

AUTOESTIMA Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS DE PROGRAMAS DE SALUD DE SANTA MARTA (COLOMBIA)

Guillermo Augusto Ceballos Ospino*,
Luisa Barliza De la Rosa** y Eillen León Botero***

Resumen

El ser humano es una unidad integral, compuesta por varias dimensiones; una de estas dimensiones es la sexualidad, construcción social que se origina en el propio individuo, proceso que interpreta y adscribe un significado cultural a los pensamientos, a las conductas y condiciones sexuales, y en donde la experiencia que cada persona pueda tener de la sexualidad está mediada por factores biológicos, psicológicos, socio-económicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, entre otros. Este estudio se efectuó con un diseño correlacional, con 311 estudiantes de una universidad pública. La edad promedio fue 20,2 años (rango de

Fecha de recepción: 25 de septiembre de 2008
Fecha de aceptación: 28 de octubre de 2008

* Psc. Esp. Docente Universidad del Magdalena. guillermoceballos@gmail.com

Correspondencia: Carrera 25 N° 15-28, Santa Marta (Colombia).

** Psc. Esp. Docente Universidad del Magdalena.

*** Psc. Egresada Universidad del Magdalena.

Agradecimientos: Esta investigación fue realizada gracias a la financiación de FONCIENCIAS de la Universidad del Magdalena, a través del convenio 008/2007.

edad de 16-31 años); el estado civil del 93,9% eran solteras, el 3,9% vivía en unión libre y el 2.2% restante estaban comprometidas. Los resultados permiten concluir que no existe relación estadísticamente significativa entre autoestima y disfunción sexual.

Palabras claves: Disfunción sexual, autoestima, estudiantes universitarias, adolescentes.

Abstract

Human beings are integral units, composed of several dimensions; one of these dimensions being sexuality: a social construction originating in the individual, a process that interprets and assigns cultural meaning to thoughts, to sexual conduct and conditions, and in which the experience that each person has of sexuality is made up of biological, psychological, socioeconomic, cultural, ethical and religious or spiritual factors, among others.

By sexual dysfunctions, we include those alterations (essentially inhibitions) that occur in any of the phases of sexual response and which prevent or hinder sexual satisfaction. The present study was carried out using a correlated design, with 311 students from a public university. The average age was 20.2 years (age range was 16-31 years); the civil status was as follows: 93.9% unmarried, 3.9% co-habiting and 2.2% engaged. The results concluded that there is no significant statistical relation between self-esteem and sexual dysfunction.

Key words: Sexual dysfunction, university, adolescent, self-esteem, students.

Introducción

El ser humano es una unidad integral, compuesta por varias dimensiones; una de estas dimensiones es la sexualidad, construcción social que se origina en el propio individuo, proceso que interpreta y adscribe un significado cultural a los pensamientos, a las conductas y condiciones sexuales, y en donde la experiencia que cada persona pueda tener de la sexualidad está mediada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, entre otros (Zeidenstein, 1999, citado en Charnay y Henríquez, 2003).

La OMS (citado en Charnay y Henríquez, 2003) define la salud sexual como la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad; y para que la salud sexual se alcance es necesario que los derechos sexuales de las personas, como el derecho al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral y la atención de la salud sexual se logren.

Bajo el nombre de disfunciones sexuales se incluyen todas aquellas alteraciones (esencialmente inhibiciones) que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad (Labrador, 1994).

Se presume que existe una relación entre las disfunciones sexuales y la autoestima. Una investigación hecha en el instituto Kinsey en Estados Unidos (citado en Ortiz, 2003) reveló que el 24% de 987 mujeres encuestadas en todo el país informó acerca de un marcado malestar, tanto en su relación de pareja como en su propia sexualidad. Los más importantes signos fueron el estado de bienestar emocional (si ella estaba deprimida o estresada, por ejemplo) y la calidad de interacción emocional con su pareja durante la relación sexual. Se descubrió que la menor tasa de malestar sexual estaba ligada a una buena salud emocional y a una buena salud física.

La relación que se establece entre las disfunciones sexuales y la autoestima se refiere a que esta última está relacionada con la salud sexual (Calado, Lameiras y Rodríguez, 2003).

Para Aramburu y Guerra (2001), la autoestima es la valoración que hacemos de nosotros mismos a la luz de nuestra autorrepresentación y autoconcepto; es una especie de sociómetro que indica el grado en que la persona se percibe como influenciada por el entorno social o excluida de éste.

En la investigación de Muñoz, Ballesteros y Rodríguez (2004) sobre la intervención comportamental cognoscitiva para disminuir el miedo al dolor en el momento de la penetración en una relación sexual en relación con los procesos cognitivos, se informa que se debe a una serie de

pensamientos automáticos, creencias y expectativas caracterizados por errores cognitivos que interfieren en el desempeño sexual e, igualmente, a que los procesos emocionales y afectivos implicados se encuentran en un alto nivel de ansiedad frente al evento de la penetración, miedo al dolor y sentimientos de frustración y culpa.

Castilla (2003) analiza las diferentes teorías psicológicas sobre la autoestima para tratar de encontrar aquellos factores comunes presentes en todas ellas, que serán, por tanto, los más significativos para entender y conceptualizar la autoestima. Como resultado de su investigación, muestra que existen dos factores presentes en la mayoría de teorías psicológicas sobre la autoestima, y como resultado de ello la define como el hecho de sentirme valioso (merecedor) y capaz (competente).

Los estudios actuales sobre el sí mismo no lo plantean como una dimensión única, sino como un conjunto de concepciones que el sujeto mantiene sobre su sí mismo (Markus y Nurius, 1986). Esta visión concuerda con los planteamientos de la Teoría de los Constructos Personales (Kelly, 1991) y con enfoques de tipo constructivista que describen el yo como compuesto por diferentes tipos de esquemas de naturaleza verbal y/o imaginativa, siendo universales los nucleares, caso de la autoestima (García, 1995).

En Santa Marta sólo se ha comunicado una investigación de los autores sobre el tema, pero con una muestra muy reducida e intencional (León, Barliza y Ceballos, 2007); de ahí que el objetivo de esta investigación fue establecer la relación entre las disfunciones sexuales y la autoestima en mujeres estudiantes universitarias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se basa en el paradigma cuantitativo y corresponde al tipo descriptivo correlacional, ya que en primer lugar se describen aspectos sociodemográficos de las estudiantes mujeres, las disfunciones sexuales y autoestima de éstas, y posteriormente se realizó una correlación de las variables disfunciones sexuales y autoestima.

La población estuvo constituida por 1385 mujeres matriculadas en la Facultad Ciencias de la Salud de una universidad pública, durante el II período académico de 2007, según el registro emitido por la Oficina de Admisiones, Registro y Control.

Para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta una confiabilidad del 95%, significancia y rango de error del 5%, de lo cual quedó una muestra de 311 mujeres, quienes de manera voluntaria y firmando el consentimiento informado aceptaron participar de la investigación, previa explicación de los objetivos de la misma y la absoluta confidencialidad de los datos y la garantía de su anonimato. El muestreo utilizado fue no probabilístico, ya que los participantes debían tener un criterio de inclusión, el cual consistía en que todas debían tener pareja o vida sexual activa.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados fueron el Test de Sexualidad Femenina (FSFI, por su sigla en inglés) y la Escala de Autoestima de Rosenberg; adicionalmente se le anexó una hoja de preguntas de información socio-demográfica, como edad, semestre, estrato socioeconómico, estado civil, entre otras.

- *Test de Sexualidad Femenina FSFI*: consta de 19 preguntas, con cinco opciones de respuesta estilo Likert, donde los extremos son 1: “Casi nunca o nunca”, y 5: “Casi siempre o siempre”. Esta escala fue desarrollada para evaluar seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, los cuales se pueden clasificar según el DSM IV en cuatro tipos: 1.Trastorno de deseo sexual hipoadectivo, 2. Trastorno de excitación sexual, 3.Trastorno orgásmico, y 4. Dispareunia.

De igual forma, se observa que la totalidad de las preguntas que miden el Test de Sexualidad Femenina FSFI correlacionan de modo positivo y altos con la escala total, con valores que oscilaron entre 0,5464 y 0,9434.

En cuanto a la confiabilidad, encontramos que en el deseo sexual hipoadectivo Alfa de Cronbach es de 0.8244; en la clasificación de excitación

sexual es de 0,9768; en el trastorno orgásmico es de: 0.9768 y en la clasificación de dispareunia es de 0,9775. Estos valores indican que las clasificaciones del test son altamente fiables.

Tabla de Clasificación de Preguntas

Dominio	Preguntas (n)	Clasificación
Deseo	1-2	Deseo sexual hipoactivo
Excitación	3-6	Trastorno de la excitación sexual
Lubricación	7-10	Trastorno de la excitación sexual
Orgasmo	11-13	Trastorno orgásmico
Satisfacción	14-16	Trastorno orgásmico
Dolor	17-19	Dispareunia

- *Escala de Autoestima de Rosenberg*: consta de 10 preguntas, con 4 opciones de respuestas estilo Likert. Esta escala fue desarrollada para evaluar la autoestima; todos los contenidos de los ítems se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a.

En cuanto a la fiabilidad del cuestionario, del total de las 19 preguntas con las que se trabajó con este procedimiento después de ser evaluado por los jueces expertos, se encontró que el instrumento en su conjunto obtuvo un alfa global de Cronbach de 0,9850, por lo cual podemos concluir que el instrumento posee validez de constructo y es altamente confiable.

RESULTADOS

Las 311 mujeres participantes fueron de los cuatro programas de la Facultad de Ciencias de la Salud, distribuidas así: 91(29.3%) estudiantes de enfermería; 95 (30.5%) de medicina, 51 (16.4%) de odontología y 74 (23.8%) de psicología. Las mujeres que más participaron en la investigación fueron de IV semestre, con una frecuencia de 69, para un porcentaje del 22,2%; le sigue VI, con una frecuencia 57 y un porcentaje de 18,3%; los semestres con menor número de participantes fueron VIII y IX, con una frecuencia de 6, para un porcentaje del 1,9%.

La edad promedio de las 311 encuestadas fue de 20,28 (rango de edad de 16-31 años); el 93,9% eran solteras, el 3,9% vivían en unión libre y el 2.2% restante estaban comprometidas.

Para la correlación de los resultados se tuvo en cuenta la relación existente entre disfunciones sexuales y autoestima con cada uno de los dominios clasificados por el DSM IV en cuatro tipos: Trastornos del deseo sexual hipactivo, trastorno de excitación sexual, trastorno orgásmico y dispareunia.

El porcentaje de mujeres que tienen autoestima alta y no presentan disfunciones sexuales es del 37.6%, mientras que el 43.1% de mujeres tienen autoestima baja y no presentan disfunciones sexuales.

Entre las mujeres que presenta disfunciones sexuales encontramos que 9.9% tiene baja autoestima y el 9.4% alta autoestima (ver tabla 1).

Tabla 1
Contingencia DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINO * AUTOESTIMA

		AUTOESTIMA		Total	
		Baja	Alta		
DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINO	PRESENTA	Recuento % del total	18 9,9%	17 9,4%	35 19,3%
	NO PRESENTA	Recuento % del total	78 43,1%	68 37,6%	146 80,7%
TOTAL		Recuento % del total	96 53,0%	85 47,0%	181 100,0%

$X^2 = 0,045$

$gl = 1$

$P(\text{bilateral}) = 0.832$

Aquí se puede identificar independencia estadísticamente significativa entre los valores encontrados en las mujeres, en relación con las disfunciones sexuales y la autoestima, debido a que chi-cuadrado es igual a 0,045 y el valor crítico para un grado de libertad es igual a 3.84, con una p valor de 0.832. Siendo chi-cuadrado menor que el valor crítico, es decir, en la asociación no es significativa.

En la tabla 2 de contingencia se encuentra que el 27.6 % tiene baja autoestima, y se presenta en las mujeres que presentan deseo sexual hipoactivo o vaginismo, y el 22.1% de las mujeres tiene alta autoestima y presentan deseo sexual hipoactivo, es decir, no existe una relación entre poseer alta autoestima y tener una disfunción sexual según otras teorías que sugieren que pudiera haber una relación. Las mujeres que han iniciado sus relaciones sexuales sin presentar en la clasificación de disfunciones deseo sexual hipoactivo y que tienen baja autoestima equivalen a un 25.4%, y por último, el 24.9% no presenta deseo sexual hipoactivo y tiene alta autoestima. En general, con estos datos estadísticos se puede decir que 53% de las mujeres tienen una baja autoestima, sin distinción de si presentan o no el deseo sexual hipoactivo.

Tabla 2
Contingencia DESEO SEXUAL HIPOACTIVO * AUTOESTIMA

			AUTOESTIMA		Total
			Baja	Alta	
DESEO SEXUAL HIPOACTIVO	PRESENTA	Recuento % del total	50 27,6%	40 22,1%	90 49,7%
	NO PRESENTA	Recuento % del total	46 25,4%	45 24,9%	91 50,3%
TOTAL		Recuento % del total	96 53,0%	85 47,0%	181 100,0%

$X^2 = 0,455$

$gl = 1$

$P(\text{bilateral}) = 0.500$

Esto demuestra que no existen asociaciones estadísticamente significativas entre los valores encontrados en las mujeres, en relación con la presencia o ausencia del deseo sexual hipoactivo y la autoestima, debido a que chi-cuadrado es igual a 0,455 y el valor crítico para 1 grado de libertad es igual a 3.84, con una p valor de 0.500, y chi-cuadrado es menor que el valor crítico.

En la tabla 3 de contingencia podemos notar que el 53% de las estudiantes presenta trastorno de excitación sexual, y esta variable se encuentra entre las mujeres que tienen baja autoestima, y el 47% de las mujeres que presenta esta disfunción tiene autoestima alta.

Tabla 3
Contingencia TRASTORNO DE EXCITACIÓN SEXUAL * AUTOESTIMA

		AUTOESTIMA		Total	
		Baja	Alta		
TRASTORNO DE EXCITACIÓN SEXUAL	PRESENTA	Recuento	96	85	181
		% del total	53,0%	47,0%	100,0%
TOTAL		Recuento	96	85	181
		% del total	53,0%	47,0%	100,0%

Al asociar estas dos variables (es decir, trastorno de excitación sexual y autoestima) por medio de chi-cuadrado no fue posible calcularlas, debido que al menos una de cada tabla de 2 vías sobre las que se calculan las medidas de asociación es una constante; en este caso es el trastorno de excitación sexual.

En la tabla 4 de contingencia se observa que el 44.2% no presenta el trastorno orgásmico, y este comportamiento se encuentra entre la estudiantes que tienen baja autoestima; el 36.5% tiene alta autoestima, y tampoco presenta este trastorno orgásmico.

Tabla 4
Contingencia TRASTORNO ORGÁSMICO * AUTOESTIMA

		AUTOESTIMA		Total	
		Baja	Alta		
DESEO SEXUAL HIPOACTIVO	PRESENTA	Recuento	16	19	35
		% del total	8,8%	10,5%	19,3%
	NO PRESENTA	Recuento	80	66	146
		% del total	44,2%	36,5%	80,7%
TOTAL		Recuento	96	85	181
		% del total	53,0%	47,0%	100,0%

$X^2 = 0,935$

$gl = 1$

$P(\text{bilateral}) = 0.334$

Entre las mujeres que presentan trastorno orgásmico encontramos que 8.8% tiene baja autoestima y el 10.5% alta autoestima.

Esto denota independencia estadísticamente significativa entre los valores encontrados en las mujeres, en relación con el trastorno orgásmico y la autoestima, debido a que chi-cuadrado es igual a 0,935 y el valor crítico para 1 grado de libertad es igual a 3.84, con una p valor de 0.334, siendo chi-cuadrado menor que el valor crítico, es decir, la asociación no es estadísticamente significativa.

En tabla 5 de contingencia se observa que el 53% presenta dispareunia, y este comportamiento se encuentra entre las mujeres que tienen baja autoestima, y el 47% de las mujeres que presenta esta disfunción tiene alta autoestima.

Tabla 5
Contingencia DISPAREUNIA * AUTOESTIMA

		AUTOESTIMA		Total	
		Baja	Alta		
DISPAREUNIA	PRESENTA	Recuento	96	85	181
		% del total	53,0%	47,0%	100,0%
TOTAL		Recuento	96	85	181
		% del total	53,0%	47,0%	100,0%

Al asociar estas dos variables (es decir, dispareunia y autoestima) por medio del estadístico de chi-cuadrado no fue posible calcularlas, debido a que al menos una de cada tabla de 2 vías sobre las que se calculan las medidas de asociación es una constante; en este caso es la dispareunia.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que no existe una relación entre autoestima y padecer una disfunción sexual, lo cual es contrario a los resultados de investigaciones referenciadas (Althof, Cappelleri, Shpilsky, Stecher, Diuguid & Sweeney, 2003; Aramburu y Guerra, 2001; Branden, 1993; Calado, Lameiras y Rodríguez, 2004; Diez, 2001; Fornés, 2005; Guibert, Prendes y Portuondo, 1998; Martín, Meijide, García, Regadera y Manero, 2005; Oblitas, 2004 y Ortiz, 2003). Estas diferencias se pueden

atribuir a factores sociales y culturales propios de la población objeto de cada estudio (Upchurch, Aneshensel, Sucoff & Levy-Storm, 1999); igualmente pudo influir el hecho de que la muestra de esta investigación pertenece a una Facultad de Salud, es decir, la formación que están recibiendo las hace conocedoras del manejo que se le puede dar a este tipo de problemas y que, por lo tanto, probablemente no se constituye en preocupación alguna para las mujeres que padecen alguna disfunción.

En este estudio, el 49,7% de las estudiantes presenta deseo sexual hipoactivo, valor superior a los hallados por Charnay y Henríquez (2003), quienes encontraron que un 34,9% de las mujeres presenta deseo sexual inhibido (ahora denominado deseo sexual hipoactivo), y al reportado por Lauman, Paik y Rosen (1999), 24%.

Además, el 100% de las encuestadas presenta trastorno de excitación sexual, lo cual amerita que en próximos estudios se profundice específicamente en este tema.

El 19,3% de las estudiantes presenta trastorno orgásmico, lo cual es similar a lo encontrado en los estudios de Acuña (2000), en los que a 600 mujeres entre los 17 y los 54 años se les encontró un promedio de anorgasmia (ahora llamado trastorno orgásmico) del 18%. Se resalta que es mucho más frecuente en los niveles socioculturales más bajos. Sin embargo, el porcentaje es contrario a lo hallado por él entre las que tenían estudios universitarios, ya que en su estudio éstas presentaron un 8% de trastorno orgásmico.

Igualmente, el trastorno de dispareunia se presentó en el 100% de la muestra, lo cual corrobora lo encontrado en otros estudios (APA, 2004; Taylor, Rosen, Leiblum y Bachmann, 1993). Para Ochoa y Vásquez (citado en Muñoz et al., 2004), el miedo al dolor en la penetración coincide con dos tipos de trastornos: con la dispareunia femenina y el vaginismo, ya que se relacionan con el dolor inmerso en éste. En cuanto a los procesos emocionales y afectivos implicados, se ha encontrado un alto nivel de ansiedad frente al evento de la penetración, miedo al dolor y sentimientos de frustración y culpa (Muñoz et al., 2004).

Los resultados de esta investigación deben tomarse con cautela debido al tipo de diseño utilizado; se sugiere que próximos estudios amplíen la población no sólo a estudiantes universitarias de otras facultades y de carácter privado sino también a las de secundaria, población en la que las relaciones sexuales representan un 25% para la ciudad de Santa Marta (Ceballos y Campo, 2007), y el manejo de otras variables que no fueron tenidas en cuenta en esta investigación.

Se concluye que no existe relación entre la autoestima y la disfunción sexual en estudiantes universitarias.

Referencias

- Acuña, A. (2000). Nuevos conceptos en disfunción sexual femenina. *Revista Gaceta Médica*, 8 (9), 35-38.
- Althof, S., Cappelleri, J., Shpilsky A., Stecher, V., Diuguid, C. & Sweeney, M. (2003). Treatment responsiveness of the Self- Esteem And Relationship questionnaire in erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 61(5),888-892.
- American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4^a ed). Washintong, D.C.
- Aramburu, M. & Guerra, J. (2001). *Autoconcepto: dimensiones, origen, funciones, incongruencias, cambios y consistencia*. *Interpsiquis*, 2.
- Branden, N. (1993). *El Poder de la Autoestima*. España: Paidós.
- Calado, M., Lameiras M. & Rodríguez, Y. (2003). *Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios*. Vigo: Universidad de Vigo.
- Castilla, C. (2003). Gaceta de psicología: artículos científicos. *Revista Cubana de Medicina integral*, 32 (2).
- Ceballos, G. & Campo, A. (2007). Relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de Santa Marta (Colombia): una encuesta transversal. *Colomb Med*, 38, 185-190
- Charnay, M. & Henríquez, E. (2003). Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencias de la enfermería*, 9 (1),55-64.
- Díez, E. (2001). *Autoestima y PNL*. Taller de Autoestima y PNL que se impartió en las Primeras Jornadas Españolas de PNL, organizadas por la Asociación Española de PNL (AEPNL). Barcelona (España).
- Fornés, J. (2005). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Editorial Médica Panamericana.

- García, G. (1995). Cuestionario de evaluación de la autoestima para alumnos de la enseñanza secundaria. Surfing the Internet: disponible en www.orientared.com
- Guibert, W., Prendes, M. & Portuondo, O. (1998, octubre). Factores asociados con la aparición de disfunciones sexuales en una población femenina. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14 (1), 51-52.
- Kelly, G.A. (1991). *The psychology of personal construct*. New York: Routledge.
- Labrador, F. (1994). *Disfunciones Sexuales*. Universidad -Empresa, ediciones
- Lauman, E., Paik, A. & Rosen, RC. (1999). *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors*. JAMA, 10, (281): 537-544.
- León, E., Barliza, L. & Ceballos, G. Disfunciones sexuales y autoestima en estudiantes universitarias de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Revista Psilabas*, 2, 9-14.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986): Posible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Martín, A., Meijide, F., García, L., Regadera, A. & Manero, M. (2005). Repercusiones psicológicas de la disfunción eréctil sobre la autoestima y autoconfianza. *Actas Urológicas Españolas*, 29 (5), 493-498.
- Muñoz, C., Ballesteros, B. & Rodríguez, M. (2004). Diseño y evaluación de una intervención comportamental cognoscitiva para disminuir el miedo al dolor en el momento de la penetración en una relación sexual. Memoria para optar la especialización en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Psicología, Bogotá (Colombia).
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida* (2ª ed.). España: Thomson.
- Ortiz, M. (2003). El malestar sexual en las mujeres. *Revista Agenda Salud*, 32, octubre-diciembre. Santiago (Chile).
- Taylor, J., Rosen, R., Leiblum, S. & Bachmann, G. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19 (3), 171 - 188.
- Upchurch, DM., Aneshensel, CS., Sucoff, CA. & Levy-Storm, L. (1999). Neighborhood and family contexts of adolescent sexual activity. *J Marriag Fam*, 61, 920-933.