tiempo, sin cambios notables entre indígenas y no indígenas. Datos semejantes se aprecian en el número de parejas distintas que han tenido en los últimos seis meses. Los resultados son parecidos entre ambos grupos, la mayoría coincidió en que solamente ha tenido de 1 a 2 parejas distintas. Respecto al uso regular del preservativo, el 66.5 % del total de participantes respondió que lo utiliza siempre; sin embargo, entre los escolares indígenas, cerca del 20 % ellos declaró que nunca lo utiliza, en tanto que en los adolescentes no indígenas solo el 2.7 % mencionó que nunca emplea condón durante los encuentros sexuales.

Si bien únicamente el 26 % refirió haber iniciado relaciones sexuales, porcentaje muy por debajo del promedio nacional, ello se debe al rango de edad de la muestra, de 15 a 25 años en la nacional y de entre 12 a 20 años en este estudio. En cuanto al uso de preservativo, el 81.4 % refirió haberlo usado, porcentaje mayor al de la media nacional: 54.5 % (INEGI, 2015).

Atendiendo el segundo objetivo de este trabajo, los puntajes promedio de cada escala se compararon entre los grupos definidos por las respuestas a cada pregunta del cuestionario de Conductas Sexuales. En la tabla 1 se presentan las comparaciones de medias entre los puntajes de las escalas aplicadas y la pregunta 1. “¿Ha tenido relaciones sexuales?”. En esta pregunta solo existen diferencias significativas para Ideación Suicida y para Impulsividad. En el caso de la Ideación Suicida, los puntajes son significativamente mayores en quienes no han tenido relaciones sexuales, mientras que para la escala de Impulsividad los promedios son mayores en quienes ya han tenido relaciones sexuales. No obstante, en ambos casos el tamaño del efecto es pequeño.

■ **Tabla 1.** Comparación de medias de las escalas aplicadas y la pregunta 1 del Cuestionario de Conductas Sexuales

	¿Ha tenido relaciones sexuales?						g
	Sí		No		Est. de prueba	Sig	
	M	DE	M	DE			
Pts. CESD	19.05	7.75	18.78	7.73	T=1.074, G.L.=4950	.283	-
Pts. Autoestima	28.23	6.27	28.38	5.78	T=-0.782, G.L.=4950	.434	-
Pts. Ideación Suicida	.22	.81	.29	1.01	T=-2.341, G.L.=4950	.019	.075
Pts. Impulsividad	8.79	2.54	8.15	2.26	T=-8.389, G.L.=4950	.000	.271
Puntos Relación Mamá	47.42	9.27	47.22	10.60	T=0.61, G.L.=4950	.542	-
Puntos Relación Papá	39.51	11.42	39.99	11.63	T=-1.282, G.L.=4950	.200	-

A partir de la pregunta 2, los contrastes estadísticos se realizan excluyendo aquellos que no han tenido relaciones sexuales. Es así que para la pregunta 2, “¿Edad de la primera relación sexual?”, existen diferencias significativas para todas las escalas aplicadas. En el caso de la escala CES-D, los puntajes promedios menores corresponden al grupo que inició su vida sexual a una edad más tardía, esto es a los 16 años o más; en contraste, los promedios CES-D incrementan conforme el inicio de la vida sexual se realizó a edades más tempranas.

En lo que se refiere a la escala de Autoestima, el grupo diferenciado es el que inició su vida sexual a los 11 años o menos, reportando un promedio de Autoestima significativamente menor respecto a los otros grupos de edad. Por su parte, la Ideación Suicida reportó promedios significativamente superiores en los grupos de edad más bajos, lo que sugiere que esta problemática aumenta cuando la iniciación de

la vida sexual se realiza a una corta edad. En cuanto a la Relación con Mamá y la Relación con Papá, los puntajes más altos corresponden al grupo que inició su vida sexual a los 16 años o más, lo que posiblemente se explica a partir de mejor comunicación, supervisión y muestras de afecto por parte de los padres hacia los adolescentes (tabla 2). Sin embargo, observando los valores bajos de  $\epsilon^2$ , es claro que los puntajes de las escalas variaron muy poco como efecto del grupo de edad.

■ **Tabla 2.** Comparación de medias de las escalas aplicadas y la pregunta 2 del Cuestionario de Conductas Sexuales

	¿Edad de la primera relación sexual?								Est. de prueba	Sig	$\epsilon^2$
	< 11		12-13		14-15		16+				
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE			
CESD	21.36	8.68	20.76	9.02	19.55	7.57	18.66	7.64	F=3.10, G.L.=3,1284	.026	.004
AE	25.09	4.42	26.05	5.11	28.03	6.21	28.57	6.37	F=6.00, G.L.=3,1284	.000	.013
IS	.73	1.58	.72	1.47	.26	.75	.15	.69	F=15.63, G.L.=3,1284	.000	.035
IM	10.14	2.08	9.50	2.55	9.25	2.82	8.52	2.40	F=10.92, G.L.=3,1284	.000	.024
RM	38.41	12.17	41.53	10.25	45.71	9.22	48.78	8.68	F=29.07, G.L.=3,1284	.000	.063
RP	35.00	10.83	34.44	10.71	37.77	11.37	40.70	11.30	F=12.18, G.L.=3,1284	.000	.027

CESD= Sintomatología Depresiva, AE= Autoestima, IS= Ideación Suicida, IM=Impulsividad, RM=Relación con Mamá, RP=Relación con Papá.

En relación con la pregunta 3, “¿Utilizó preservativos en la primera relación sexual?”, existen diferencias significativas para todas las escalas aplicadas. Respecto a la escala CES-D, los puntajes promedio son mayores en quienes declararon no haber utilizado preservativo en el primer acto sexual. En cuanto a la autoestima, los puntajes más altos lo reportan quienes sí utilizaron condón durante su iniciación sexual. En consonancia, con estos resultados, el promedio de los puntajes de la Ideación es más alto en aquellos que declararon no haber utilizado condón en su primera experiencia sexual.

En lo que se refiere a la Relación con Mamá y Relación con Papá, los puntajes son mayores en quienes sí utilizaron condón. Este último dato sugiere que una mejor comunicación con los padres puede constituirse como un factor de protección ante esta condición de riesgo (tabla 3). En este caso, los valores del tamaño del efecto van desde .179 hasta .428, siendo la relación con los padres y la impulsividad las escalas con los valores g de Hedges más altos, lo que sugiere que las diferencias entre los puntajes de los grupos contrastados tienen una dimensión mayor.

■ **Tabla 3.** Comparación de medias de las escalas aplicadas y la pregunta 3 del Cuestionario de Conductas Sexuales

	¿Utilizó preservativos en la primera relación sexual?							
	Sí		No		Est. de prueba	Sig	g	
	M	DE	M	DE				
CESD	18.7	7.6	20.61	8.18	T=-3.455, G.L.=1286	.001	.247	
AE	28.43	6.33	27.31	5.94	T=2.499, G.L.=1286	.013	.179	
IS	0.18	0.74	0.39	1.05	T=-3.593, G.L.=1286	.000	.257	
IM	8.61	2.51	9.56	2.54	T=-5.239, G.L.=1286	.000	.375	
RM	48.15	8.87	44.23	10.27	T=5.98, G.L.=1286	.000	.428	
RP	40.33	11.3	35.93	11.27	T=5.435, G.L.=1286	.000	.389	

CESD= Sintomatología Depresiva, AE= Autoestima, IS= Ideación Suicida, IM=Impulsividad, RM=Relación con Mamá, RP=Relación con Papá.

Respecto a la pregunta 4, “¿Cuántos encuentros sexuales has tenido en los últimos 6 meses?”, solo se halló diferencias significativas para la variable Impulsividad, siendo los grupos diferenciados quienes han tenido 5 o 6 veces y 7 o más encuentros sexuales en ese periodo de tiempo. Este resultado coincide con la idea generalizada en torno a que una persona impulsiva tiende a satisfacer necesidades y deseos sin reflexionar o considerar las posibles consecuencias de los actos (tabla 4). El tamaño del efecto es sumamente bajo.

■ **Tabla 4.** Comparación de medias de las escalas aplicadas y la pregunta 4 del Cuestionario de Conductas Sexuales

	¿Ocurrencias en 6 meses?										Est. de prueba	Sig	ε <sup>2</sup>
	ninguna		1 o 2		3 o 4		5 o 6		7 o más				
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE			
CES-D	17.79	6.75	18.86	7.77	19.22	7.37	18.64	7.92	19.96	17.79	F=1.05, G.L.=4,1283	.377	-
AE	29.62	5.73	28.38	6.24	27.83	6.40	28.82	6.36	27.62	29.62	F=1.48, G.L.= 4,1283	.204	-
IS	0.10	0.31	0.21	0.85	0.24	0.78	0.25	0.67	0.24	0.10	F=.31, G.L.= 4,1283	.870	-
IM	8.03	2.23	8.40	2.28	8.98	2.37	9.50	3.08	9.46	8.03	F=11.09, G.L.= 4,1283	.000	.030
RM	46.34	8.12	47.89	9.39	47.05	9.63	46.60	9.03	47.10	46.34	F=.95, G.L.= 4,1283	.432	-
RP	36.14	10.47	39.87	11.58	39.89	11.53	38.09	10.78	39.25	36.14	F=1.42, G.L.= 4,1283	.223	-

CESD= Sintomatología Depresiva, AE= Autoestima, IS= Ideación Suicida, IM=Impulsividad, RM=Relación con Mamá, RP=Relación con Papá.

La pregunta 5, “**¿Cuántas parejas diferentes has tenido en los últimos 6 meses?**”, muestra diferencias significativas para la mayoría de las escalas, excepto para Autoestima. Para la escala CES-D, el grupo diferenciado es el de 7 o más parejas, el cual obtuvo el puntaje promedio más alto. Este grupo también fue el grupo diferenciado para las otras escalas evaluadas. En este sentido, la Ideación Suicida y la Impulsividad tienen promedios más altos en ese mismo grupo. En el caso de la Relación con Mamá y la Relación con Papá, el grupo de jóvenes que declararon haber tenido 7 o más parejas en los últimos 6 meses promedio los puntajes más bajos, lo que sugiere que esta conducta de riesgo puede presentarse con mayor notoriedad cuando los padres no dan acompañamiento u orientación a sus hijos (tabla 5). Para todas las escalas medidas, el tamaño del efecto del número de parejas es próximo a cero.

■ **Tabla 5.** Comparación de medias de las escalas aplicadas y la pregunta 5 del Cuestionario de Conductas Sexuales

	¿Número de parejas en 6 meses?										Est. de prueba	Sig	ε <sup>2</sup>
	Ninguna		1 o 2		3 o 4		5 o 6		7 o más				
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE			
CES-D	17.79	6.75	18.89	7.72	20.74	7.59	19.7	8.19	25.55	9.25	F=3.23, G.L.=4,1283	.012	.006
AE	29.62	5.73	28.32	6.33	27.22	6.05	26.53	4.85	26.82	5.27	F=1.60, G.L.= 4,1283	.171	-
IS	0.10	0.31	0.19	0.76	0.39	1.08	0.60	1.22	1.27	1.85	F=7.84, G.L.= 4,1283	.000	.020
IM	8.03	2.23	8.67	2.49	9.91	2.68	10.10	2.76	11.45	2.94	F=10.31, G.L.= 4,1283	.000	.028
RM	46.34	8.12	47.79	9.27	45.42	8.02	42.10	10.28	40.73	10.55	F=5.41, G.L.= 4,1283	.000	.013
RP	36.14	10.47	39.78	11.47	39.44	10.28	34.73	10.19	33.82	15.04	F=2.80, G.L.= 4,1283	.025	.005

CESD= Sintomatología Depresiva, AE= Autoestima, IS= Ideación Suicida, IM=Impulsividad, RM=Relación con Mamá, RP=Relación con Papá.

Para la pregunta 6, “**¿Utiliza preservativo en cada relación sexual?**”, se halló diferencias significativas ( $p < .05$ ) para todas las escalas aplicadas. Para la mayoría de ellas, excepto para la Escala de Autoestima, el grupo diferenciado identificado fue el que respondió Nunca. Es decir, quienes señalaron no utilizar Nunca condón en cada relación sexual obtuvieron los puntajes promedio más altos para la escala CES-D, Ideación Suicida e Impulsividad, así como lo puntajes promedios más bajos en cuanto a la escala de Relación Mamá y Relación Papá. Para la Escala de Autoestima, los puntajes promedio más altos correspondieron al grupo de participantes que Siempre utiliza preservativo en cada encuentro sexual (tabla 6). El tamaño del efecto para todas las comparaciones es pequeño.



■ **Tabla 6.** Comparación de medias de las escalas aplicadas y la pregunta 6 del Cuestionario de Conductas Sexuales

	Utiliza preservativo en cada relación sexual								Est. de prueba	Sig	ε <sup>2</sup>
	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre				
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE			
CESD	21.62	7.99	21.03	8.40	18.83	7.65	18.59	7.56	F=6.53, G.L.=3,1284	.000	.012
AE	26.02	4.63	27.18	5.62	28.23	6.13	28.56	6.47	F=4.69, G.L.=3,1284	.003	.008
IS	.63	1.33	.55	1.32	.16	.61	.15	.65	F=16.29, G.L.=3,1284	.000	.034
IM	9.58	2.64	9.43	2.49	8.92	2.54	8.59	2.52	F=7.18, G.L.=3,1284	.000	.014
RM	41.87	12.29	43.92	9.39	46.52	8.66	48.64	8.85	F=20.71, G.L.=3,1284	.000	.043
RP	35.40	10.86	36.26	11.55	38.50	10.48	40.62	11.50	F=10.02, G.L.=3,1284	.000	.020

CESD= Sintomatología Depresiva, AE= Autoestima, IS= Ideación Suicida, IM=Impulsividad, RM=Relación con Mamá, RP=Relación con Papá.

## Discusión

Este apartado se organiza en tres bloques. El primero aborda los resultados en torno a las conductas sexuales de adolescentes de zonas indígenas y urbanas. En el segundo se discuten los hallazgos notables de las comparaciones entre las seis escalas aplicadas y las preguntas del Cuestionario de Conductas Sexuales. Por último, se comentan las limitaciones del estudio.

En cuanto a las conductas sexuales, destaca que aproximadamente la cuarta parte de los participantes en el estudio ya han tenido relaciones sexuales. Entre ellos, resalta la baja proporción de ellos que provienen de un contexto indígena. Al respecto, es conveniente matizar que la muestra de estudio no está equilibrada, en gran parte debido que la población indígena tiene menos acceso a los espacios escolares (Avena, 2017).

En lo referente al uso de preservativo, de manera general, la proporción de jóvenes que declaró haber usado condón durante la primera relación sexual es más alta respecto a otros estudios realizados con población mexicana dentro del mismo rango de edad (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, 2013; Uribe, Amador, Zacarías y Villareal, 2012). No obstante, es notable que en población indígena la proporción de jóvenes que no utilizaron preservativo durante su primera vez es mucho mayor; lo que fortalece lo expuesto por Mendoza y Mino (2012), quienes sostienen que la población indígena tiene un nivel de vulnerabi-

lidad mayor en el ejercicio de su sexualidad. Este dato es consistente con el uso frecuente del condón durante los encuentros sexuales, pues en la población de contexto indígena cerca de 1 de cada 5 jóvenes nunca lo utiliza.

Estas diferencias en relación con el uso del preservativo hacen evidente que, tal como lo mencionan Armenta, Gutiérrez y Serván (2013), la heterogeneidad cultural tiene implicaciones en la práctica de la sexualidad. En cuanto a la frecuencia de los encuentros sexuales y al número de distintas parejas sexuales, los resultados entre los jóvenes de contexto urbano y los de contextos indígenas son semejantes.

Respecto a las comparaciones de las escalas aplicadas (Síntomatología depresiva, Autoestima, Ideación suicida e Impulsividad, Relación con Mamá y Relación con Papá), los resultados exponen situaciones interesantes por cada pregunta del Cuestionario de Conductas Sexuales. En lo que se refiere a la pregunta 1 del cuestionario, en torno a haber iniciado su vida sexual o aún no, se advierte que quienes presentaron mayor Ideación suicida fueron aquellos que no han tenido relaciones sexuales; diferente de lo reportado en diferentes trabajos como el de Mota y otros (2010), en el que se señalan que aquellos adolescentes que ya han tenido encuentros sexuales aumentan el riesgo de ideación suicida; o el de Sandberg y Kamp (2014), o Dubé y otros (2017), en el que se apunta que este riesgo aumenta con el inicio de la actividad sexual casual.

Tales resultados sugieren que el inicio de la vida sexual puede tener un rol protector ante pensamientos de este tipo, posiblemente asociado a la ilusión y estado emotivo de iniciar una relación de pareja. Además, el inicio de relaciones sexuales es una muestra de masculinidad para los hombres en la cultura local chiapaneca, uno de los estados con mayor índice de embarazos no planeados y en donde el establecimiento de vida en pareja se da a muy temprana edad (CONAPO, 2016), lo que probablemente incide en este tipo de expresiones.

Por otra parte, para cualquier persona, dar el primer paso e iniciar la vida sexual activa implica atender a un impulso. Esto se verificó en la muestra de trabajo, pues la impulsividad fue mayor en aquellos que ya han iniciado su vida sexual. El inconveniente que esto implica consiste en la desconsideración de posibles consecuencias, pues al actuar por impulso, una joven adolescente podría condicionar su vida a mediano y largo plazo, muchas veces de forma irreversible; por ejemplo, en el caso de un contagio por VIH.

En relación con la edad de inicio de la vida sexual, planteada en la pregunta 2, los resultados de este estudio sugieren, coincidiendo con distintos trabajos, que una baja autoestima (Brendgen et al. , 2007; Price & Hyde, 2009 y Yakubu & Salisu, 2018), una elevada sintomatología depresiva (Pearson et al. , 2012; Kim, 2016) y la presencia de ideación suicida (Sandberg & Kamp, 2014), junto con una menor comunicación familiar (Murry et al. , 2014; Grossman et al. , 2019), relaciones familiares débiles y la escasa supervisión paterna y materna (Borges et al. , 2015; Wang et al. , 2015; Van de Bongardt et al. , 2016), son factores que se asocian con tener relaciones sexuales a temprana edad, incluso por debajo de los 11 años. Esto apunta a que los problemas psicosociales, familiares e individuales pueden propiciar un inicio temprano de la vida sexual.

Una vez que el adolescente inicia su vida sexual, otras decisiones importantes se vinculan a este acto, una de ellas es el uso del preservativo. En este caso, las comparaciones realizadas por las opciones de respuesta de la pregunta 3, “¿Utilizó preservativos en la primera relación sexual?”, advierten que una mayor sintomatología depresiva, ideación suicida e impulsividad coincide con puntajes bajos de autoestima en aquellos que decidieron no utilizar condón durante su primera relación sexual. En este caso, ante el riesgo de contraer alguna enfermedad sexual o un embarazo no deseado, cobra mayor relevancia la intervención para evitar posibles episodios de tristeza, mejorar la autoestima y desarrollar mecanismos de afrontamiento ante otras vicisitudes y retos de la vida. El acompañamiento y orientación de los padres (Grossman et al. , 2019) y su supervisión (Wang et al. , 2015), de nueva cuenta, es sumamente importante, pues los puntajes mayores se corresponden con aquellos escolares que sí emplearon el preservativo en su experiencia sexual inicial.

En lo que se refiere a la frecuencia de las relaciones sexuales, planteada en la pregunta 4 del Cuestionario de Conducta Sexual, el número de encuentros sexuales se asocia únicamente a una mayor impulsividad en aquellos que refieren mayor frecuencia. En este sentido, es necesario enfatizar en la prospección para concientizar a los adolescentes en torno a que una vida sexual activa regular debe asumirse no únicamente como un impulso inherente al deseo. Algo similar se aprecia con el número de distintas parejas sexuales, considerada en la pregunta 5. Al respecto, los puntajes más altos para sintomatología depresiva, impulsividad e ideación suicida coincidieron en el grupo de jóvenes que declaró tener 7 o más distintas parejas sexuales, lo que puede favorecer la multiplicidad de parejas y prácticas sexuales de riesgo. En sentido contrario, la proximidad afectiva de los

padres, principalmente de la madre, puede considerarse un factor para reorientar esta conducta de riesgo.

La pregunta 6 del cuestionario de conductas sexuales plantea el uso regular del condón como mecanismo de protección para evitar enfermedades venéreas o embarazos no deseados. En este caso, los resultados de las comparaciones de los puntajes de las escalas aplicadas entre las opciones de respuesta sugieren que a mayores niveles de sintomatología depresiva, ideación suicida e impulsividad, junto con una menor autoestima e inadecuada relación con los padres aumenta la posibilidad de que no se utilice el condón de manera habitual. Junto con otros posibles factores, estas problemáticas psicosociales y de relación con los padres, pueden colocar a los adolescentes en una condición de alto riesgo; pues en esta etapa de vida, los episodios de desánimo, irreverencia, baja autoestima y los conflictos familiares son comunes.

Una de las limitaciones de este estudio es que, no obstante el tamaño de la muestra inicial grande, el análisis sobre las conductas sexuales finalmente se realizó con 1288 jóvenes, aquellos que mencionaron haber iniciado su vida sexual. En este mismo sentido, la muestra es no probabilística y solamente consideró población que se encuentra inscrita en un plantel escolar de nivel secundaria y bachillerato, lo que descarta a los jóvenes y adolescentes que han dejado de estudiar. Por otra parte, el formato de autoinforme de los instrumentos empleados es susceptible a la negación intencionada por parte de los participantes, toda vez que los temas relacionados con la sexualidad aún son de carácter reservado en algunas localidades de Chiapas, más aun en comunidades rurales y semiurbanas.

## Conclusiones

La adolescencia es una etapa de desarrollo en la cual existe una alta exposición a diversos riesgos y problemáticas, debido a que se experimentan cambios y transformaciones de diversa índole. Uno de los procesos que más implicaciones tiene en la configuración de la adultez es el inicio de la vida sexual. Al respecto, la descripción de las conductas sexuales de jóvenes de contexto indígena y urbano de Chiapas realizada en este trabajo evidenció que la proporción de jóvenes que ya ha iniciado su vida sexual es mayor en los jóvenes de contexto urbano respecto a los de que viven en contexto indígena.

Otro dato interesante refiere que los jóvenes en contexto indígena utilizan con menor frecuencia el condón e inician su vida sexual a una edad temprana, situa-

ciones que representan un alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planificados. Respecto al segundo objetivo de este trabajo, se identificaron algunas asociaciones entre la conducta sexual y variables psicosociales. De esta manera, se comprobó la hipótesis de que la sintomatología depresiva, la impulsividad y relaciones deficientes con los padres se asocian a un inicio de la vida sexual a edades tempranas, a un menor uso del condón durante la primera vez y subsecuentes, así como también a una mayor cantidad de distintas parejas sexuales. Niveles altos de ideación suicida solamente se asociaron a la no utilización del preservativo y a una mayor cantidad de parejas sexuales.

En sentido opuesto, la autoestima se asocia de manera inversa a las conductas sexuales de riesgo, es decir, un nivel alto de autoestima puede considerarse un factor protector ante ellas. A excepción de la Impulsividad, ninguna otra variable psicosocial evaluada se asoció a la frecuencia de los encuentros sexuales. Cabe mencionar que estos resultados deben ser tomados con mesura, en razón de que en todos los casos el tamaño del efecto es pequeño, lo que sugiere que la proporción de varianza de los puntajes escalares que es explicada por efecto de las conductas de riesgo evaluadas es baja y, posiblemente, los cambios en los puntajes obedecen al efecto de otras variables que no fueron consideradas en este estudio. No obstante, este trabajo proporciona una base de conocimiento inicial para esbozar posibles líneas de intervención psicológica en población adolescente en contexto de marginalidad social y étnica.

De esta manera, como trabajo futuro se proyecta realizar un estudio que considere otras variables, por ejemplo, en modelos de variable latente, que permitan clarificar los hallazgos reportados en este trabajo. Por otra parte, también denota interés identificar las diferencias entre ambos sexos en las conductas sexuales, así como también medir el efecto de interacción entre el factor psicosocial y el género para cada conducta de riesgo.

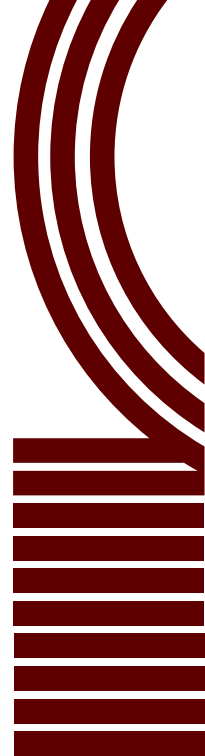
## Referencias

- Aguilera, R. M., Carreño, M. S. y Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27(6), 57-66. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2004/samo46h.pdf>
- Alvarado, J. I. U., Salinas, X. Z. y Martínez, J. L. C. (2011). La conducta sexual de adolescentes. *Lacandonia*, 5(2), 135-140. Recuperado de: <https://cuid.unicach.mx/revistas/index.php/lacandonia/article/download/256/236>

- Andrade Palos, P., Betancourt Ocampo, D. y Palacios Delgado, J. R. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1238>
- Armenta, N., Gutiérrez, J.P. y Serván, E. (2013). Diversidad cultural en la vivencia de la sexualidad indígena en México: una aproximación a partir de las aportaciones de la Investigación cualitativa. En A. Gómez (Comp.), *Nuevas miradas sobre el Género, la sexualidad y la Etnicidad*. España: Andavira Editora.
- Avena, A. (2017). Estudiantes indígenas en el contexto de las desigualdades estructurales. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*, 24, 176-198. Recuperado de: <http://cpue.uv.mx/index.php/cpue/article/view/2408>
- Averett, S. L. & Wang, Y. (2012). Identification of the effect of depression on risky sexual behavior: exploiting a natural experiment. *American Economic Review: Papers and Proceedings*, 102(3), 570-574. doi: 10.1257/aer.102.3.570
- Ballinas-Urbina, Y., Evangelista-García, A. Nazar-Beutelspacher, A. y Salvatierra-Izabal, B. (2015). Condiciones sociales y comportamientos sexuales de jóvenes en Chiapas. *Papeles de Población*, 83, 253-286. Recuperado de: <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8331>
- Borges, I. M., Costa Rodrigues, V. M. & Quintas Antunes, M. C. (2015). The family organizational culture as a predictor of sexual attitudes and behaviors in adolescents. *Revista de Enfermagem Referência/ Journal of Nursing Referência*, IV(6), 17-24. doi: 10.12707/RIVI4083
- Boyce, W., Gallupe, O. & Fergus, S. (2008). Characteristics of Canadian youth reporting a very early age of first sexual intercourse. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 17(3), 97-108.
- Brendgen, M., Wanner, B. & Vitaro, F. (2007). Peer and teacher effects on the early onset of sexual intercourse. *American Journal of Public Health*, 97, 2070-2075. doi: 10.2105=AJPH.2006.101287
- Campero, I., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B. y Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 149, 299-307. Recuperado de: [https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM\\_149\\_2013\\_3\\_299-307.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf)
- Calatrava, M., López-del Burgo, C., de Irala, J. (2012). Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Medicina Clínica*, 138(12), 534-540.
- Climent, C. E., Aragón, L. V. y Plutchick, R. (1989). Predicción del riesgo de uso de drogas por parte de estudiantes de secundaria. *Bol of Sanit Panam*, 107(6), 568-576. Recuperado de: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v107n6p568.pdf>
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2016). *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva en la República Mexicana*. México: Consejo Nacional de Población.
- Dubé, S. Lavoie, F., Blais, M. & Hébert, M. (2017). Psychological Well-Being as a Predictor of Casual Sex Relationships and Experiences among Adolescents: A Short-Term Prospective Study. *Arch Sex Behav*, 46, 1807-1818. doi: 10.1007/s10508-016-0914-0

- Espada, J.P., Morales, A., Orgilés, M. (2014). Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta colombiana de psicología*, 17(1), 53-60. doi: 10.14718/ACP.2014.17.1.6
- Ferreira, M., Nelas, P., Duarte, J., Albuquerque, C., Grilo, C. & Nave, F. (2013). Family culture and adolescent sexuality. *Atención Primaria*, 45 (Esp. Cong. 1), 216-222. doi: 10.1016/S0212-6567(13)70025-8
- Figueroa, L. A. y Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 143-151. Recuperado de: <http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2843/pdf>
- García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P. y Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2990/299023539010>
- González-Forteza, C. y Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación de la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18 (4), 41-48. Recuperado de: <http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/7276>
- González-Forteza, C., Andrade, P. y Jiménez, J. A. (1997). Estrés cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina*, 43(4), 319-326. Recuperado de: <http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/4931>
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. A. y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1102>
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. E., Ramírez, C. (2001). Abuso sexual e intento suicida: Asociación con el malestar depresivo y la ideación suicida actuales en adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16-25. Recuperado de: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2406/sm240616.pdf>
- González-Forteza, C., Solís, C., Jiménez, A., Hernández, I., González, A., Juárez, F et al. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34, 53-59. Recuperado de: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3501/sm350113.pdf>
- Grossman, J. M., Lynch, A. D., Richer, A. M., DeSouza, L. M. & Ceder, I. (2019). Extended-family talk about sex and teen sexual behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 480. doi: 10.3390/ijerph16030480
- Grossman, J. M., Tracy, A. J., Charmaraman, L., Ceder, I. & Erkut, S. (2014). Prospective effects of middle school comprehensive sex education with family involvement. *Journal of School Health*, 48(11), 739-747. doi: 10.1111/josh.12199
- Hallfors, D. D., Waller, M. W., Ford, C. A., Halpern, C. T., Brodish, P. H. & Iritani, B. (2004). **Adolescent depression and suicide risk: association with sex**

- and drug behavior.** *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 224-231, doi: 10.1016/j.amepre.2004.06.001
- Instituto Nacional de Geografía e Historia, INEGI (2015). Encuesta nacional de la dinámica demográfica, ENADID 2014, principales resultados. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2014/>
- Ingledeu, D. K. & Ferguson, E. (2007). Personality and riskier sexual behaviour: Motivational mediators. *Psychology and Health*, 22, 291-315. doi: 10.1080/14768320600941004
- Jiménez, A., Mondragón, L. & González-Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptoms, and suicidal ideation in adolescents: Results of three studies. *Salud Mental*, 30(5), 20-26.
- Kerpelman, J. L., McElwain, A. D., Pittman, J. F. & Adler-Baeder, F. M. (2016). Engagement in risky sexual behavior: Adolescents' perceptions of self and the parent-child relationship matter. *Youth Soc.*, 48, 395-404. doi: 10.1177=0044118x13479614
- Kim, H. S. (2016). Sexual debut and mental health among south korean adolescents. *Journal of Sex Research*, 53(3), 313-320. doi: 10.1080/00224499.2015.1055855
- Khurana, A., Romer, D., Betancourt, L. M., Brodsky, N. L., Giannetta, J. M. & Hurt, H. (2015). Stronger working memory reduces sexual risk taking in adolescents, even after controlling for parental influences. *Child Development*, 86(4), 1125-1141. doi: 10.1111/cdev.12383
- Maddaleno, M. (2019). Salud sexual y reproductiva. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Disponible en: [http://www.oas.org/es/youth/Salud\\_Sexual\\_y\\_Reproductiva.asp](http://www.oas.org/es/youth/Salud_Sexual_y_Reproductiva.asp)
- Manning, W. D., Longmore, M. A., Copp, J. & Giordano, P. C. (2014). The complexities of adolescent dating and sexual relationships: Fluidity, meaning(s), and implications for young adults' well-being. In E. S. Lefkowitz & S. A. Vasilenko (Eds.), *Positive and negative outcomes of sexual behaviors. New Directions for Child and Adolescent Development*, 144, 53-69.
- Mendoza, A. y Mino, S. (2012). La salud sexual y reproductiva en jóvenes indígenas: análisis y propuestas de intervención. México: INDESOL.
- Mota, N. P., Cox, B. J., Katz, L. Y. & Sareen, J. (2010). Relationship between mental disorders=suicidality and three sexual behaviors: Results from the National Comorbidity Survey replication. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 724-734. doi: 10.1007/s10508-008-9463-5
- Muchimba, M., Burton, M., Yeatman, S., Chilungo, A., Haberstick, B. C., Young, S. E et al (2013). Behavioral disinhibition and sexual risk behavior among adolescents and young adults in Malawi. *PLoS ONE*, 8(9), e73574. doi: 10.1371/journal.pone.0073574
- Murry, V.M., McNair, L.D., Myers, S.S., Chen, Y.-F. & Brody, G.H. (2014). Intervention induced changes in perceptions of parenting and risk opportunities among rural African American. *J Child Fam. Stud.*, 23, 422-436. doi: 10.1007/s10826-013-9714-5





- Palacios, J. (2019). Predictors of personality and self-efficacy of sexual risk behavior in Mexican adolescents. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 35(1), 131-139. doi: 10.6018/analesps.35.1.319471
- Paul, C., Fitzjohn, J., Herbison, P. & Dickson, N. (2000). The determinants of sexual intercourse before age 16. *Journal of Adolescent Health*, 27, 136-147. doi: 10.1016/S1054-139X(99)00095-6
- Pearson, M. R., Kholodkov, T. Henson, J. M. & Impett, E. A. (2012). Pathways to Early Coital Debut for Adolescent Girls: A Recursive Partitioning Analysis. *Journal Of Sex Research*, 49(1), 13-26. doi: 10.1080/00224499.2011.565428
- Pérez-Amezcuca, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., De Castro, F., Leyva-López, A. y Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a08.pdf>
- Pérez-Villegas, R., Agurto-Vásquez, K., Contreras-Escobar, K., Medina-Jara, L., Muñoz-Henríquez, C., Parra-Villaruel, J. y Sáez-Carrillo, K. (2012). Vulnerabilidad social y conductas sexuales de riesgo en un grupo de adolescentes chilenos, 2009. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63(4), 327-333. doi: 10.18597/rcog.137
- Price, M. N. & Hyde, J. S. (2009). When two isn't better than one: Predictors of early sexual activity in adolescence using a cumulative risk model. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 1059-1071. doi: 10.1007/s10964-008-9351-2
- Rabbitte, M. & Enriquez, M. (2018). The role of policy on sexual health education in schools: review. *The Journal of School Nursing*, 35(1), 27-38. doi: 10.1177/1059840518789240
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychol Meas*, 1, 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., García-Guerra, A., De Castro, F., González-Hernández, D. & De los Santos, L. M. (2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gac Sanitaria*, 30(1), 24-30. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.08.011
- Roberts, E. & Chen, Y. W. (1995). Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican origin and Anglo adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(1), 81-90. doi: 10.1097/00004583-199501000-00018
- Rodríguez, C. y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-403. Recuperado de: <https://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-analisis-ES.pdf>
- Rodríguez Campuzano, Ma. de L. y Díaz-González Anaya, E. (2011). Relación entre la consistencia en el uso de condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 17-24. doi: 10.25009/pys.v21i1.582
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J: Princeton: University Press.

- Sánchez, N. , Grogan-Kaylor, A. , Castillo, M. , Caballero, G. y Delva, J. (2010). Sexual intercourse among adolescents in Santiago, Chile: a study of individual and parenting factors. *Rev Panam Salud Publica*, 28(4), 267-74. doi: 10.1590/S1020-49892010001000005
- Sandberg-Thoma, S. E. & Kamp Dush, C. M. (2014). Casual Sexual Relationships and Mental Health in Adolescence and Emerging Adulthood. *Journal of sex research*, 51(2), 121-130. doi: 10.1080/00224499.2013.821440
- Slicker, E. , Patton, M. & Fuller, D. (2004). Parenting dimensions and adolescent sexual initiation: Using self-esteem, academic aspiration, and substance use as mediators. *Journal of Youth Studies*, 7, 295-314. doi: 10.1080/1367626042000268935
- Stone, D. M. , Luo, F. , Lippy, C. & McIntosh, M. L. (2014). The role of social connectedness and sexual orientation in the prevention of youth suicide ideation and attempts among sexually active adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(4), 415-430. doi: 10.1111/sltb.12139
- Uribe, J. I. , Amador, G. , Zacarías, X. y Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), 481-494. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v10n1/v10n1a31.pdf>
- Valle-Solís, M.O. , Benavides-Torres, R.A. , Álvarez-Aguirre, A. , Peña-Esquivel, J.N. (2011). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Revista de Enfermería del IMSS Instituto Mexicano del Seguro*, 19(3), 133-136.
- Van de Bongardt, D. , Reitz, E. & Dekovic´, M. (2016). Indirect over-time relations between parenting and adolescents' sexual behaviors and emotions through global self-esteem. *Journal of Sex Research*, 53(3), 273-285, doi: 10.1080/00224499.2015.1046155
- Vasilenko, S. A. , Kugler, K. C. , Butera, N. M. & Lanza, S. T. (2015). Patterns of adolescent sexual behavior predicting young adult sexually transmitted infections: a latent class analysis approach. *Arch Sex Behav*, 44, 705-715. doi 10.1007/s10508-014-0258-6
- Wang, B. , Stanton, B. , Deveaux, L. , Li, X. & Lunn, S. (2015). Dynamic relationships between parental monitoring, peer risk involvement and sexual risk behavior among Bahamian mid-adolescents. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(2):89-98, doi: 10.1363/4108915
- Yakubu, I. & Salisu, W. J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reproductive Health*, 15,15. doi: 10.1186/s12978-018-0460-4