

Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas^{1 2 3}

David Pérez-Jiménez⁴
Universidad de Puerto Rico

Rosaura E. Orengo-Aguayo
The University of Iowa

Resumen

Los estereotipos sexuales son creencias generalmente aceptadas y poco cuestionadas que podrían contribuir a cómo los hombres y las mujeres debemos expresar nuestra sexualidad. Los objetivos de este estudio eran identificar cuántos hombres y mujeres heterosexuales en Puerto Rico endosaban ciertos estereotipos acerca de la sexualidad masculina y femenina y explorar la relación entre el endoso de estos estereotipos sexuales y las *actitudes* hacia el condón masculino y su *uso* en relaciones sexuales vaginales. Llevamos a cabo un estudio descriptivo-correlacional mediante el cual le administramos dos escalas, una sobre sexualidad masculina y otra sobre sexualidad femenina a un grupo de 429 personas heterosexuales. Encontramos que los hombres endosaron estereotipos sexuales masculinos y femeninos más que las mujeres y que estos tienden a tener una visión más conservadora respecto a la sexualidad femenina que la que tienen sobre su propia sexualidad. Las mujeres, por otra parte, tienden a ver su propia sexualidad y la sexualidad masculina en términos menos estereotipados y más equitativos. También encontramos que a mayor endoso de creencias tradicionales sobre la sexualidad masculina y femenina, peor la *actitud* hacia el uso del condón masculino. Sin embargo, el endosar estereotipos sexuales masculinos y/o femeninos no se relacionó con el *uso* del condón. Estos hallazgos contradicen la literatura que sugiere que estos estereotipos sexuales y de género resultan en conductas sexuales de alto riesgo, lo cual tiene implicaciones importantes para el desarrollo e implementación de programas de prevención.

Palabras claves: Estereotipos sexuales, sexualidad masculina, sexualidad femenina, actitudes, condón masculino

¹ Nota: Este artículo fue sometido a evaluación en octubre de 2011 y aceptado para publicación en septiembre de 2012.

² Este estudio fue apoyado en parte por un grant del *National Institute of Mental Health, Division of Mental Disorders, Behavioral Research & AIDS* (Grant número 3 R24 MH49368-10S1).

³ Deseamos expresar nuestro más profundo agradecimiento a un grupo de personas y entidades que hicieron posible esta investigación. Gracias a la Dra. Irma Serrano-García, Co-Investigadora, quien ha sido una continua fuente de inspiración y apoyo en todos nuestros proyectos. Gracias al Dr. Nelson Varas Díaz, Ex-Coordinador, por su compromiso y dedicación. Gracias a María del Carmen Cabrera Aponte, Asistente de Investigación, por su apoyo.

⁴ Toda comunicación de este trabajo debe hacerla a David Pérez-Jiménez, Instituto de Investigación Psicológica, PO Box 23174, San Juan, PR 00931-3174. dperez@ipsi.uprrp.edu.

Abstract

Sexual stereotypes are beliefs that are generally accepted and are thought to define how men and women should express their sexuality. The objectives of this study were to identify how many heterosexual Puerto Rican men and women endorsed certain stereotypes about male and female sexuality and to explore the relationship between the endorsement of these sexual stereotypes and the *attitudes* towards condom use, as well as actual condom *use* during intercourse. We conducted a cross-sectional study in which we administered two scales, one about male sexuality and the other about female sexuality, to a group of 429 heterosexual participants. We found that men endorsed significantly more male and female sexual stereotypes than women and that these tended to have a more conservative view of female sexuality than what they had of male sexuality. Women, on the other hand, tended to view female and male sexuality in a less stereotypical way. We also found that the more men and women endorsed male and female sexual stereotypes, the worse the attitudes toward condom use. However, endorsement of male and/or female sexual stereotypes was not related to condom use. These findings contradict the literature that suggests that these sexual stereotypes result in high-risk sexual conduct, which has important implications for the development and implementation of prevention programs.

Keywords: Sexual stereotypes, male sexuality, female sexuality, attitudes, male condom

En la era del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, cambiar las conductas sexuales que ponen a las personas a riesgo de infección continúa siendo una prioridad. No obstante, practicar el sexo más seguro es una acción que está determinada por múltiples factores algunos de los cuales no están completamente bajo el control del individuo (Pérez-Jiménez, Seal, & Serrano-García, 2009). Uno de los factores que se han identificado que hacen a las personas más vulnerables a asumir conductas de alto riesgo son los roles de los géneros (Courtenay, 2000a; Greig, Peacock, Jewkes, & Msimang, 2008; Wingood & DiClemente, 2000). Estas son cualidades dictadas por la sociedad, que diferencian el comportamiento de los hombres y el de las mujeres (Gupta, 2000).

Dentro de los roles de los géneros, los roles o estereotipos sexuales adquieren una importancia particular para la salud pública, ya que los mismos son creencias que permean en la sociedad con respecto a los atributos que se les adjudican a hombres y mujeres simplemente por su sexo (Heilman, 1997; Sakalli-Ugurlu, 2003). En otras palabras, son creencias generalmente aceptadas como “naturales” y poco cuestionadas que definen cómo hombres y mujeres debemos expresar nuestra sexualidad. El comportamiento sexual de hombres y mujeres está determinado, en gran medida, por estereotipos dicotómicos que permean en nuestra sociedad. Por ejemplo, los hombres, por lo general, son percibidos como personas hipersexuales y más agresivos sexualmente, mientras que a las mujeres se les caracteriza como sexualmente pasivas y se les asigna el rol de complacer y serle fiel a su pareja (Firestone, Firestone, & Catlett, 2006).

Los estereotipos sexuales son el producto de procesos cognitivos cotidianos de categorización que tienen un carácter funcional ya que nos permiten separar a las personas en grupos para identificarlas fácilmente. Una vez que categorizamos a las personas, percibimos e interpretamos el comportamiento de éstas basándonos en el conocimiento generalizado y en las expectativas que tenemos sobre el grupo (Heilman, 1995). Este proceso de categorización promueve el que se amplíen las diferencias que existen entre grupos sociales y que se disminuyan las diferencias entre los individuos que componen cada grupo.

Del mismo modo, la definición de lo que es ser hombre o mujer no es determinada “naturalmente”, sino que se genera mediante un proceso de construcción socio-histórica y cultural a través del cual se transmiten ideologías, valores y creencias sobre cómo los hombres y las mujeres deben comportarse y expresar su sexualidad (Campbell, 1995; Courtenay, 2000a, 2000b; Courtenay & Keeling, 2000; Eisler, 1995; Good, Sherrod, & Dillon, 2000; Helgeson, 1995; Pleck, Sonenstein, & Ku, 1993). Esto significa que nuestra identidad como hombres y mujeres es construida a través del proceso de socialización y de interacción con las instituciones e ideologías a las cuales nos exponemos mediante nuestro desarrollo. Cuando estas ideologías adquieren carácter de inmutabilidad, entonces nos referimos a ellas como estereotipos.

Mientras algunos de estos estereotipos favorecen el sano disfrute de nuestra sexualidad, otros nos predisponen a actividades sexuales que pueden poner en riesgo nuestra salud y seguridad. Diferentes autores/as han encontrado que los estereotipos de género que rigen la masculinidad y la feminidad contradicen directamente los esfuerzos dirigidos hacia la prevención de prácticas sexuales riesgosas (Campbell, 1995; Firestone et al., 2006; Kimmel & Levine, 1992; Levant & Kopecky, 1995). Si examinamos las normas que dictan estos estereotipos podemos entender por qué. Al hombre se le exige constantemente que pruebe su masculinidad de múltiples formas. Entre algunas de éstas se encuentran el tener múltiples parejas sexuales, el tomar riesgos, el colocar el placer sexual antes de las medidas preventivas como el uso del condón, y el no admitir que necesita orientación o asistencia médica. Por ejemplo, se ha encontrado que los hombres incursionan más frecuentemente en prácticas y estilos de vida riesgosos que los hacen más vulnerables a enfermedades crónicas y a tener una muerte prematura (Billy, Tanfer, Grady, & Klepinger, 1993; Courtenay, 2000a; Eisler, 1995). Por su parte, a las mujeres se les exige el rol de complacer a sus parejas sometiéndose a las decisiones sexuales de éstas lo cual también las hace más vulnerables (Ortiz-Torres, Williams, & Ehrhardt, 2003).

Estudios como estos nos permiten ver cómo los estereotipos sexuales y de género promueven ciertos esquemas mentales que pueden influir para que hombres y mujeres incursionen en comportamientos de alto riesgo para su salud y su bienestar. A tales efectos, llevamos a cabo un estudio dirigido a contestar las siguientes preguntas: (a) ¿Cuál es la opinión de un grupo de hombres y mujeres heterosexuales en Puerto Rico con respecto al endoso de ciertos estereotipos acerca de la sexualidad masculina y femenina? y (b) ¿Existe alguna relación entre el endoso a estos estereotipos y las *actitudes* hacia el condón masculino y su *uso* en las relaciones sexuales vaginales?

Método

Para contestar estas preguntas llevamos a cabo un estudio descriptivo y correlacional mediante un diseño transversal. Más específicamente, le administramos un cuestionario cuantitativo en papel y lápiz a una muestra de comunidad.

Participantes

En la Tabla 1 presentamos un resumen de las características socio-demográficas de los/las participantes. Participaron en este estudio 429 personas auto definidas como heterosexuales que se desglosan en 149 hombres (34.7%) y 280 mujeres (65.3%). El promedio de edad para los hombres fue de 31.9 y para las mujeres de 32.9, mientras que para la muestra total fue de 32.6 (rango de 21-87). La moda fue de 25 y la mediana de 30. Para participar en el estudio los/las participantes tenían que cumplir con los siguientes criterios de inclusión: (a) identificarse como heterosexual, (b) estar activo/a sexualmente, y (c) tener 21 años o más. Cerca de una tercera parte (57.2%) estaban casados legalmente o convivían sin casarse. La mayoría (59.2%) trabajaba a tiempo completo y el 26.5% estaba desempleada. El 36.2% indicó haber completado un grado universitario de bachillerato, seguido por un 20.5% que reportó haber completado la escuela superior. La mayoría (58.6%) recibía un ingreso mensual menor a los \$2,000. Igualmente, la mayoría profesaba la religión Católica (61.5%), seguido por protestantes (24.2%). Sin embargo, una tercera parte (31.1%) indicó no participar de actividades religiosas. Con relación al consumo de alcohol, poco más de una tercera parte (35.3%) informó usar alcohol varias veces a la semana o varias veces al mes. La mayoría (85.2%) indicó tener poco o ningún riesgo de infección con el VIH.

TABLA 1
Datos Socio-Demográficos

<i>Variable</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Género (n=429)		
Hombre	149	34.7
Mujer	280	65.3
Estatus Civil (n=427)		
Casado/a	181	42.4
Conviviendo	63	14.8
Soltero/a	144	33.7
Divorciado/a	36	8.4
Estatus Laboral (n=419)		
Trabajo a tiempo completo	248	59.2
Trabajo a tiempo parcial	60	14.3
No tengo trabajo	111	26.5
Escolaridad (n=425)		
Menos de escuela superior	8	1.9
Escuela superior o Diploma de equivalencia	124	29.2
Grado asociado	78	18.4
Bachillerato	154	36.2
Maestría/Doctorado	43	10.1
Ingreso Mensual (n=391)		
\$500-\$1000	100	25.6
\$1001-\$2000	129	33
\$2001-\$3000	68	17.4

\$3001-\$4000	33	8.5
\$4001-\$5000	14	3.6
\$5001 ó más	47	12.0
Grupo Religioso (n=418)		
Católico/a	257	61.5
Protestante/Evangélico/a	101	24.2
Ninguno	37	8.9
Percepción de riesgo al VIH (n=413)		
Ninguno	216	52.3
Poco	136	32.9
Regular	41	9.9
Mucho	20	4.8

Instrumento

Administramos el *Instrumento de Información, Motivación y Conductas en Español* (IIMCE) el cual fue desarrollado y validado en Puerto Rico para ser administrado a personas heterosexuales, mayores de edad (Pérez Jiménez, Varas Díaz, Serrano-García, Cintrón Bou, & Cabrera Aponte, 2004). El mismo es el primero que se desarrolla en español basado en el modelo teórico de Información, Motivación y Conductas (Fisher & Fisher, 1992).

El IIMC-E consiste de una sección de datos demográficos, ocho escalas tipo *Likert* y una sección de prácticas sexuales y de reclutamiento y retención. La sección de datos socio-demográficos está compuesta de 27 reactivos de selección múltiple con los cuales recopilamos datos básicos tales como: edad, género, estado civil, estatus laboral, ingreso, municipio de residencia, profesión, nacionalidad, religión, uso de drogas y alcohol y percepción de riesgo de contraer VIH.

Cada una de las escalas mide diferentes dimensiones del modelo teórico antes mencionado. Para esta investigación usamos la *Escala de Estereotipos sobre la Sexualidad Masculina* y la *Escala de Estereotipos sobre la Sexualidad Femenina*, así como algunas preguntas contenidas en la sección de datos demográficos y en la sección de prácticas sexuales. La *Escala de Estereotipos sobre la Sexualidad Masculina* contiene 14 reactivos con una puntuación que va de 14-70. Aborda los temas de satisfacción sexual, erección, variedad sexual, iniciativa sexual, eyaculación, control del deseo, frecuencia de la actividad sexual, manipulación sexual, tamaño del pene, sexo pre-matrimonial, control sexual, y espontaneidad. El análisis de confiabilidad de esta escala reflejó un *Alpha de Cronbach* de .79. La *Escala de Estereotipos sobre la Sexualidad Femenina* contiene 10 reactivos con una puntuación que va de 10-50. Aborda los temas de experiencia sexual, manipulación sexual, control sexual, iniciativa sexual, satisfacción sexual, virginidad, necesidades sexuales, penetración, y eyaculación. Esta escala reflejó un *Alpha de Cronbach* de .67. En ambas escalas una puntuación mayor significa estar en mayor acuerdo con los estereotipos tradicionales acerca de la sexualidad masculina y femenina.

Finalmente, la sección de prácticas sexuales consiste de 21 reactivos. Diez reactivos hacen referencia a la actividad sexual con la pareja principal y otros 11 a la actividad con otras personas. Indagamos sobre prácticas sexuales orales, vaginales y anales, así como sobre el uso del condón masculino durante las mismas. Diseñamos reactivos para que las personas

escogieran las contestaciones de alternativas en formato de selección múltiple con opciones que van desde 1=*Nunca* hasta 5=*Todos los días*.

Procedimiento

Reclutamos los/las participantes en los programas de educación continua de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras y de la Universidad del Sagrado Corazón; y en la Corporación de Servicios de Salud y Medicina Avanzada (COSSMA), localizado en el pueblo de Cidra, Puerto Rico. COSSMA es una organización comunitaria que ofrece servicios médicos y preventivos a personas de escasos recursos económicos en la región este y central de Puerto Rico. En los programas de educación continuada asistimos a los salones a los que fuimos autorizados. Le hablábamos a los/las estudiantes del proyecto y en qué consistía su participación, sobre los riesgos y beneficios. A las personas que mostraban disposición a participar les entregamos un sobre que contenía un cuestionario y dos hojas de consentimiento. Se les daba instrucciones de que una hoja era para ellas y la otra debían firmarla y entregarla junto al cuestionario el cual era recogido una semana después. Quienes participaban competían por una rifa para estadías en hoteles y paradores de Puerto Rico.

Análisis

Llevamos a cabo un análisis de *prueba-t* para muestras independientes para explorar diferencias por género con respecto al endoso de estos estereotipos. También llevamos a cabo un análisis por reactivo en ambas escalas para analizar diferencias significativas en las proporciones por medio de Ji-cuadrado (χ^2). Para ello recodificamos las categorías para crear tres categorías: totalmente en desacuerdo (1), indeciso (2), y totalmente de acuerdo (3). Para determinar si había diferencias por edad realizamos un Análisis de Varianza *one-way*. La relación por género entre estos estereotipos y el uso del condón masculino en el sexo vaginal la estudiamos mediante la prueba Spearman's rho. Finalmente, para estudiar la relación entre las actitudes hacia el condón y estos estereotipos condujimos análisis de correlación Pearson para las variables continuas y de Spearman's rho para las variables discretas. Todos los análisis fueron realizados en el programa SPSS versión 18. A continuación presentamos la opinión de los/las participantes sobre los estereotipos acerca de la sexualidad masculina y femenina. Luego, presentamos la relación entre estos estereotipos y las actitudes hacia el condón masculino, y por último, la relación entre los estereotipos y el uso del condón masculino.

Resultados

Opinión sobre los estereotipos acerca de la sexualidad masculina y femenina

No encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto a la *Sexualidad Masculina* [$t(416) .966, p=.335$] al comparar los promedios de las puntuaciones de los hombres ($n=146, \bar{x}=33.68, s=10.54$) con las de las mujeres ($n=272, \bar{x}=32.73, s=9.15$). Tanto hombres como mujeres tienen actitudes moderadamente estereotipadas con respecto a la sexualidad masculina. No obstante, llevamos a cabo un análisis por reactivo para identificar si había diferencias por reactivos individuales. Para ello recodificamos las alternativas para crear tres categorías: (a) totalmente en desacuerdo, (b) indeciso, y (c) totalmente de acuerdo. Llevamos a

cabo análisis de Ji-cuadrado para comparar las puntuaciones en hombres y mujeres. Encontramos diferencias significativas en algunos reactivos. En la Tabla 2 presentamos los resultados con respecto a la sexualidad masculina. En todos estos reactivos los hombres reflejaron tener actitudes más estereotipadas que las mujeres. Por ejemplo, los hombres tienden a legitimar más la infidelidad y a definir la masculinidad por la cantidad de mujeres con las cuales tiene relaciones sexuales. Del mismo modo, legitiman más tener relaciones sexuales antes del matrimonio y se sienten más responsables de escoger las posiciones sexuales.

TABLA 2
Opiniones Significativas por Género con Respecto a la Sexualidad Masculina.

<i>Reactivos</i>	<i>% Hombres</i>			<i>% Mujeres</i>			χ^2	α
	Acuerdo	Desacuerdo	Indeciso	Acuerdo	Desacuerdo	Indeciso		
Es aceptable que un hombre busque fuera una relación sexual más variada que la que tiene con su pareja.	11.7	80	-----	8.3	90.8	-----	10.862	.05
Los hombres necesitan tener relaciones sexuales con más frecuencia que las mujeres.	-----	50.7	15.1	-----	49.3	8.1	5.993	.05
Un hombre de verdad es aquel que logra que cualquier mujer tenga relaciones sexuales con él.	8.3	-----	-----	2.6	-----	-----	8.230	.016
Es recomendable que los hombres tengan relaciones sexuales antes de casarse.	34.9	54.1	-----	17.8	69.9	-----	15.383	.01
Es responsabilidad de los hombres	12.3	83.6	-----	5.2	91.1	-----	6.872	.05

escoger las posiciones sexuales.			9			18.5	7.880	.05
Los hombres prefieren las relaciones sexuales espontaneas.	-----	-----		-----	-----			

Con respecto a la *Sexualidad Femenina* [$t(418) 2.828, p=.005$] encontramos diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por los hombres ($n= 145, \bar{x}=27.28, s=6.80$) y por las mujeres ($n = 275, \bar{x}=25.20, s=7.53$). Esto quiere decir que los hombres tienen actitudes levemente más estereotipadas, es decir, más conservadoras con respecto a la sexualidad femenina que las mujeres. No obstante, la magnitud de las diferencias en los promedios es pequeña ($\eta^2 = .0188$). En la Tabla 3 presentamos los resultados del análisis de Ji-cuadrado por reactivos individuales, donde encontramos diferencias significativas en cuatro reactivos. En todos estos reactivos los hombres reflejaron tener actitudes más estereotipadas que las mujeres. Por ejemplo, la creencia de que se prefieren hombres con experiencia sexual es más legitimada por hombres, así como la creencia de que las mujeres prefieren hombres dominantes. Igualmente, los hombres legitiman más la creencia de que las mujeres siempre deben estar dispuestas a satisfacerlos sexualmente, y creen más que la penetración es necesaria para las mujeres.

TABLA 3
Opiniones Significativas por Género con Respecto a la Sexualidad Femenina.

Reactivos	% Hombres			% Mujeres			χ^2	α
	Acuerdo	Desacuerdo	Indeciso	Acuerdo	Desacuerdo	Indeciso		
Las mujeres prefieren los hombres con experiencia en relaciones sexuales.	58.3	24.3	17.4	49.3	39.5	11.2	10.514	.05
A las mujeres les gustan los hombres dominantes al tener relaciones sexuales.	48.3	29	-----	40.4	49.1	-----	20.097	.000
Las mujeres deben estar	59	35.4	-----	47.1	48.2	-----	6.265	.05

dispuestas a satisfacer sexualmente a los hombres. Para las mujeres la penetración no es necesaria para tener relaciones sexuales.	38.2	47.2	14.6	40.1	53.3	6.6	7.266	.05
--	------	------	------	------	------	-----	-------	-----

En términos de diferencias por edad creamos tres categorías. La primera que va de 18-29 y se define como adulto joven. La segunda va de 30-39 y la definimos como personas en los treinta. Finalmente, la categoría de 40-64 la cual definimos como de mediana edad. Los resultados reflejaron no haber diferencias significativas entre diferentes grupos de edad para el endoso de los estereotipos acerca de la sexualidad masculina ($F[2, 411] = .209, p > .05$), ni para la sexualidad femenina ($F[2, 413] = .264, p > .05$).

Relación entre los estereotipos y las actitudes hacia el uso del condón masculino

Llevamos a cabo un análisis de estadísticas descriptivas donde encontramos que el rango de las puntuaciones obtenidas para las actitudes hacia el condón masculino fue de 16 a 80. El promedio para la muestra total fue de 56.74 ($n=418, s=9.04$). Hay que recordar que a mayor puntuación, mejores actitudes hacia el condón. De este modo, observamos que en esta muestra permanecen actitudes moderadas hacia el uso del condón.

En términos de la relación entre las actitudes hacia el uso del condón y estos estereotipos, el análisis de correlación Pearson reveló haber una relación moderadamente baja e inversa entre las creencias sobre la sexualidad masculina y las actitudes hacia el uso del condón ($r = -.469, n = 418, p = .000$). Mientras más endoso hay a estas creencias tradicionales, peores actitudes hacia el uso del condón masculino. El coeficiente de determinación para la varianza compartida (R^2) fue de .219, por lo que las creencias sobre la sexualidad masculina ayudan a explicar un 22% de las actitudes hacia el uso del condón masculino. Con respecto a la sexualidad femenina igualmente encontramos una relación moderadamente baja e inversa ($r = -.426, n = 417, p = .000$). Igualmente, mientras más endoso hay de estas creencias, peores las actitudes hacia el uso del condón masculino. El coeficiente de determinación para la varianza compartida (R^2) fue de .181, por lo que las creencias sobre la sexualidad femenina ayudan a explicar un 18% de las actitudes hacia el uso del condón masculino.

Relación entre los estereotipos y el uso del condón masculino

Por otro lado, al explorar si había alguna relación por género entre estos estereotipos y el uso del condón no encontramos diferencias significativas. Esto fue así tanto para la relación entre los estereotipos sobre la sexualidad masculina y el uso del condón masculino ($\rho = .007, n$

= 329, $p > .05$), como con respecto a los estereotipos sobre la sexualidad femenina y el uso del condón masculino ($\rho = .025$, $n = 333$, $p > .05$).

Discusión

El propósito de este estudio era: (1) identificar cuántos hombres y mujeres heterosexuales en Puerto Rico endosaban ciertos estereotipos acerca de la sexualidad masculina y femenina, y (2) explorar la relación entre el endoso de estos estereotipos sexuales y las *actitudes* hacia el condón masculino y su *uso* en relaciones sexuales vaginales. Respecto al endoso de estereotipos sexuales masculinos y femeninos, los resultados sugieren que tanto los hombres como las mujeres que participaron de este estudio, independientemente de su edad, parecen tener actitudes moderadamente estereotipadas con respecto a la sexualidad masculina. No obstante, cuando dividimos el constructo de la sexualidad masculina en **los componentes constituyentes que fueron medidos en este estudio**, observamos que los hombres endosan actitudes más estereotipadas sobre la sexualidad masculina, comparados con las mujeres, en ciertas áreas específicas. Por ejemplo, los hombres tendieron a endosar actitudes estereotipadas en cuanto al número de parejas sexuales que un hombre debe tener y en cuanto a la aceptabilidad de la infidelidad. Estas dos áreas en particular son preocupantes ya que sugieren la aceptabilidad de conductas que podrían poner a ambos en alto riesgo de contraer **infecciones** de transmisión sexual. Esto sugiere que aunque los estereotipos sobre la sexualidad masculina aparentan estar perdiendo su vigencia en nuestra sociedad, todavía existen ciertas áreas en las cuales los hombres, en particular, endosan actitudes más estereotipadas que las mujeres y estas áreas podrían poner en riesgo su salud y la de sus parejas.

Los resultados revelaron también que los hombres y no las mujeres, independientemente de su edad, endosaron más estereotipos sobre la sexualidad femenina y en específico, la idea de que las mujeres prefieren hombres con más experiencia sexual y que éstas deberían estar dispuestas a satisfacer a los hombres sexualmente. **Estos estereotipos son preocupantes ya que están directamente relacionados a la incursión en relaciones sexuales con múltiples parejas. Aunque tener relaciones sexuales con múltiples parejas de por sí no es una práctica riesgosa, ciertamente tener múltiples parejas y no usar un condón incrementa la probabilidad de contagio con una infección de transmisión sexual.** Igualmente, el estereotipo de que las mujeres deberían estar dispuestas a satisfacer al hombre sexualmente podría resultar en coerción sexual en el caso de que la mujer no quisiera tener relaciones sexuales durante un momento en particular, nuevamente poniendo en riesgo su seguridad y salud.

Por lo tanto, estos resultados sugieren que los hombres tienden a endosar estereotipos sexuales masculinos y femeninos más que las mujeres y que éstos tienden a tener una visión más conservadora respecto a la sexualidad femenina que la que tienen sobre su propia sexualidad. Las mujeres, por otra parte, tienden a ver su propia sexualidad y la sexualidad masculina en términos menos estereotipados y más equitativos. **Estos datos sugieren que las mujeres parecen estar más receptivas y tener una mente más abierta que los hombres cuando se trata el tema de la expresión de su sexualidad. Por el contrario, los hombres tienen esa receptividad cuando se trata de su sexualidad, pero no cuando se trata de la sexualidad de la mujer. Aunque este dato no sorprende es una reafirmación empírica de una realidad que hemos venido observando y denunciado por décadas. Las relaciones sexuales entre hombres y mujeres no son igualitarias llevando la peor parte la mujer. En este grupo de**

hombres permea una visión machista de la sexualidad donde los derechos y libertades que reclaman para sí no están dispuestos a reclamarlo para las mujeres.

A raíz de estos resultados nos preguntamos: ¿Están estos estereotipos sexuales masculinos y femeninos relacionados a las *actitudes* hacia el uso del condón? Nuestros resultados indicaron que sí. A mayor endoso de creencias tradicionales sobre la sexualidad masculina y femenina, peor la actitud hacia el uso del condón masculino. No obstante, queríamos saber si tener *actitudes* negativas hacia el condón masculino, resulta en una disminución en el *uso* del condón durante una relación sexual donde hay penetración vaginal. Nuestros resultados indicaron que no; endosar estereotipos sexuales masculinos y/o femeninos no se relacionó significativamente con el uso del condón. Este hallazgo es sorprendente ya que aparenta contradecir la literatura que sugiere que estos estereotipos sexuales y de género predisponen a las personas a incursionar en conductas sexuales de alto riesgo que podrían atentar contra su salud, como por ejemplo no utilizar un condón durante una relación sexual en la cual hay penetración vaginal (Campbell, 1995; Courtenay, 2000a; Greig et al., 2008; Wingood & DiClemente, 2000).

Existen varias alternativas o hipótesis que podrían explicar este hallazgo. Primero, tenemos que mantener en cuenta la naturaleza sensitiva de estas preguntas. Les pedimos a las personas que revelaran información íntima y personal sobre sus vidas sexuales. Estos resultados podrían haber sido influenciados por la deseabilidad social, es decir, la tendencia a contestar una pregunta en la manera en la cual “se espera” que una persona conteste, como por ejemplo, que use el condón. Los/las participantes de este estudio pudieron haberse sentido cómodos divulgando información sobre sus actitudes negativas hacia el uso del condón, pero no necesariamente sobre su falta del uso del condón, ya que esto se podría interpretar como una respuesta socialmente inaceptable. No obstante, el hecho de que los/las participantes endosaron estereotipos sexuales, algunos de los cuales quizás no se consideran socialmente aceptables por sus pares o familiares, sugiere que estos contestaron en una manera honesta y abierta. De todos modos, esto continúa siendo una pregunta empírica.

Otra posible explicación para este hallazgo es que aunque podría existir una relación entre los estereotipos sexuales masculinos y femeninos y las actitudes negativas en cuanto al uso del condón, las actitudes negativas no siempre resultan en comportamientos sexuales de alto riesgo. En otras palabras, el **modelo** cognitivo-conductual que ha predominado en el campo de la psicología por décadas, el cual sugiere que nuestras actitudes y pensamientos dictan nuestros comportamientos, podría ser cuestionado en el caso de las prácticas sexuales. De hecho, recientemente un meta-análisis y un análisis **factorial** no encontraron evidencia de que cuestionar y desafiar cogniciones “erróneas” **sea el componente más importante de este modelo** (Dimidjian et al., 2006; Longmore & Worrell, 2007). Por lo tanto, en los últimos años ha surgido un nuevo modelo, al cual se le ha llamado “la tercera ola de terapias cognitivas-conductuales” (e.g., Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT por sus siglas en inglés), que propone que un comportamiento no es el producto directo de un pensamiento o una actitud, sino de cómo la persona se relaciona con ese pensamiento o actitud. En otras palabras, el punto de intervención no necesariamente es modificar el contenido de un pensamiento, sino lo que la persona hace *a pesar de* ese pensamiento. Desde esta perspectiva, es posible actuar de una manera incongruente con un pensamiento o una actitud (e.g., utilizar un condón a pesar de tener actitudes negativas en cuanto al condón) si la persona entiende que se está moviendo en dirección hacia algo que valora o que es importante para él o ella (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Este resultado, a pesar de ser inesperado, es alentador ya que cambiar actitudes y estereotipos sexuales en personas que llevan viviendo toda una vida inmersos en un contexto social y cultural que ha promovido, y todavía continúa promoviendo tales creencias, resulta ser un gran reto. Nuestros resultados sugieren que los/las participantes, a pesar de sus estereotipos sexuales masculinos y femeninos y actitudes negativas hacia el condón, no reportaron discontinuar el uso del condón durante sus relaciones sexuales. Por lo tanto, modificar comportamientos, en este caso promover prácticas sexuales más saludables, aparenta ser posible *a pesar de* la presencia de los estereotipos sexuales vigentes.

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones importantes para la prevención de las prácticas sexuales riesgosas. Primero, dado a que los hombres, independientemente de su edad, aparentan estar en más riesgo de endosar estereotipos sexuales masculinos y femeninos, lo cual aparenta estar relacionado a actitudes negativas hacia el condón masculino, debemos dirigir los esfuerzos preventivos específicamente a esta población. Segundo, nuestras intervenciones preventivas deberían ser conceptualizadas dentro de un marco teórico que incorpore los estereotipos sexuales y de género como sólo *uno* de los factores que contribuye a las *actitudes* negativas hacia prácticas sexuales saludables y seguras, como lo es el uso del condón, pero no tan sólo como el único factor contribuyente. Tercero, nuestros resultados sugieren que nuestras intervenciones preventivas no sólo deberían conceptualizar la transformación de actitudes o estereotipos sexuales como el mecanismo de acción por el cual las prácticas sexuales riesgosas disminuyen. También deberíamos considerar la transformación de los estereotipos sexuales dentro de un marco más amplio en el cual el objetivo final sea promover prácticas sexuales saludables. Este último punto es análogo a la falacia de Intervención-Causalidad (Ross, 1977) la cual se refiere a la idea errónea de que simplemente porque la causa de un fenómeno sea X, no significa que el tratamiento será efectivo si intervenimos con X solamente. En otras palabras, el incursionar en prácticas sexuales riesgosas podría estar siendo influenciado por múltiples variables, una de las cuales podría ser el endoso de ciertos estereotipos sexuales masculinos y femeninos. No obstante, esto no significa que si eliminamos o transformamos estas creencias y actitudes, las personas no participarán en comportamientos sexuales de alto riesgo. Mientras que endosar estos estereotipos sexuales y de género sí los podría poner en riesgo de tener actitudes negativas en cuanto a comportamientos saludables, no necesariamente esto resultaría en comportamientos riesgosos. Por lo tanto, debemos mantener en cuenta, cuando diseñemos intervenciones para modificar conductas sexuales de alto riesgo, que podrían existir *múltiples* puntos de intervención, uno de los cuales podrían ser los estereotipos sexuales masculinos y femeninos.

Investigaciones futuras deberían explorar más a profundidad cuáles son los moderadores y mediadores de estos comportamientos sexuales de alto riesgo. En otras palabras, cuál es el mecanismo por el cual una actitud negativa hacia el uso del condón de traduce en un comportamiento de alto riesgo (no usar el condón). Igualmente, cuáles son algunos factores que promueven el uso del condón a pesar de tener actitudes negativas hacia el mismo. Esta información fortalecerá nuestras intervenciones y nos ayudará a lograr nuestro objetivo mayor, el de promover conductas sexuales saludables que redunden en la salud y el bienestar de nuestra sociedad.

Referencias

- Billy, J. O., Tanfer, G. K., Grady, W. R., & Klepinger, D. H. (1993). The sexual behavior of men in the United States. *Family Planning Perspectives, 25*(2), 52-60.
- Campbell, C. A. (1995). Male gender roles and sexuality: Implications for women's AIDS risk and prevention. *Soc Sci Med, 41*(2), 197-210.
- Courtenay, W. H. (2000a). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Soc Sci Med, 50*(10), 1385-1401.
- Courtenay, W. H. (2000b). Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology of Men & Masculinity, 1*, 4-15.
- Courtenay, W. H., & Keeling, R. P. (2000). Men, gender, and health: Toward an interdisciplinary approach. *J Am Coll Health, 48*(6), 243-246.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., . . . Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol, 74*(4), 658-670. doi: 2006-09621-003
- Eisler, R. M. (1995). The relationship between masculine gender role stress and men's health risk: The validation of a construct. In R. F. Levant (Ed.), *A new psychology of men* (pp. 207-225). New York: Basic Books.
- Firestone, R. W., Firestone, L. A., & Catlett, J. (2006). *Sex and love in intimate relationships*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin, 111*(3), 455-474.
- Good, G. E., Sherrod, N. B., & Dillon, M. G. (2000). Masculine gender role stressors and men's health. In R. M. Eisler (Ed.), *Handbook of Gender, Culture, and Health* (pp. 63-81). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Greig, A., Peacock, D., Jewkes, R., & Msimang, S. (2008). Gender and AIDS: Time to act. *AIDS, 22 Suppl 2*, S35-43.
- Gupta, G. R. (2000). Gender, sexuality, and HIV/AIDS: The what, the why, and the how. *Can HIV AIDS Policy Law Rev, 5*(4), 86-93.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Heilman, M. E. (1995). Sex stereotypes and their effects in the workplace: What we know and what we don't know. *Journal of Social Behaviour and Personality, 10*(6), 3-26.
- Heilman, M. E. (1997). Sex discrimination and the affirmative action remedy: The role of sex stereotypes. *Journal of Business Ethics, 16*, 877-889.
- Helgeson, V. S. (1995). Masculinity, men's roles, and coronary heart disease. In D. F. Sabo (Ed.), *Men's health and illness: Gender, power, and the body* (pp. 68-104). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kimmel, M. S., & Levine, M. P. (1992). Men and AIDS. In M. S. Kimmel & A. Messner (Eds.), *Men's lives* (pp. 318-329). New York: Macmillan Publishing Company.
- Levant, R. F., & Kopecky, G. (1995). *Masculinity reconstructed: Changing the rules of manhood-at work, in relationships, and in family life*. New York: Penguin Group.

- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clin Psychol Rev*, 27(2), 173-187.
- Ortiz-Torres, B., Williams, S. P., & Ehrhardt, A. A. (2003). Urban women's gender scripts: Implications for HIV prevention. *Culture, Health, and Sexuality*, 5, 1-17.
- Pérez-Jiménez, D., Seal, D. W., & Serrano-García, I. (2009). Barriers and facilitators of HIV prevention with heterosexual Latino couples: Beliefs of four stakeholder groups. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 15(1), 11-17.
- Pérez Jiménez, D., Varas Díaz, N., Serrano-García, I., Cintrón Bou, F. N., & Cabrera Aponte, M. d. C. (2004). *Instrumento de Información, Motivación y Conductas-Español (IIMC-E)*. San Juan, PR: CUSEP, UPR.
- Pleck, J. H., Sonenstein, F. L., & Ku, L. (1993). Changes in adolescent males' use of and attitudes toward condoms, 1988-1991. *Fam Plann Perspect*, 25(3), 106-110, 117.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. *Advances in Experimental Social Psychology*, 10, 173-220.
- Sakalli-Ugurlu, N. (2003). How do romantic relationship satisfaction, gender stereotypes, and gender relate to future time orientation in romantic relationships? *J Psychol*, 137(3), 294-303.
- Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (2000). Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Educ Behav*, 27(5), 539-565.